

De rol van het geslacht van een kind op de herkenning van mentale stoornissen door
zorgprofessionals

Definitieve versie Master Thesis

Utrecht University

Master's programme in Clinical Child, Family and Education Studies

Faculteit Sociale Wetenschappen

Student: Marah van den Broek (5811589)

E-mail: m.vandenbroek2@students.uu.nl

Eerste beoordelaar: Delia Burke

Tweede beoordelaar: Stefanie Nelemans

Datum: 03-05-2019

Aantal woorden: 4500 (abstract 226)

HERKENNEN VAN MENTALE STOORNISSEN BIJ KINDEREN

Samenvatting

Voordat een diagnostisch traject wordt gestart, moeten zorgprofessionals een mentaal probleem herkennen als een probleem dat professionele aandacht nodig heeft. Het diagnostische proces zal waarschijnlijk worden uitgesteld als de symptomen niet worden herkend. Genderrollen en genderstereotypen kunnen van invloed zijn op de manier waarop een kind zich gedraagt, evenals op de manier waarop hij of zij zal worden geobserveerd en geëvalueerd door een zorgprofessional. Huidig onderzoek onderzoekt de invloed van het geslacht van het kind op het vermogen van zorgprofessionals om mentale stoornissen te herkennen en of er een verschil is tussen verschillende mentale stoornissen bij kinderen. Zorgprofessionals ($n = 431$) evalueerden in een online vragenlijst een reeks casussen die kinderen beschreven met symptomen van mentale stoornissen. De casussen variëren per geslacht van het kind en probleemtype Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD), antisociale persoonlijkheidsstoornis (CD), Autismespectrumstoornis (ASS), Gegeneraliseerde angststoornis en depressie. Resultaten laten zien dat het geslacht van het kind geen invloed heeft op de waarschijnlijkheid van probleemherkenning door zorgverleners en dat zorgprofessionals het best in staat waren om ADHD te herkennen in vergelijking met de andere stoornissen. De resultaten tonen met name aan dat er aandacht nodig is voor mentale stoornissen bij kinderen. Hoe eerder de symptomen worden herkend, hoe beter de problemen kunnen worden aangepakt en behandeling gestart kan worden. Gerichte bijscholing kan zorgprofessionals helpen bij het herkennen van mentale stoornissen bij kinderen.

Trefwoorden: *zorgprofessionals, mentale stoornissen, herkenning, geslacht, kinderen en stoornissen.*

Abstract

Before a diagnostic process will be initiated, health-care professionals (HCPs) must recognize a mental health problem as a problem that needs professional attention. The diagnostic process is likely to be delayed if the symptoms are not recognized. Gender roles and gender stereotypes can influence the way a child behaves, as well as the way he or she is will be observed and evaluated by a HCPs. This study examined the influence of the gender of the child on the ability to recognize mental-health problems by HCPs and if there is a difference between various common childhood mental-health problems. HCPs ($n = 431$) evaluated, in an online survey, a series of vignettes describing children with symptoms of mental-health problems. The vignettes varied by gender of the child and problem type (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), Conduct Disorder (CD), Autism Spectrum Disorder (ASD), Generalised Anxiety Disorder (GAD) and Major Depressive Disorder (MDD)). Results show that the gender of the child did not influence the likelihood of problem recognition by HCPs. Furthermore, HCPs were best able to recognise ADHD in comparison to the other disorders. The results show in particular that attention is needed among HCPs for mental-health problems in children. The earlier symptoms are recognized, the better the problems can be tackled and a treatment can be provided. Targeted additional training may help HCPs in the recognition of mental-health problems.

Keywords: *health-care professionals, mental-health problems, recognition, gender, children, disorders.*

HERKENNEN VAN MENTALE STOORNISSEN BIJ KINDEREN

De Rol van het Geslacht van een Kind op de Herkenning van Mentale Stoornissen

Een vroege herkenning van mentale stoornissen bij kinderen draagt bij aan het minimaliseren van negatieve uitkomsten voor het kind en zijn of haar omgeving (Kessler, Merikangas, Berglund, Eaton, Koretz, & Walters, 2003; Nelson, Westhues, & MacLeod, 2003; Hermanns, Öry, Schrijvers, Junger, & Blom, 2005). Binnen de psychologie wordt er onderscheid gemaakt tussen het herkennen van mentale stoornissen en het stellen van een diagnose (McConaughy, 2013). Herkenning van mentale stoornissen omvat de eerste beoordeling door zorgprofessionals van de symptomen die bij het kind aanwezig zijn. Wanneer deze symptomen niet herkend worden als mogelijke mentale stoornis tijdens het eerste contact met de zorgprofessionals, dan wordt een diagnostisch proces door zorgprofessionals meestal niet direct, maar pas na verergering van symptomen geïnitieerd (Hawkins-Walsh, 2001). Hierdoor kan de geestelijke toestand van zowel kind als ouders verslechteren, wat negatieve gevolgen kan hebben voor zowel het kind als het gezin (Costello, 1986; Zuckerman, Moore, & Gleit, 1996). De herkenning van mentale stoornissen bij kinderen speelt dus een cruciale rol voor het verdere verloop van de ondersteuning van het kind en zijn omgeving. Aangezien er nog weinig bekend is over de factoren die herkenning van mentale stoornissen door zorgprofessionals beïnvloeden, gaat huidig onderzoek zich hierop richten (Burke, Koot, de Wilde, & Begeer, 2016).

Allereerst zou het type mentale stoornis de herkenning door zorgprofessionals kunnen beïnvloeden. Niet alle symptomen zijn namelijk uniek voor specifieke stoornissen. Zo kunnen stemmingsproblemen bijvoorbeeld zowel in de context van angst als van depressie ontstaan (American Psychological Association (APA), 2013). Dit bemoeilijkt de herkenning van verschillende mentale stoornissen. Ten tweede kan ook de zichtbaarheid van een mentale stoornis de herkenning door zorgprofessionals beïnvloeden. Externaliserende stoornissen, zoals ADHD en CD, kunnen storend zijn voor het milieu en hierdoor meer aandacht trekken (Mesman & Koot, 2000). Dit zou ervoor kunnen zorgen dat ze beter worden herkend dan

HERKENNEN VAN MENTALE STOORNISSEN BIJ KINDEREN

internaliserende stoornissen, zoals depressie en GAS, die minder zichtbaar zijn. Tot slot blijkt dat de prevalentie van sommige mentale problemen hoger is dan bij anderen (Kunst, Bachrach, & Bekker, 2015; Matson & Kozlowski, 2011). De prevalentie van aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) wordt geschat op 3.5%, de prevalentie van gegeneraliseerde angststoornis (GAS) op 1.4%, de prevalentie van antisociale gedragsstoornis (CD) op 3%, de prevalentie van een depressie op 1.7% (Merikangas, Nakamura, & Kessler, 2009) en tot slot de prevalentie van een autismespectrumstoornis (ASS) op 1% (Centers for Disease Control (CDC), n.d). Naar verwachting zal de herkenning van ADHD het beste zijn (Burke et al., 2016). Echter is de bovengenoemde prevalentie van een stoornis op basis van het aantal gestelde diagnoses. Als bepaald gedrag niet zichtbaar of verstorend is wordt de stoornis mogelijk niet herkend door zorgprofessionals (Burke et al., 2016). Daardoor kan de werkelijke prevalentie afwijken van de hierboven genoemde cijfers. Geconcludeerd kan worden dat het type mentale probleem door verschillende symptomen, zichtbaarheid en prevalentie invloed kan hebben op de herkenning van mentale stoornissen door zorgprofessionals.

Een andere mogelijke beïnvloedende factor op de herkenning van mentale stoornissen door zorgprofessionals is het geslacht van het kind. Voorafgaand aan een intake met een zorgprofessional worden verschillende demografische gegevens, waaronder het geslacht van een kind, verzameld. Deze gegevens kunnen zowel bewust als onbewust de zorgprofessional beïnvloeden (Devine 1989; Kinzler, Shutts, & Correll, 2010; Nosek et al., 2002). Daarnaast kunnen geslachtsrollen en geslachtsstereotypen de manier waarop een kind zich gedraagt, evenals de manier waarop hij/zij waargenomen en geëvalueerd wordt door een zorgprofessional beïnvloeden (Cook, Warnke, & Dupuy, 1993; Cosgrove & Riddle, 2004). Op basis van het geslacht worden bepaalde gedragingen verwacht (Ellemers, 2018). In westerse samenlevingen wordt bijvoorbeeld gezegd dat jongens niet moeten huilen of dat meisjes geen openlijke gevoelens van woede mogen uiten (Wallbott, 1988). Ook de expressie

HERKENNEN VAN MENTALE STOORNISSEN BIJ KINDEREN

van externaliserende en internaliserende stoornissen kan verschillen tussen jongens en meisjes. Externaliserende problemen omvatten agressieve en delinquente gedragingen zoals vechten, liegen, stelen en ander regelvertredend gedrag (Achenbach, Dumenci, & Rescorla, 2002). Internaliserende problemen bestaan uit angstige en affectieve problemen zoals verdriet, zorgen en andere fysieke symptomen (Deković, Buist, & Reitz, 2004). De uiting van internaliserende stoornissen door jongens kunnen zich manifesteren in agressie of vijandigheid, terwijl meisjes zich juist kunnen terugtrekken of rumineren over verdriet (Gierde, 1995). Externaliserende stoornissen, gemanifesteerd als terugtrekking door meisjes, kunnen hierdoor verward worden met internalisering. Daarnaast kunnen internaliserende stoornissen ten onrechte worden geïdentificeerd als externaliserend bij jongens (Gierde, 1995). Het geslacht van een kind kan dus van invloed zijn op de herkenning van symptomen van mentale stoornissen.

Zowel het type probleem als het geslacht van het kind kan invloed hebben op de herkenning van mentale problemen door zorgprofessionals. Diverse onderzoeken presenteren verschillen in prevalentie van geslacht bij mentale stoornissen. ASS en ADHD komen bij jongens ruim twee keer zo vaak voor als bij meisjes (Barkley, 2003; Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), 2018), terwijl depressie tweemaal zo vaak voorkomt bij meisjes als bij jongens (van Lieshout, 2009). Daarnaast komt CD bij jongens viermaal vaker voor dan bij meisjes (Matthys, 2001), terwijl een GAS vaker voorkomt bij meisjes dan bij jongens (Carr, 2016). Echter laten studies ook zien dat zorgprofessionals op basis van geslacht verschillende diagnoses toekennen (Ali, Caplan & Fagnant, 2010). Meisjes kunnen bijvoorbeeld de symptomen van ASS camoufleren of compenseren, omdat zij vaak beter inzicht hebben in de sociale regels dan jongens (Gould & Ashton-Smith, 2011). Als gevolg hiervan wordt ASS mogelijk niet herkend bij meisjes. Ook blijkt dat meisjes met ADHD onder-gediagnosticeerd worden, aangezien ze minder vaak verwezen worden voor onderzoek (Faraone et al., 2003). Naar alle waarschijnlijkheid wordt dit veroorzaakt door onbekendheid van zorgprofessionals

HERKENNEN VAN MENTALE STOORNISSEN BIJ KINDEREN

met het klinische beeld van ADHD bij meisjes. Meisjes worden eerder als ‘leuk druk’ en spontaan ervaren, dan als lastig (Kooij, 2017). Daarnaast zijn internaliserende symptomen gemakkelijker te observeren bij meisjes dan bij jongens (Zahn-Waxler, Race, & Duggal, 2005). Meisjes laten bijvoorbeeld eerder zien wanneer zij verdrietig zijn. Dit kan mogelijk de herkenning door zorgprofessionals vergemakkelijken waardoor mentale stoornissen eerder worden herkend.

Huidig onderzoek

In eerdere literatuur wordt weinig belicht wat de invloed van het geslacht van het kind en het type mentale probleem is op het vermogen van zorgprofessionals om mentale stoornissen bij kinderen te herkennen. De onderzoeksvraag van huidig onderzoek is daarom als volgt: *‘Wat is de samenhang tussen het geslacht van een kind en de herkenning van mentale stoornissen door zorgprofessionals?’* en *‘Verschilt deze samenhang tussen verschillende mentale stoornissen?’*. Op basis van bovenstaande literatuur worden de volgende drie hypothesen geformuleerd: (1) Mentale stoornissen bij jongens worden vaker herkend door zorgprofessionals dan bij meisjes, (2) De mentale stoornissen ADHD en CD worden vaker herkend door zorgprofessionals dan de andere mentale stoornissen uit huidig onderzoek en (3) De mentale stoornissen ADHD, CD en ASS worden vaker herkend bij jongens dan bij meisjes en gegeneraliseerde angststoornis en depressie vaker herkend bij meisjes dan bij jongens.

Methode

Participanten

Voor huidig onderzoek is gebruik gemaakt van een reeds bestaande dataset met gegevens van ingevulde vragenlijsten door zorgprofessionals ($n = 431$). De zorgprofessionals zijn werkzaam in Nederland en werken met kinderen en adolescenten. De respondenten waren 125 psychologen (29%), 91 kinderartsen (21%), 91 pedagogen (21%), 17 psychiaters (4%), 34 intern begeleiders (8%), 52 maatschappelijk werkers (12%) en 21 overige participanten

HERKENNEN VAN MENTALE STOORNISSEN BIJ KINDEREN

(5%) die geen functie hebben als zorgprofessional, maar bijvoorbeeld werkzaam zijn als hoogleraar of beleidsmaker. Voor de beschrijvende statistieken, zie Tabel 1.

Tabel 1.

Demografische gegevens van participanten en beschrijvende statistiek (n = 431).

	N	%
Geslacht		
Man	47	10.90
Vrouw	384	89.10
Leeftijd		
18-24 jaar	10	2.32
25-29 jaar	159	36.89
40-59 jaar	222	51.51
60+ jaar	39	9.05
Onbekend	1	.23
Zorgprofessional		
Psycholoog	125	29.00
Kinderartsen	91	21.11
Pedagoog	91	21.11
Psychiater	17	3.94
Maatschappelijk werkers	52	12.07
Intern begeleiders	34	7.90
Overige participanten	21	4.87
Werkervaring		
0-5 jaar	106	24.59
5-10 jaar	92	21.35
10-15 jaar	74	17.17
15-20 jaar	53	12.30
20 + jaar	106	24.59
Etniciteit		
Nederlands	376	87.24

HERKENNEN VAN MENTALE STOORNISSEN BIJ KINDEREN

Niet Nederlands	51	11.83
Onbekend	4	.93

Procedure

Via de website en/of nieuwsbrief van Nederlandse instellingen/organisaties voor kinderen met (mentale) problemen werd een advertentie geplaatst met de titel: ‘*Beoordelen van schoolkinderen met mentale stoornissen*’ (Burke et al., 2016). De advertentie bevatte een link naar een online vragenlijst. Voorafgaand aan de vragenlijst werd toegelicht dat de casussen niet alle informatie bevatten om een volledige diagnose te stellen. De eerste pagina van de vragenlijst bevatte vragen om demografische informatie te verzamelen van de participanten. Op de pagina’s die volgden werden tien casussen weergegeven waarbij alle vijf stoornissen tweemaal aan bod kwamen. Op iedere pagina werd één casus gepresenteerd in combinatie met een open vraag over de herkenning van de mentale stoornis. Zodra de participanten naar de volgende pagina gingen, konden zij niet meer terugbladeren. De online vragenlijst werd beëindigd met vragen over het type werk en de werkervaring van de zorgprofessional. Het invullen van de vragenlijst nam ongeveer 30 minuten in beslag.

Meetinstrumenten

Iedere zorgprofessional evalueerde digitaal een serie van tien casussen. Iedere casus omvatte een beschrijving van een kind met symptomen van een van vijf mentale stoornissen, die ieder tweemaal aan bod kwamen.

Mentale stoornissen. Voor het huidige onderzoek worden de vijf meest voorkomende mentale stoornissen gebruikt, namelijk: aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD), gegeneraliseerde angststoornis (GAS), autismespectrumstoornis (ASS), antisociale gedragsstoornis (CD) en depressie. Voor het samenstellen van de vignetten werd gebruik gemaakt van de DSM-IV-TR (American Psychological Association (APA), 2000). De onderzoekers hebben gekozen voor de DSM-IV-TR omdat de DSM-5 (APA, 2013) ten tijde

HERKENNEN VAN MENTALE STOORNISSEN BIJ KINDEREN

van het onderzoek nog niet in gebruik was. Daarnaast waren zorgprofessionals meer bekend met de DSM-IV-TR.

Iedere stoornis heeft een aantal criteria. Hoewel de criteria van iedere stoornis verschillend zijn, worden de symptomen van de verschillende stoornissen op systematische wijze geselecteerd. De criteria bestaan uit noodzakelijke en mogelijke criteria waaraan voldaan wordt. Allereerst werden de noodzakelijke criteria geselecteerd en als symptomen gebruikt in de casussen. De overige symptomen werden random geselecteerd uit de mogelijke criteria van de stoornis. Bijvoorbeeld met een casus met vijf symptomen over een GAS, werden in dit geval drie noodzakelijke criteria gekozen en vervolgens aangevuld met twee mogelijke symptomen.

Het is belangrijk om op te merken dat bij sommige stoornissen de mogelijke symptomen geclusterd zijn. Zo zijn de symptomen voor ADHD geclusterd in twee domeinen, namelijk onoplettendheid en hyperactief-impulsief. Bij ASS zijn de symptomen geclusterd in drie domeinen, namelijk sociale interacties, communicatie en stereotiep gedrag. Bij GAS, CD en depressie vallen alle mogelijke symptomen onder één domein. Bij de stoornissen die geclusterd zijn in domeinen werden eerst de noodzakelijke criteria gekozen en vervolgens werd dit aangevuld met symptomen random geselecteerd uit de criteria van de verschillende domeinen. Bijvoorbeeld voor een casus met vijf symptomen van ADHD worden de eerste twee noodzakelijke symptomen geselecteerd. De overige drie symptomen werden random geselecteerd uit de clusters onoplettendheid en hyperactief-impulsief. Bij een casus met tien symptomen worden de overige acht symptomen random geselecteerd uit de twee domeinen. Wanneer het aantal resterende symptomen niet gelijk uit elk van de domeinen kon worden gehaald zorgt dit ervoor dat bepaalde domeinen meer vertegenwoordigd zijn in een casus dan andere. In dat geval werden de symptomen van de meest persistente domeinen van de desbetreffende stoornis gekozen om het meest vertegenwoordigd te zijn. Bij ADHD zijn dit

HERKENNEN VAN MENTALE STOORNISSEN BIJ KINDEREN

de symptomen die vallen in het domein onoplettendheid en bij ASS zijn dit de symptomen uit het domein verminderde sociale interacties en communicatie domein (APA, 2013).

Geslacht kind. In de casussen werd het verschil in geslacht weergegeven door het toepassen van een passend voornaamwoord. Voor het coderen van het geslacht werd onderscheid gemaakt tussen jongens (0) en meisjes (1).

Herkenning door zorgprofessionals. Na iedere casusbeschrijving kregen de zorgprofessionals de volgende vraag: 'Kunt u kort aangeven of bovenstaande situatie volgens u reden tot bezorgdheid geeft en, zo ja, wat zou er met dat kind aan de hand kunnen zijn?'. De antwoorden van zorgprofessionals zijn vervolgens dichotoom gecodeerd in 1) stoornis uit de casus werd herkend, of 0) de stoornis werd niet of verkeerd herkend. De antwoorden werden als 'herkend' gecodeerd wanneer de zorgprofessionals de stoornis uit de casus benoemd of een stoornis beschrijft die onder de subcategorie valt zoals omschreven in de DSM-IV-TR (APA, 2000). Bijvoorbeeld een casus geeft een beschrijving van de stoornis ASS. De stoornis wordt als 'herkend' gecodeerd als respondenten expliciet benoemden dat het om ASS ging of wanneer zij een stoornis noemden die onder de subcategorie *pervasieve ontwikkelingsstoornis* valt, zoals Asperger of PDD-NOS. Hiervoor is gekozen aangezien stoornissen in een subcategorie kenmerken delen (APA, 2000).

Een betrouwbaarheidsanalyse werd uitgevoerd middels Cohen's kappa om overeenkomsten in de codering tussen twee beoordelaars te bepalen. Alle antwoorden op de casussen werden door een eerste onderzoeker gecodeerd. Vervolgens werd 20 procent van de casussen willekeurig gekozen en beoordeeld door een tweede onafhankelijke beoordelaar. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is $k = 0.91$ ($p < .001$). Daarnaast is voor alle mentale stoornissen apart een analyse uitgevoerd. Voor het coderen van ADHD casussen is de betrouwbaarheid $k = 0.98$ ($p < .001$), voor GAS casussen $k = 1.00$ ($p < .001$), voor ASS casussen $k = 0.93$ ($p < .001$), voor CD casussen $k = 1.00$ ($p < .001$) en $k = 1.00$ ($p < .001$)

HERKENNEN VAN MENTALE STOORNISSEN BIJ KINDEREN

voor casussen over depressie. Dat betekent dat de overeenkomst tussen de codering van de twee beoordelaars nagenoeg hetzelfde is.

Onderzoeksdesign

Dit kwantitatieve experimenteel analoog onderzoek is onderdeel van een grotere studie naar de invloed van kindfactoren op het herkennen van mentale stoornissen bij kinderen door zorgprofessionals (Burke et al., 2016). Hierbij keken de onderzoekers door middel van vignetten naar drie gerelateerde kindfactoren, namelijk type stoornis, aantal symptomen en demografische gegevens. Deze factoren werden systematisch gemanipuleerd binnen de vignetten om hun mogelijke effecten op herkenning te kunnen onderzoeken. De studie is goedgekeurd door de ethische commissie van de Vrije Universiteit (VU) Amsterdam. In totaal hebben 11 Nederlandse instellingen/organisaties deelgenomen aan het onderzoek.

Statistische analyse. De onderzoeksvraag *‘Wat is de samenhang tussen het geslacht van een kind en diens mentale stoornissen door zorgprofessionals, en is er een verschil tussen de verschillende mentale stoornissen?’* wordt geanalyseerd met IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 25. Middels beschrijvende statistieken worden de demografische gegevens van de respondenten berekend. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag wordt een binaire logistische regressie toegepast. Met deze toets wordt er gekeken of er een samenhang is tussen de afhankelijke variabele, herkenning door zorgprofessionals (dichotoom van aard), en de onafhankelijke variabelen, type mentale stoornis en geslacht van het kind (nominaal meetniveau). Aangezien het een non-parametrische toets is, hoeft er niet te worden voldaan aan onderliggende assumpties (Field, 2013). Stapsgewijs worden voorspellers toegevoegd aan het model. Het eerste model bevat de voorspeller *geslacht van het kind*. Het tweede model bevat ook de voorspeller *type mentale stoornis* en tot slot bevat het derde model de twee voorspellers plus *het interactie-effect tussen het geslacht van het kind en het type mentale stoornis (geslacht*type mentale stoornis)*. Vanuit de literatuur wordt verwacht dat de onafhankelijke variabele(n) een significante

HERKENNEN VAN MENTALE STOORNISSEN BIJ KINDEREN

invloed hebben op de herkenning van mentale stoornissen door zorgprofessionals en is er gekozen voor de forced entry methode (Field, 2013). De verklaarde variantie voor de modellen werd verkregen middels de pseudo Nagelkerke R^2 aangezien die een volledig bereik van nul tot één kan bestrijken (Field, 2013).

Resultaten

De zorgprofessionals ($n = 431$) hebben in totaal 4310 casussen beoordeeld. Van de 4310 casussen werden 2658 (61.7%) casussen herkend door zorgprofessionals met de juiste mentale stoornis. De overige 1652 (38.3%) casussen werden niet herkend door zorgprofessionals.

Een binaire logistische regressie met drie modellen werd uitgevoerd om de hypothesen te toetsen. Om de invloed van het geslacht van het kind op het vermogen van herkenning door zorgprofessionals te testen, werd de variabele *geslacht van het kind* opgenomen in model 1. Resultaten laten zien dat het model niet significant is, ($X^2(1) = .39, p = .53$), zie Tabel 2 voor coëfficiënten. Dat betekent dat er geen samenhang is tussen het geslacht van het kind en de herkenning van mentale stoornissen door zorgprofessionals. Model 1 is dan ook voor minder dan 1% accuraat in het voorspellen van de herkenning van mentale stoornissen door zorgprofessionals ($R^2 < .001$). Van de in totaal 4310 casussen, beschreven 2155 casussen een meisje (50%) en 2155 casussen een jongen (50%). De zorgprofessionals herkenden 1319 (61.2%) casussen van mentale stoornissen bij meisjes. Bij casussen die jongens beschreven was de herkenning 1339 (62.1%). Er werd verwacht dat casussen die jongens beschreven beter werden herkend dan de casussen die meisjes beschreven. Op basis van bovenstaande resultaten wordt de hypothese verworpen.

Het tweede model bevatte ook de voorspeller *type mentale stoornis* op het vermogen van herkenning door zorgprofessionals. Resultaten laten zien dat het model significant is, $X^2(5) = 46.55, p < .001$. Door het toevoegen van de voorspeller *type mentale stoornis* is het model verbeterd ten opzichte van model 1, $X^2(4) = 46.16, p < .001$. Model 2 is voor 1%

HERKENNEN VAN MENTALE STOORNISSEN BIJ KINDEREN

accuraat in het voorspellen van de herkenning van mentale stoornissen door zorgprofessionals ($R^2 = .01$). Het effect van *type mentale stoornis* is significant, $X^2(4) = 44.17, p < 0.01$. Wat betekent dat, zoals verwacht, sommige stoornissen beter werden herkend dan andere.

Resultaten laten zien dat zorgprofessionals ADHD beter herkend wordt dan depressie (Wald = 25.96, $p < 0.01$, OR = 1.69, 95% CI [1.38, 2.06]), dan GAS (Wald = 33.32, $p < 0.01$, OR = .55, 95% CI [.45, .68]), dan ASS (Wald = 30.98, $p < 0.01$, OR = .57, 95% CI [.46, .69]) en beter herkend dan CD (Wald = 23.01, $p < 0.01$, OR = .61, 95% CI [.50, .75]). Dit betekent dat de tweede hypothese wordt aangenomen. Voor de overige stoornissen is er geen significant effect gevonden, zie Tabel 2. In 616 (71.5%) ADHD casussen werden symptomen van ADHD herkend. Daarnaast werden 521 (60.4%) CD casussen herkend door zorgprofessionals. Bij de casussen die GAS beschreven herkenden zorgprofessionals 501 (58.1%) casussen, ASS symptomen werden herkend in 505 (58.6%) gevallen en casussen die depressie beschreven werden 515 (59.7%) keer herkend.

Tot slot werd in het derde model het interactie-effect tussen *geslacht van het kind* en het *type mentale stoornis* van het kind toegevoegd aan het model (*geslacht van het kind*type mentale stoornis*). Resultaten laten zien dat ook dit model significant is ($X^2(9) = 47.33, p < .001$). Ook model 3 is voor 1% accuraat in het voorspellen van de herkenning van mentale stoornissen door zorgprofessionals ($R^2 = .01$). Aangezien het tweede model ook significant is, is het van belang om te kijken of model 3 ten opzichte van model 2 verbeterd is. De verandering is niet significant ($X^2(4) = .78, p = .94$), wat betekent dat het toevoegen van het interactie-effect geen effect heeft op de fit van het model. Er werd verwacht dat de mentale stoornissen ADHD, CD en ASS vaker werd herkend bij jongens dan bij meisjes en GAS en depressie vaker herkend bij meisjes dan bij jongens. Er werd echter geen significant effect gevonden (Wald = .78, $p = .94$), wat betekent dat er geen samenhang is tussen het

HERKENNEN VAN MENTALE STOORNISSEN BIJ KINDEREN

Tabel 2.

Logistisch regressie coëfficiënten en bijhorende betrouwbaarheidsintervallen voor type mentale stoornis en geslacht

	B	S.E.	Wald	95% CI for odds ratio		
				Lower	Odds ratio	Upper
Constante	.48	.03	230.44		1.61	
Geslacht van het kind						
Jongen ^a	.04	.06	0.39	.92	1.04	1.18
Type mentale stoornis						
ADHD ^b	.52*	.10	25.96	1.38	1.69	2.06
GAS ^b	-.07	.10	.48	.77	.93	1.13
ASS ^b	-.05	.10	.23	.79	.95	1.16
CD ^b	.03	.10	.09	.85	1.03	1.25
Depressie ^c	-.52	.10	25.96	.49	.59	.73
Geslacht van het kind x Type mentale stoornis						
ADHD x jongens ^d	.15	.21	.55	.78	1.17	1.74
GAS x jongens ^e	.02	.20	.01	.69	1.02	1.50
ASS x jongens ^f	.05	.20	.04	.71	1.04	1.53
CD x jongens ^g	.11	.20	.29	.76	1.11	1.64
Depressie x jongens ^h	-.15	.21	.55	.57	.86	1.28

Note. Referentie categorie: ^ameisje, ^bdepressie, ^cADHD, ^dADHD x meisjes, ^eGAS x meisjes, ^fASS x meisjes, ^gCD x meisjes, ^hdepressie x meisjes

* $p < .001$

geslacht van het kind en de mentale stoornis op de herkenning van mentale stoornissen door zorgprofessionals. Op basis van deze resultaten wordt de hypothese verworpen. Resultaten laten zien dat zorgprofessionals 327 (72.7%) casussen herkennen die meisjes beschreven met ADHD en 289 (70.1%) casussen die jongens beschreven. Bij een GAS werden 261 casussen (58%) die meisjes beschreven herkend en 240 casussen (58.3%) die jongens beschreven. Daarnaast werden 242 casussen (58.7%) herkend die ASS beschreven bij meisjes en 263

HERKENNEN VAN MENTALE STOORNISSEN BIJ KINDEREN

casussen (58.4%) bij jongens. In totaal werden 253 casussen (61.4%) herkend die CD beschreven bij meisjes en 268 casussen (59.6%) van jongens met CD. Tot slot werden 256 casussen (59.4%) door zorgprofessionals herkend van meisjes met depressie en 259 casussen (60.1%) bij jongens.

Discussie

Het doel van het huidige onderzoek was om te bekijken in hoeverre het geslacht van het kind samenhangt met de herkenning van de meest voorkomende mentale stoornissen bij kinderen door zorgprofessionals. Daarnaast werd gekeken of er een verschil bestaat tussen de verschillende mentale stoornissen en/of herkenning door zorgprofessionals de relatie tussen het geslacht van het kind en het type mentale probleem modereert.

Hoewel ongeveer 60 procent van de casussen werd herkend door zorgprofessionals, kan gesteld worden dat herkenning van mentale stoornissen over het algemeen suboptimaal is en dat hier nog ruimte ligt voor verbetering. Tegen de verwachting in, is er geen sprake van een samenhang tussen het geslacht van het kind en de herkenning van mentale stoornissen door zorgprofessionals. Mogelijk letten zorgprofessionals bij het lezen van de casus onvoldoende op het geslacht van het kind. Daarnaast kan het zijn dat zorgprofessionals het gedrag van een kind zo neutraal mogelijk willen beoordelen en daarom niet worden beïnvloed door geslachtsstereotypen. Een andere mogelijke verklaring kan zijn dat de casussen dezelfde symptomen beschrijven voor zowel jongens als voor meisjes. Het is in ieder geval onwaarschijnlijk dat geslachtsrollen en geslachtsstereotypen de waarneming en evaluatie van zorgprofessionals beïnvloeden (Cook et al., 1993; Cosgrove, & Riddle, 2004).

Van de vijf meest voorkomende stoornissen bleek, zoals verwacht, dat zorgprofessionals een grotere kans hadden op het herkennen van ADHD wanneer de symptomen van ADHD in de casus beschreven stonden. In totaal werd 71.5% van de casussen die ADHD symptomen beschreven herkend door zorgprofessionals. De andere mentale stoornissen werden slechts in ongeveer 60% van de gevallen herkend. De herkenning van

HERKENNEN VAN MENTALE STOORNISSEN BIJ KINDEREN

ASS, CD, GAS en depressie door zorgprofessionals is dus nagenoeg gelijk. Mogelijk kunnen zorgprofessionals, in tegenstelling tot wat de eerder beschreven literatuur, voldoende onderscheid maken tussen symptomen van mentale stoornissen (APA, 2013). Echter, is het onduidelijk wat ervoor zorgt dat ADHD beter herkend wordt dan de andere mentale stoornissen. Het is niet mogelijk om te concluderen dat de externaliserende aard (Mesman & Koot, 2000) of de prevalentie (Kunst, et al., 2015; Matson & Kozlowski, 2011) van ADHD kan worden toegeschreven aan betere herkenning. Een antisociale persoonlijkheidsstoornis heeft namelijk een vergelijkbare prevalentie en externaliserende uitingen en wordt niet beter herkend dan GAS, ASS of depressie (Burke et al., 2016). Mogelijk wordt ADHD beter herkend, doordat de stoornis in de afgelopen jaren meer media-aandacht heeft gekregen dan CD (Matson, & Kozlowski, 2011).

Ten slotte werd een mogelijk interactie-effect tussen het geslacht van het kind en het type mentaal probleem op de herkenning door zorgprofessionals onderzocht. Er werd verwacht dat de mentale stoornissen ADHD, CD en ASS vaker herkend zouden worden bij jongens dan bij meisjes, omdat de prevalentie van deze stoornissen hoger is bij jongens dan bij meisjes (Barkley, 2003; CBS, 2018; Matthys, 2001) en meisjes symptomen vaker camoufleren of compenseren (Gould & Ashton-Smith, 2011). Daarnaast werd verwacht dat GAS en depressie vaker herkend zou worden bij meisjes dan bij jongens, omdat internaliserende symptomen gemakkelijker te observeren zijn bij meisjes dan bij jongens (Zahn-Waxler et al., 2005). Een dergelijk effect werd echter niet gevonden. Dit is mogelijk te verklaren doordat zorgprofessionals het kind niet face-to-face zien en een gedragsobservatie door de zorgprofessional ontbreekt. Echter, kan het gedrag vanuit een fictieve casus niet worden geobserveerd.

Krachten en beperkingen

Huidig onderzoek heeft een aantal krachten. Allereerst komt vanuit de literatuur naar voren dat er nog weinig bekend is over de factoren die de herkenning van mentale stoornissen

HERKENNEN VAN MENTALE STOORNISSEN BIJ KINDEREN

door zorgprofessionals beïnvloeden (Burke et al., 2016). Huidig onderzoek draagt bij aan de kennis over factoren die van invloed kunnen zijn bij de herkenning van mentale problemen bij kinderen door zorgprofessionals. Ten tweede zijn zorgprofessionals in de praktijk regelmatig genoodzaakt om patiënten door te verwijzen op basis van korte beschrijving in de vorm van brieven en dossiers (McConaught, 2013). Zorgprofessionals zullen op basis van beperkte informatie een keuze moeten maken of zij het kind verder gaan onderzoeken of doorverwijzen. Ook in huidig onderzoek is aan de participanten gevraagd om aan de hand van een korte beschrijving van het probleemgedrag het kind te beoordelen. Tot slot heeft een derde positieve kant van huidig onderzoek betrekking op de samenstelling van de casussen. Alle casussen werden in samenwerking met klinisch pedagogen en psychologen uit de klinische praktijk samengesteld om de casussen te versterken (Burke et al., 2016). Bovendien blijkt uit het onderzoek van Evans en collega's (2015) dat het inzetten van casussen wordt gezien als een sterk instrument.

Hoewel huidig onderzoek verschillende inzichtelijke resultaten heeft opgeleverd voor toekomstig onderzoek en voor toepassing in de praktijk, zijn er ook enkele kleine beperkingen aan te wijzen. Ten eerste, was 90% van de participanten vrouw. Het is onzeker of de resultaten van huidig onderzoek ook van toepassing zijn op mannelijke zorgprofessionals. Echter, dit verschil kan ook als representatief voor de populatie worden gezien, aangezien er meer vrouwelijke dan mannelijke zorgprofessionals zijn in Nederland (CBS, 2016). Ten tweede, waren de casussen die aan de zorgprofessionals verstrekt werden, gebaseerd op DSM-IV-TR (APA, 2000) criteria, aangezien deze versie door zorgprofessionals werd toegepast ten tijde van het verzamelen van de data voor huidig onderzoek. Hoewel dit als een beperking van het onderzoek kan worden beschouwd, hebben de participanten naar alle waarschijnlijkheid onderwijs en/of trainingen gevolgd die gebaseerd zijn op deze versie. Daarom kan worden geconcludeerd dat dit een juiste weerspiegeling is van hun vermogen om de beschreven problemen te herkennen.

HERKENNEN VAN MENTALE STOORNISSEN BIJ KINDEREN

Conclusie

Bovenstaande resultaten hebben implicaties voor de klinische praktijk. De prevalentie van psychiatrische aandoeningen bij kinderen en adolescenten neemt toe, wat zich uit in psychosociale, gedrags-, en onderwijsproblemen (Cassidy, & Jellinek, 1998). Hoe eerder in het proces de symptomen worden vastgesteld, hoe beter de problemen kunnen worden aangepakt en er een behandeling op maat verzorgd kan worden (Aggarwal, & Angus, 2015). De resultaten van deze studie laten echter zien dat er aandacht nodig is onder zorgprofessionals voor de meest voorkomende mentale problemen bij kinderen, met name gezien de toenemende rol van zorgprofessionals als poortwachter in medische faciliteiten (Simonian, 2006). Zelfs bij het best herkende mentale probleem ADHD wordt een groot deel van de kinderen met mentale problemen over het hoofd gezien. Naar aanleiding van huidig onderzoek dienen alle zorgprofessionals geïnformeerd te worden over de huidige bias in het herkennen van mentale stoornissen bij kinderen zodat zij bewust gemaakt worden dat de andere mentale stoornissen hun aandacht vragen. Ook is het van belang dat zorgprofessionals op de hoogte blijven van recente wetenschappelijke literatuur op het gebied van mentale stoornissen. Tot slot is het wenselijk dat zorgprofessionals gerichte aanvullende trainingen krijgen die helpen bij het herkennen van symptomen van mentale stoornissen bij kinderen.

Referenties

- Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. (2002). Ten-year comparisons of problems and competencies for national samples of youth: Self, parent and teacher reports. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 10*(4), 194-203.
doi:10.1177/10634266020100040101
- Aggarwal, S., & Angus, B. (2015). Misdiagnosis versus missed diagnosis: Diagnosing autism spectrum disorder in adolescents. *Australian Psychiatry, 23*, 120-123.
doi:10.1177/1039856214568214
- Ali, A., Caplan, P. J., & Fagnant, R. (2010). Gender stereotypes in diagnostic criteria. In J. Chrisler & D. McCreary (Red.), *Handbook of gender research in psychology* (pp. 91-110). New York: Springer.
- American Psychological Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4, text revision ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Barkley, R.A. (2003). *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Child Psychopathology*. In Mash, E.J. & Barkley, R.A. (reds.). NY: The Guilford Press.
- Burke, D.A., Koot, H.M., Wilde, de. A., & Begeer, S. (2016). Influence of child factors on health-care professionals' recognition of common childhood mental-health problems. *Journal of Child and Family Studies, 25*, 3083-3096. doi:10.1007/s10826-016-0475-9
- Carr, A. (2016). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A contextual approach*. London / New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Cassidy, L. J., & Jellinek, M. S. (1998). Approaches to recognition and management of childhood psychiatric disorders in pediatric primary care. *Pediatrics Clinics of North America, 45*, 1037-1052. doi:10.1016/S0031-3955(05)70061-4

HERKENNEN VAN MENTALE STOORNISSEN BIJ KINDEREN

Centers for Disease Control (CDC). (2011). *Attention deficit hyperactivity disorder among children aged 5–17 years in the United States, 1998–2009*. NCHS data brief, no 70.

Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2016). *Weinig mannen kiezen voor een zorgopleiding*. Verkregen van: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/11/weinig-mannen-kiezen-voor-een-zorgopleiding>

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2018). *Autisme onder 4-12 jarigen*. Verkregen van: <https://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=83716ned&D1=12&D2=a&D3=0&D4=0&D5=0-3&HD=180627-1313&HDR=T&STB=G1,G2,G3,G4>

Cook, E. P., Warnke, M., & Dupuy, P. (1993). Gender bias and the *DSM-III-R*. *Counselor Education and Supervision*, 32, 311–322.

Cosgrove, L., & Riddle, B. (2004). Gender bias and sex distribution of mental disorders in the *DSM-IV-TR*. In P. J. Caplan & L. Cosgrove (Red.), *Bias in psychiatric diagnosis* (pp. 127–140). Lanham, MD: Jason Aronson.

Costello, E. J. (1986). Primary care pediatrics and child psychopathology: A review of diagnostic, treatment, and referral practices. *Pediatrics*, 78(6), 1044-1051.

Deković, M., Buist, K., & Reitz, E. (2004). Stability and changes in problem behavior during adolescence: Latent growth analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(1), 1-12.

doi:10.1023/A:1027305312204

Devine, P. G. (1989). Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components.

Journal of Personality and Social Psychology, 56(1), 5–18. doi:10.1037/0022-3514.56.1.5.

Ellemers, N. (2018). Gender stereotypes. *Annual Review of Psychology*, 69, 275-298.

doi:10.1146/122216-011719

HERKENNEN VAN MENTALE STOORNISSEN BIJ KINDEREN

- Evans, S. C., Roberts, M. C., Keeley, J. W., Blossom, J. B., Amaro, C. M., Garcia, A. M., ... & Reed, G. M. (2015). Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: Validity utility, and application in ICD-11 field studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 15*, 160-170. doi:10.1016/j.ijchp.2014.12.001
- Faraone, S.V., Sergeant, J. & Gillberg, C. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry, 2*, 104–113.
- Field, A.P. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics (fourth edition)*. Londen: Sage publications.
- Gierde, P. (1995). Alternative pathways to chronic depressive symptoms in young adults: Gender differences in developmental trajectories. *Child Development, 66*(5), 1277-1300. doi: 10.1111/j.1467-8624.1995.tb00935.x
- Gould, J., & Ashton-Smith, J. (2011). Missed diagnosis or misdiagnosis? Girls and women on the autism spectrum. *Good Autism Practice, 12*, 34-41.
- Hawkins-Walsh, E. (2001). Turning primary care providers' attention to child behavior: A review of the literature. *Journal of Pediatric Health Care, 15*(3), 115–122. doi:10.1067/mp.2001.110273.
- Hermanns, J., Öry, F., Schrijvers, G., Junger, M., en Blom, M. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen*. Utrecht: Inventgroep.
- IBM corp. (2012). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0*. Armonk, NY: IBM Corp
- Kessler, R. C., Merikangas, K. R., Berglund, P., Eaton, W. W., Koretz, D. S., & Walters, E. E. (2003). Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V. *Archives of General Psychiatry, 60*(11), 1117–1122. doi:10.1001/archpsyc.60.11.1117.
- Kinzler, K. D., Shutts, K., & Correll, J. (2010). Priorities in social categories. *European Journal of Social Psychology, 40*(4), 581–592. doi:10.1002/ejsp.739.

HERKENNEN VAN MENTALE STOORNISSEN BIJ KINDEREN

- Kooij, S. (2017). ADHD en persoonlijkheidsstoornissen. In E.H.M. Eurelings-Bontekoe (Red.), *Handboek persoonlijkheidspathologie* (pp. 2441-442). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lieshout, T, van. (2009). *Pedagogische adviezen voor speciale kinderen: Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Matson, J. L., & Kozlowski, A. M. (2011). The increasing prevalence of autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders, 5*, 418–425.
doi:10.1016/j.rasd.2010.06.004.
- Matthys, W. (2001). *De studie naar psychologische en biologische determinaten van agressief gedrag bij kinderen*. Oratie Universiteit Utrecht, faculteit Sociale wetenschappen, 7 mei.
- McConaughy, S. H. (2013). *Clinical interviews for children and adolescents: Assessment to intervention*. New York, NY: Guilford Press.
- Mesman, J., & Koot, H. M. (2000). Child-reported depression and anxiety in preadolescence: I. Associations with parent- and teacher-reported problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(11), 1371–1378.
doi:10.1097/00004583-200011000-00011.
- Nelson, G., Westhues, A., & MacLeod, J. (2003). A meta-analysis of longitudinal research on preschool prevention programs for children. *Prevention & Treatment, 6*(1), 31a.
doi:10.1037/1522-3736.6.1.631a.
- Nosek, B. A., Banaji, M., & Greenwald, A. G. (2002). Harvesting implicit group attitudes and beliefs from a demonstration website. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 6*(1), 101–115. doi:10.1037/1089-2699.6.1.101.
- Simonian, S. J. (2006). Screening and identification in pediatric primary care. *Behavior Modification, 30*, 114-131. doi:10.1177/0145445505283311

HERKENNEN VAN MENTALE STOORNISSEN BIJ KINDEREN

Wallbott, H.G. (1988). Big girls don't frown, big boys don't cry – Gender differences of professional actors in communicating emotion via facial expression. *Journal of nonverbal behavior*, 12(2), 98-106. doi:10.1007/BF00986928

Zahn-Waxler, C., Race, E., & Duggal, S. (2005). Mood disorders and symptoms in girls. In D. J. Bell, S. L. Foster, & E. J. Mash (Eds.), *Handbook of behavioral and emotional problems in girls* (pp. 25-77). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. doi:10.1007/0-306-48674-1_2

Zuckerman, B., Moore, K. A., & Gleib, D. (1996). Association between child behavior problems and frequent physician visits. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 150(2), 146-153. doi: 10.1001/archpedi.1996.02170270028004