

Invloed van geslacht van het kind en verschillende typen hulpverleners op de herkenning van
een gegeneraliseerde angststoornis bij kinderen

Thesis

Definitieve versie

31-05-2019

Master thesis

Universiteit Utrecht

Master programma Clinical Child, Family and Education Studies

Student: A.J. ten Voorde (5660955)

Onderzoeksproject: Influence of child factors on health-care professionals' recognition of
common childhood mental-health problems

Supervisor: Delia Burke

Assessor: dr. Linda Breeman

Abstract

Vroege herkenning van een Gegeneraliseerde Angststoornis (GAS) kan negatieve lange termijn gevolgen doen verminderen of zelfs voorkomen. Herkenning van mentale gezondheidsproblemen is een cruciale eerste stap in de diagnostische cyclus, omdat het onderzoek en behandeling faciliteert. Deze studie onderzoekt of de herkenning van GAS bij kinderen beïnvloed wordt door het geslacht van het kind, verschillend is voor verschillende typen hulpverleners en of er sprake is van een interactie-effect van geslacht en het type hulpverleners. In een online vragenlijsten hebben hulpverleners ($n = 818$) vignetten die GAS beschreven beoordeeld. De hypothesen zijn geanalyseerd met een binaire logistische regressie analyse. De resultaten laten zien dat er geen verschil is in de herkenning van GAS tussen jongens en meiden. Er is een significant verschil in de herkenning van GAS door verschillende typen hulpverleners. Ook is er sprake van een interactie effect. Dit betekent dat hulpverleners verschillen in hun vermogen om GAS te herkennen bij jongens en meiden. Krachten, beperkingen en suggesties voor vervolgonderzoek worden besproken.

Keywords: Gegeneraliseerde Angststoornis, herkenning, kinderen, geslacht, type hulpverlener

Abstract (English)

Early recognition of a Generalized Anxiety Disorder (GAD) can reduce or even prevent negative longtime consequences. Recognition of mental-health problems is a crucial first step in the diagnostic cycle, because it facilitates diagnosis and treatment. This study examined whether the recognition of GAD in children is influenced by the gender of the child and the type of professional, and whether there is an interaction-effect of gender and type of professional. In an online survey professionals ($n= 818$) evaluated vignettes describing GAD. The hypotheses are analyzed with a binary logistic regression analysis. The results show that there is no difference in the recognition of GAD between boys and girls. There is a significant difference in the recognition of GAD between different types of professionals. There is also an interaction effect. This means that different types of professionals differ in their ability to recognize GAD in boys and girls. Strengths, limitations and suggestions for future research are discussed.

Keywords: Generalized Anxiety Disorder, recognition, children, gender, type of professional

De Invloed van Geslacht van het Kind en Type Hulpverlener op de Herkenning van Gegeneraliseerde Angststoornis bij Kinderen

Een angststoornis is een van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen, waarvan een Gegeneraliseerde Angststoornis (GAS) het meest voorkomt (Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005; McGee et al., 1990). GAS wordt gekenmerkt door excessieve angst en bezorgdheid, die gedurende minstens zes maanden vaker wel dan niet aanwezig zijn en betrekking hebben op een aantal activiteiten of gebeurtenissen (American Psychiatric Association [APA]; 2014). Ten tweede is deze bezorgdheid moeilijk onder controle te houden en gaat het gepaard met rusteloosheid, vermoeidheid, concentratieproblemen, prikkelbaarheid, spierspanning en/of slaapstoornis. Daarnaast veroorzaken de klachten klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren en kan de stoornis niet beter verklaard worden door een andere psychische stoornis (APA, 2014). Angst bij adolescenten is een risicofactor voor middelenmisbruik, suïcide en depressiviteit (Allgulander, 2006; Williams, Klinepeter, Palmes, Pulley, & Foy 2004).

Vroegtijdige herkenning van GAS kan deze negatieve lange termijngevolgen, zoals depressiviteit, verminderen of zelfs voorkomen (Kessler et al., 2003). De eerste evaluatie van een hulpverlener over de aangegeven symptomen door een kind zijn van cruciaal belang (McConaughy, 2013). Als deze symptomen herkend worden als problematisch vindt vervolgonderzoek of doorverwijzing plaats. Herkenning is de eerste stap in het diagnostisch proces (Hawkins-Walsh, 2001). Als een hulpverlener problemen niet herkent, dan zal een diagnostisch proces niet plaatsvinden. Ondanks de cruciale rol van herkenning is hier nog weinig onderzoek naar gedaan (Burke, Begeer, Koot, & de Wilde, 2016). Daarnaast blijkt dat hulpverleners moeite hebben met het herkennen van symptomen van mentale gezondheidsproblemen (Ringelsen, Oliver, & Menviele, 2002).

De herkenning van GAS blijkt aanzienlijk laag te zijn (Munk-Jørgensen et al., 2006;

Vermani, Marcus, & Katzman, 2011). GAS blijkt het minst herkend te worden door hulpverleners in vergelijking met Aandachtstekort Hyperactiviteit Stoornis, Autisme Spectrum Stoornis, depressieve stoornis en gedragsstoornis (Burke et al., 2016). Bovendien vermelden kinderartsen dat een angststoornis een onregelmatig gestelde diagnose is en zich hier het minst comfortabel bij voelen (Williams et al., 2004), terwijl het een veel voorkomende mentale stoornis is. Kortom, onderzoek is nodig om te begrijpen wat van invloed is op de herkenning van GAS door hulpverleners.

Geslacht van het Kind en Herkenning GAS

Het geslacht van een kind lijkt een rol te spelen bij de herkenning van GAS. Enerzijds, blijkt dat een vrouw zijn de herkenning van angst vergroot (Kirmayer, Robbins, Dworkind, & Yaffe, 1993). Anderzijds, blijkt dat geslacht niet van invloed is of GAS herkend wordt (Bebbington et al., 2000). Meiden en vrouwen worden vaker gediagnosticeerd met GAS dan jongens en mannen (Munk-Jørgensen et al., 2006; Orgilés, Méndez, Espada, Carballo, & Piqueras, 2012), waarbij dit verschil groter is bij adolescenten dan bij kinderen (Yonkers & Gurguis, 1995). Dit kan betekenen dat meiden met GAS beter herkend worden dan jongens en daardoor vaker worden doorverwezen.

Geslacht kan op een aantal manieren een rol spelen in de herkenning van GAS. Allereerst zijn verschillen zichtbaar in de uiting van angstsymptomen (Altemus, Sarvaiya, & Epperson, 2014). Meiden laten bijvoorbeeld meer scheidingsangst zien, maken zich vaker onnodig zorgen en hebben meer somatische klachten (Bell-Dolan, Last, & Strauss, 1990). Jongens, daarentegen, hebben bijvoorbeeld meer angst voor grote menigten. Daarnaast laten meiden meer angstsymptomen zien dan jongens (Bell-Dolan et al., 1990). Mogelijk zijn het type en aantal angstsymptomen van meiden meer zorgwekkend voor hulpverleners, wat zou kunnen leiden tot een betere herkenning.

Ten tweede stelt Bem's gender role theory (1981) dat meiden en jongens

gesocialiseerd worden in het ontwikkelen van sociaal voorgeschreven gedrag en eigenschappen die consistent zijn met hun geslacht. Angst is inconsistent met de rol van het mannelijk geslacht, waardoor dit minder getolereerd wordt. Daarentegen is angstig gedrag bij meiden acceptabel. Ouders, leerkrachten en hulpverleners kunnen gedrag, passend bij het geslacht, aanmoedigen (Bem, 1981). Mogelijk zijn angstuïtingen van jongens niet verenigbaar met DSM-criteria en met verwachtingen van hulpverleners over GAS, waardoor de angst van jongens niet herkend wordt.

Ten derde blijkt uit het 'Health Belief Model' dat persoonlijke overtuigingen, specifiek gericht op een symptoom, een belangrijke rol spelen in het nemen van beslissingen (Janz & Becker, 1984). Mogelijk vindt herkenning niet plaats, omdat hulpverleners onbewust beïnvloed worden door hun (voor)oordelen en ervaringen. Tenslotte herkennen hulpverleners mogelijk angst beter bij meiden, omdat ze dit vaker zien.

Samenvattend wordt angstig gedrag meer geaccepteerd bij meiden dan bij jongens (Bem, 1981) en is er verschil in geuite angstsymptomen (Altemus et al., 2004). Dit zou het oordeel van hulpverleners kunnen beïnvloeden (Janz & Becker, 1984). Daarnaast zien hulpverleners meer meiden met angst dan jongens, wat herkenning kan beïnvloeden.

Type Hulpverlener en Herkenning GAS

Naast de mogelijke invloed van geslacht, lijken kenmerken van hulpverleners een rol te spelen bij de herkenning van mentale gezondheidsproblemen (Burke et al., 2016). Allereerst kunnen verschillen in opleiding en werkzaamheden een verklaring zijn. Psychologen diagnosticeren en behandelen psychische problemen (Wahass, 2005), deze taken zijn vergelijkbaar voor orthopedagogen (NVO, 2013). Psychologen en orthopedagogen worden opgeleid in het herkennen van stoornissen. Sociaal werkers, jeugdartsen en leerkrachten zijn hierin niet opgeleid (Aviram, 2002; Flapper, 2003). Echter, sociaal werkers hebben in een toenemende mate verantwoordelijkheid in de mentale gezondheidszorg

(Aviram, 2002). Ook jeugdartsen hebben een prominentere rol gekregen in de vroegtijdige herkenning van ontwikkelingsstoornissen (Flapper, 2003). Tenslotte hebben leerkrachten een rol als ervaringsdeskundige in het diagnostisch proces (Pameijer, 2012).

Naast opleiding spelen andere kenmerken een rol in de herkenning van GAS. Desondanks dat leerkrachten geen specifieke opleiding hebben gevolgd, lijken ze goed in staat om problemen te herkennen (Loades & Mastroyannopoulou, 2010). Mogelijk komt dit doordat leerkrachten kinderen veel zien en vergelijken met leeftijdsgenoten. Uit onderzoek blijkt dat leerkrachten meer kans hebben dan ouders om internaliserende problemen van kinderen op te merken (Mesman & Koot, 2000). Waargenomen problemen van angst en depressie door het kind zijn meer gerelateerd aan gerapporteerde problemen door leerkrachten dan door ouders. Daarnaast blijken schoolprofessionals tevens beter in staat in herkenning van ASS dan jeugdartsen (Burke, Koot, & Begeer, 2015). Ook huisartsen hebben moeite met het herkennen van GAS (Wittchen et al., 2002). Slechts 22.3% huisartsen blijken GAS in een vignet te herkennen (Kartal, Coskun, & Dilbaz, 2010). Uit onderzoek van Fernández et al. (2012) blijkt dat huisartsen één op de drie angststoornissen herkennen, maar faalden in het onderscheiden van angststoornissen. Psychiaters zijn beter in staat om symptomen van angst en depressie te herkennen en onderscheiden dan huisartsen (Lampe et al., 2013). Psychologen blijken het best in staat om GAS te herkennen en sociaal werkers het minst (Burke, Koot, & Begeer, 2017). Deze verschillen in herkenning zouden verklaard kunnen worden doordat psychologen specifiek getraind zijn in de toepassing van de DSM-criteria en het stellen van diagnoses, wat bij andere hulpverleners niet het geval is. Samenvattend blijkt dat hulpverleners verschillen in het vermogen om problemen te herkennen. Verder onderzoek is essentieel voor het begrijpen van factoren die de herkenning van GAS beïnvloeden.

Geslacht van het Kind en Type Hulpverlener op Herkenning GAS

Hoewel blijkt dat leerkrachten psychische problemen kunnen herkennen, wordt

hun probleemherkenning beïnvloed door zowel het geslacht als het type problematiek van de leerling (Loades & Mastroyannopoulou, 2010). Meiden met angst worden beter herkend dan jongens en leerkrachten maakten zich meer zorgen over een kind met symptomen van een gedragsstoornis (wat vaker voorkomt bij jongens) dan van een emotionele stoornis (wat vaker voorkomt bij meiden). Mogelijk ervaren leerkrachten meer last van gedragsproblemen dan van emotionele problematiek. Kortom, de interactie tussen het geslacht van het kind en het type professional lijkt herkenning te beïnvloeden, maar er is onvoldoende onderzoek om dit met zekerheid te kunnen zeggen. Verder onderzoek is nodig om vast te stellen onder welke omstandigheden de herkenning van GAS optimaal is.

Huidige Studie

Hoewel onderzoek naar herkenning van GAS van groot belang is, gezien de negatieve gevolgen zoals suïcide (Williams et al., 2014), is er nog weinig bekend over beïnvloedende factoren. Deze studie onderzoekt of de herkenning van GAS bij kinderen beïnvloed wordt door het geslacht van het kind en of de herkenning verschillend is voor verschillende typen hulpverleners. Ook wordt onderzocht of er een interactie-effect is tussen geslacht en het typen hulpverleners op de herkenning van GAS. Naar aanleiding van eerdere bevindingen wordt in deze studie verwacht dat GAS bij meiden beter herkend wordt dan bij jongens (e.g. Orgilés et al., 2012). Daarnaast wordt verwacht dat de herkenning van GAS verschillend is voor verschillende typen hulpverleners, namelijk dat psychologen, psychiaters en leerkrachten/intern begeleiders GAS beter herkennen dan de andere hulpverleners (e.g. Burke et al., 2015). Ten derde wordt verwacht dat leerkrachten GAS beter herkennen bij meiden dan bij jongens (Loades & Mastroyannopoulou, 2010). Omdat over andere hulpverleners geen onderzoek beschikbaar is, zijn hiervoor geen verwachtingen en zijn de analyses verkennend.

Methode

Participanten

In deze studie is gebruik gemaakt van het project 'Beoordeling van Psychische Problemen bij Schoolkinderen' (BePPS; Burke et al., 2016). Een advertentie werd gepubliceerd in online nieuwsbrieven en medewerkerswebsites van professionals in de jeugd GGZ. Deze advertentie schetst de belangstelling van de studie voor de rol van hulpverleners in de herkenning van psychische problemen van kinderen en adolescenten. 818 hulpverleners hebben op de advertentie gereageerd en aan het onderzoek meegedaan. Zie bijlage A voor beschrijvende statistieken van de steekproef. Participanten werden niet beloond voor hun deelname.

Procedure

In de online-advertentie stond een link naar de enquête. Voorafgaand werd een scherm getoond met beknopte instructies, waarin expliciet vermeld stond dat de vignetten (casussen die kinderen met psychische problemen beschrijven) niet alle informatie bevatten die nodig zijn voor het stellen van een diagnose. De vignetten zouden een eerste indruk wekken, waarin de studie BePPS geïnteresseerd is. Op de eerste pagina werden demografische participantengegevens gevraagd. Vervolgens werden tien vignetten, twee per stoornis, één per pagina, getoond met vijf verschillende psychische stoornissen. Elk vignet was gepresenteerd in combinatie met een open vraag over herkenning. Deelnemers konden niet terug naar eerdere vragen en dus geen antwoorden wijzigen. Tenslotte werd gevraagd naar het beroep en de werkervaring. Het invullen van de vragenlijst kostte ongeveer 30 minuten.

Meetinstrumenten

Het BePPS project onderzocht, door het gebruik van vignetten, de invloeden van het kind (leeftijd, geslacht, etniciteit en SES) en hulpverleners (leeftijd, geslacht, type, ervaring, etniciteit) op de herkenning van psychische problemen (ADHD, ASS, GAS, MDD, CD; Burke et al., 2016). Het huidige onderzoek gebruikt de data met betrekking tot GAS.

GAS. In twee van de tien vignetten zijn kinderen met symptomen van GAS

beschreven. Er is één vignet met weinig (5) symptomen en één met veel (10) symptomen. Om gepaste symptomen samen te stellen is gebruik gemaakt van de DSM-IV-TR criteria (APA, 2000). De DSM-5 was recent gepubliceerd, maar nog niet in gebruik tijdens de dataverzameling. De vignetten zijn ontwikkeld in drie fasen. In de eerste fase zijn symptomen uit de DSM-criteria geselecteerd. Allereerst werd in het vignet voldaan aan de drie noodzakelijke criteria van GAS en de overige, twee of zeven, symptomen werden willekeurig gekozen uit de mogelijke symptomen (Burke et al., 2016). In de tweede fase zijn psychologen en pedagogen ($n = 5$) geraadpleegd voor advies over leeftijdsgeschikte uitdrukkingen van de geselecteerde symptomen. In de derde fase is een pilotstudie ($n = 24$) uitgevoerd onder hulpverleners waarmee werd bevestigd dat, ongeacht andere variabelen, de problemen in de vignetten herkenbaar waren. Alle vignetten van GAS zijn meegenomen in het onderzoek.

Geslacht. Het geslacht van het kind werd systematisch gemanipuleerd in de vignetten. De helft van de vignetten was man en de helft vrouw. Geslacht werd niet expliciet benoemd, maar hier werd naar verwezen door bijpassend voornaamwoorden (Burke et al., 2016). Jongen is gecodeerd als 0 en meisje als 1.

Typen hulpverleners. Het type hulpverlener is in de vragenlijst vastgesteld met de vraag *‘Wat is uw beroep en/of specialisme? (licht aub toe)’*. Antwoordmogelijkheden waren psychologische zorg, forensische zorg, psychiater, orthopedagogiek, jeugdarts, intern begeleider, leerkracht, wetenschapper of anders. Van de groep ‘anders’ is de nieuwe categorie ‘sociaal werker’ toegevoegd (Burke et al, 2016). Zes van de zeven typen hulpverleners, psycholoog (1), psychiater (2), jeugdarts (3), pedagoog (4), leraar/intern begeleider (5) sociaal werker (6), worden meegenomen in dit onderzoek. De laatste groep (niet gerelateerd aan zorg (7)) wordt niet inbegrepen, omdat deze participanten niet in een klinische praktijk werken en hierdoor verschillend zijn van de participanten.

Herkenning. Na het lezen van het vignet werd gevraagd: *‘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?'. Antwoorden zijn gecodeerd door een getrainde onderzoeker als herkend (1) of niet herkend (0). Als participanten GAS of een andere angststoornis noteerden, werd dit gecodeerd als herkend. Omdat alle onderliggende symptomen hetzelfde zijn, leek het niet gepast om het antwoord angststoornis als niet herkend te coderen. Bij 20% van de vignetten heeft een tweede onafhankelijke beoordelaar reacties gecodeerd. Met betrouwbaarheidsanalyses, met behulp van kappa-statistiek, is de overeenstemming tussen de beoordelaars bepaald. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was perfect, $\kappa = 1.00$ ($p < .001$), wat betekent dat de overeenkomst in codering van dezelfde metingen door verschillende beoordelaars niet beter kan (Burke et al., 2016).

Analyseplan

De data worden geanalyseerd met 'SPSS Statistics versie 25' (IBM Corp., 2017). De onderzoeksvragen worden met behulp van een binaire logistische regressieanalyse beantwoord. Met deze analyse kan onderzocht worden of een samenhang bestaat tussen herkenning van GAS (afhankelijke, dichotome variabele), geslacht van het kind en type hulpverlener (onafhankelijke, dichotome variabelen van nominaal meetniveau) (Field, 2013). Allereerst worden beschrijvende statistieken berekend. Vervolgens wordt gecontroleerd voor de assumptie van lineariteit en multicollineariteit (Field, 2013). Hoewel deze studie geneste data bevat, omdat elke participant tien vignetten heeft geëvalueerd, is het buiten het bereik van deze studie om hierop te controleren. Er wordt verwacht dat dit geen groot effect heeft op de resultaten, omdat er weinig geneste responses zijn (<50%). Toch moeten de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Als laatst wordt een basismodel opgesteld, waar de voorspellers en het interactie-effect apart van elkaar toegevoegd worden. Er wordt gekozen voor een vergelijking met de eerste categorie, waardoor alle hulpverleners met psychologen worden vergeleken. Psychologen zijn getraind in de herkenning van mentale

gezondheidsproblemen, waardoor verwacht wordt dat ze het best zijn in de herkenning van GAS (Burke et al., 2017; Wahass, 2005). Er is gekozen voor ‘forced entry’, want vanuit literatuuronderzoek is de verwachting dat beide onafhankelijke variabelen van invloed kunnen zijn op de herkenning van GAS (Field, 2013). De hypothesen worden aangenomen bij een significantieniveau van $\alpha = .05$.

Resultaten

Beschrijvende Statistieken

Aan het onderzoek deden in totaal 818 hulpverleners mee. In de beschreven vignetten was 434 jongen (53.1%) en 384 meisje (46.9%). Ongeacht het type professional en het geslacht werden de gepresenteerde GAS vignetten 482 keer (58.9%) herkend. Van de beschreven vignetten werd GAS in 179 (72.2%) gevallen herkend door psychologen, 110 (61.1%) door pedagogen, 24 (66.7%) door psychiaters, 91 (51.1%) door jeugdarts, 31 (48.4%) door leerkracht/intern begeleider en 44 (43.3%) door sociaal werkers. Zie Bijlage B voor de beschrijvende statistieken van herkenning van GAS bij jongens en meisjes door verschillende typen hulpverleners.

Assumpties

Allereerst is gecontroleerd op twee assumpties. Er is voldaan aan de assumptie van lineariteit, omdat er geen sprake is van een significant interactie-effect (Field, 2013). Ten tweede is gecontroleerd voor multicollineariteit. Het verband tussen ‘geslacht’ en ‘type hulpverlener’ werd nagegaan met een Chi-kwadraat toets. De correlatie tussen de voorspellers is significant, $\chi^2(5) = 34,191$, $p < 0.01$. Het verband blijkt zwak te zijn, Cramér’s $V = .204$. Dit betekent dat niet voldaan is aan de assumptie van multicollineariteit (Field, 2013). Doordat de voorspellers correleren, worden de voorspellers apart opgenomen in het regressiemodel, om de betrouwbaarheid van de analyse te vergroten (Field, 2013; Poole & O’Farrell, 1971).

Binaire Logistische Regressie Analyse

Geslacht. Om de onderzoeksvraag *‘Wordt de herkenning van GAS bij kinderen beïnvloedt door het geslacht van het kind?’* te beantwoorden is de variabele ‘geslacht van het kind’ toegevoegd aan het basismodel zonder voorspellers. Het effect van geslacht van het kind op de herkenning van GAS blijkt niet significant, $wald^2(1) = .001, p = .969$ (zie Tabel 3). Dit betekent dat er geen verschil is in de herkenning van GAS bij jongens en meiden. Hypothese 1 wordt verworpen.

Typen hulpverlener. Om de onderzoeksvraag *‘Is de herkenning van GAS bij kinderen verschillend voor verschillende typen hulpverleners?’* te beantwoorden is de variabele ‘typen hulpverlener’ toegevoegd aan het basismodel zonder voorspellers. Het effect van typen hulpverlener op de herkenning van GAS is significant, $wald^2=33.37, p < .001$ (zie Tabel 3). Dit betekent dat er een verschil is in de herkenning van GAS bij verschillende typen hulpverleners. Hypothese 2 wordt aangenomen. Als binnen de typen hulpverleners wordt gekeken, dan zijn psychologen beter in staat in de herkenning van GAS dan pedagogen, $wald^2(1) = 4.50, p < .05$, jeugdartsen, $wald^2(1) = 17.14, p < .001$, intern begeleiders/leerkrachten, $wald^2(1) = 11.31, p = .001$, en sociaal werkers, $wald^2(1) = 2.10, p < .001$. Alleen voor psychiaters is het effect niet significant.

Tabel 3

*Binaire Logistische Regressie voor Herkenning GAS bij Jongens en Meiden door**Verschillende Typen Hulpverleners*

	B (SE)	wald	Df	sig	Exp (B)	95% CI for Exp(B)	
						Lower	Upper
Constant	.358 (.104)	11.914	1	.001*	1.430		
Geslacht	.005 (.142)	.001	1	.969	1.005	.761	1.329
Constant	.889 (.138)	41.435	1	<.001*	2.432		
Typen hulpverlener		33.372	5	<.001*			
Pedagoog	-.437 (.206)	4.497	1	.034*	.646	.431	.967
Psychiater	-.196 (.380)	.266	1	.606	.822	.391	1.730
Jeugdarts	-.844 (.204)	17.141	1	<.001*	.430	.288	.641
Leerkracht / intern begeleider	-.950 (.282)	11.308	1	.001*	.387	.222	.673
Sociaal werker	-1.160 (.241)	23.095	1	<.001*	.314	.195	.503

Note. CI = confidence interval, $p < .05$

Interactie-effect typen hulpverlener. Om de onderzoeksvraag '*Is er sprake van een interactie-effect van geslacht en typen hulpverleners op de herkenning van GAS?*' te beantwoorden zijn de variabelen 'geslacht van het kind', 'typen hulpverlener' en de interactie tegelijkertijd toegevoegd aan het basismodel. Het interactie-effect tussen geslacht van het kind en typen hulpverleners op de herkenning van GAS is significant, $wald^2(5) = 12.60$, $p < .05$ (zie Tabel 4). Dit betekent dat er een verschil is in de herkenning van GAS bij jongens of meiden door verschillende typen hulpverleners. Hypothese 3 wordt aangenomen. Als er binnen typen hulpverleners wordt gekeken, dan is er een significant interactie-effect tussen geslacht en herkenning door pedagogen, $wald^2(1) = 5.753$, $p < 0.5$, psychiaters $wald^2(1) = 6.545$, $p < 0.5$ en leerkracht/intern begeleider $wald^2(1) = 5.684$, $p < 0.5$. Dit betekent dat geslacht van invloed is op de herkenning bij pedagogen, psychiaters en leerkrachten/intern begeleiders in vergelijking met psychologen.

Tabel 4

Binaire Logistische Regressie voor Interactie Effect van Herkenning GAS bij Jongens en Meiden door Verschillende Typen Hulpverleners

	B (SE)	Wald	df	sig	Exp (B)	95% CI for Exp(B)	
						Lower	Upper
Geslacht * typen hulpverlener		12.602	5	.027*			
Constant	.415 (.218)	3.629	1	.057	.660		
Geslacht * pedagoog	-1.832 (.764)	5.753	1	.016*	.160	.036	.715
Geslacht * psychiater	-2.134 (.832)	6.545	1	.011*	.118	.023	.607
Geslacht * jeugdarts	.270 (1.063)	.065	1	.011*	1.310	.163	10.524
Geslacht * leerkracht/ intern begeleider	-2.041 (.856)	5.684	1	.017*	.130	.024	.696
Geslacht * sociaal werker	-22.344 (16408.711)	.000	1	.999	.000	.000	

Note. CI = confidence interval, $p < .05$.

Discussie

Het doel van deze studie was om de invloed van geslacht van het kind, typen hulpverleners en een interactie-effect op de herkenning van GAS te onderzoeken. Op basis van eerdere bevindingen werd verwacht dat de herkenning van GAS beïnvloed wordt door het geslacht van het kind (1), verschillend is voor verschillende typen hulpverleners (2) en dat er sprake is van een interactie-effect van geslacht van het kind en type hulpverlener (3). De eerste hypothese wordt verworpen, hypothese twee en drie worden aangenomen. De resultaten worden hieronder in detail besproken.

Uit de resultaten van deze studie blijkt dat geslacht niet van invloed is op de herkenning van GAS. Ondanks dat hulpverleners meer meiden dan jongens zien met angst (Orgilés et al., 2012), lijkt dit niet te leiden tot een vooroordeel en niet van invloed op de herkenning. Daarnaast blijkt acceptatie van angstuïtingen bij meiden geen invloed te hebben op herkenning (Bem, 1981). De bevinding komt overeen met onderzoek, waaruit blijkt dat sekseverschillen in kwetsbaarheid voor angststoornissen niet verklaard worden door verschillen in sociale rollen en ervaringen (Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley, & Allen, 1998). Ook blijkt uit onderzoek dat GAS de enige angststoornis is waarbij sekse gelijk is (Essau, Conradt, & Petermann, 2000). Daarnaast blijkt dat er in de samenleving een afname is van de invloed van genderrollen (Lindsey, 2015) en dat deze rollen voornamelijk gerelateerd zijn aan verschillen in angstsymptomen (Lengua & Stormshak, 2000). Mogelijk is er wel een effect van geslacht als de angstsymptomen in de vignetten variërend waren geweest voor jongens en meiden.

Ten tweede blijkt het type hulpverlener van invloed op de herkenning van GAS, wat betekent dat hulpverleners verschillen in hun vermogen om GAS te herkennen. Psychologen herkennen GAS beter dan pedagogen, jeugdartsen, leerkrachten/intern begeleiders en sociaal werkers, maar niet beter dan psychiaters. Dit kan verklaard worden doordat psychologen en

psychiaters opgeleid zijn in het toepassen van de DSM en het stellen van diagnoses, wat bij andere hulpverleners niet zo is (Flapper, 2003; Wahass, 2005). Echter, om de druk in de gezondheidszorg voor professionals te verlichten, hebben sociaal werkers en jeugdartsen een steeds grotere verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg (Aviram, 2002; Flapper, 2003). Zo is in het Nederlandse beleid een verschuiving zichtbaar van zorg door gespecialiseerde organisaties naar de gemeenten (OESO, 2014). Daarentegen blijkt uit deze studie dat sociaal werkers het minst in staat zijn om GAS te herkennen. Deze bevinding komt overeen met onderzoek dat aangeeft dat sociaal werkers het minst in staat zijn om stoornissen te herkennen (Burke et al., 2017). In het licht van deze bevindingen is het twijfelachtig of sociaal werkers voldoende uitgerust zijn om deze nieuwe rol te vervullen. Net als sociaal werkers zijn leerkrachten mogelijk niet voldoende bekwaam in het herkennen van stoornissen. Ondanks dat leerkrachten kinderen veel zien en een belangrijke rol kunnen spelen als ervaringsdeskundige (Pameijer, 2012), laat huidig onderzoek zien dat deze ervaringen niet helpend lijkt in de herkenning van GAS. In de praktijk betekent dit dat een kind met GAS op school of door een sociaal werker niet gezien wordt en geen doorverwijzing ontvangt, wat kan leiden tot negatieve gevolgen voor het kind (Williams et al., 2014). Ondanks dat psychologen en psychiaters beter zijn in de herkenning van GAS dan andere hulpverleners, moet het streven zijn dat ze meer dan de gemiddelde 70% van de GAS vignetten herkennen. Kortom, zowel de generalistische als de specialistische zorg hebben behoefte en profijt van hulp bij de herkenning van GAS.

Er is weinig onderzoek beschikbaar naar een mogelijk interactie-effect tussen geslacht en typen hulpverlener, waardoor deze studie als nieuwe bevinding rapporteert dat er een verschil is in de herkenning van GAS bij jongens of meiden door verschillende typen hulpverleners. Er is sprake van een interactie effect tussen geslacht en pedagogen, psychiaters en leerkrachten/intern begeleiders in vergelijking met psychologen. Mogelijk spelen een

verschil in opleiding (e.g. Flapper, 2003), persoonlijke overtuigingen (Janz & Becker, 1984) en Bem's gender role theory (1981) een rol. Wat betreft leerkrachten komt de bevinding van deze studie overeen met de literatuur, waaruit blijkt dat meiden met angst beter herkend worden dan jongens met angst (Loades & Mastroiannopoulou, 2010). Een opvallend verschil is zichtbaar tussen psychiaters en psychologen. Vanwege de kleinere groep psychiaters dan psychologen wordt aanbevolen om deze resultaten te reproduceren. Opmerkelijk is dat psychiaters 93% van de meiden en daarentegen 50% van de jongens met GAS herkennen. Mogelijk zien psychiaters voornamelijk meiden met angst en speelt de acceptatie van angstig gedrag bij meiden een rol in hun oordeel (Bem, 1981; Janz & Becker, 1984). Wat betreft psychologen is het goed dat er geen verschil is tussen geslacht, echter, herkennen ze slechts 70% van de gevallen. In de praktijk betekent dit dat een meisje met GAS bij een psycholoog maar 70% kans heeft om herkend te worden, terwijl ze bijna zeker door een psychiater herkend wordt.

Krachten en Beperkingen

Naast mogelijke theoretische verklaringen, kunnen beperkingen aan dit onderzoek bijdragen aan de uitkomsten. Allereerst is er geen gelijke verdeling in de steekproef van de typen hulpverleners. De kleine groep van leerkracht/intern begeleider en psychiaters heeft mogelijk een lage externe validiteit opgeleverd (Neuman, 2014). Ten tweede was 90.1% van de participant vrouw, waardoor resultaten mogelijk niet te generaliseren zijn naar mannelijke hulpverleners. Echter, is dit een weerspiegeling van de maatschappij waar voornamelijk vrouwen werken in de hulpverlening (Adams, 2010). Het zou interessant zijn om hetzelfde onderzoek uit te voeren onder mannelijke hulpverleners. Tenslotte is er gebruik gemaakt van vignetten. Mogelijk zouden hulpverleners als ze de kinderen in het echt zien een andere beslissing nemen. Echter, uit onderzoek blijkt dat vignetten een sterk instrument zijn om

factoren van invloed op de beslissingen van klinisch professionals te onderzoeken (Evans et al., 2015).

Naast beperkingen heeft dit onderzoek ook verschillende krachten. Allereerst is er gebruik gemaakt van hulpverleners uit verschillende delen van Nederland. Dit vergroot de representativiteit van de steekproef en de generaliseerbaarheid van resultaten (Neuman, 2014). Ook de grootte van de steekproef vergroot de betrouwbaarheid van het onderzoek. Ten derde is het een kracht dat de vignetten ontwikkeld zijn op basis van de DSM-criteria en de symptomen goed herkenbaar waren, blijktend uit een pilotstudie. Tenslotte is het de eerste studie, waarvan we weten, dat de herkenning van GAS met verschillende factoren vergelijkt.

Conclusie en Aanbevelingen

Uit dit onderzoek blijkt dat er een verschil bestaat in de herkenning van GAS door verschillende hulpverleners. Psychologen en psychiaters blijken het best in staat om GAS te herkennen in vergelijking met jeugdartsen, leerkrachten/intern begeleiders en sociaal werkers. Dit betekent dat als een kind met GAS als eerst gezien wordt door een psycholoog 70% kans heeft om herkend te worden. Echter, de kans is aanzienlijk kleiner als het kind gezien wordt door een andere hulpverlener of als een jongen bij een psychiater komt. Psychiaters zijn daarentegen uitstekend in staat om meiden met GAS te herkennen. Enerzijds blijkt namelijk dat geslacht niet van invloed is op de herkenning van GAS. Anderzijds is er sprake van een interactie-effect wat betekent dat er een verschil is in de herkenning van GAS bij jongens of meiden door verschillende typen hulpverleners. Voor vervolgonderzoek wordt aanbevolen om te onderzoeken of er een effect van geslacht is als verschillen in angstsymptomen worden meegenomen. Ten tweede wordt onderzoek naar de invloed van de leeftijd van een kind op de herkenning van GAS aanbevolen, omdat vanuit de literatuur aanwijzingen zijn dat hier verschil in bestaat (e.g. Yonkers & Gurguis, 1995). Tenslotte is een gelijke verdeling van typen hulpverleners aanbevolen voor het vergroten van de generaliseerbaarheid.

Samenvattend, verschillen zijn zichtbaar in de herkenning van GAS, waardoor mogelijk in de generalistische zorg niet alle kinderen doorgestuurd worden naar de specialistische zorg. Echter, deze verwijzing is belangrijk vanwege de cruciale rol van herkenning in het diagnostisch proces en de lange termijngevolgen van GAS (McConaughy, 2013; Williams et al., 2014). Het is belangrijk om trainingen aan te bieden aan zowel de generalistische als de specialistische zorg voor het aanvullen van hun kennis om zo de herkenning te verbeteren en daarmee het welbevinden van kinderen met angstproblematiek.

Referenties

- Adams, T. L. (2010). Gender and feminization in health care professions. *Sociology Compass*, 4, 454-465. doi:10.1111/j.1751-9020.2010.00294.x
- Allgulander, C. (2006). Generalized anxiety disorder: What are we missing? *European Neuropsychopharmacology*, 16, 101-108. doi:10.1016/j.euroneuro.2006.04.002.
- Altemus, M., Sarvaiya, N., & Epperson, N. (2014). Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35, 320-330. doi:10.1016/j.yfrne.2014.05.004
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4, text revision ed.). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *DSM-5: Beknopt overzicht van de criteria (Nederlandse vertaling)*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Aviram, U. (2002). The changing role of the social worker in the mental health system. *Social Work in Health Care*, 35, 617-634. doi:10.1300/J010v35n01_15
- Bebbington, P., Brugha, T., Meltzer, H., Jenkins, R., Ceresa, C., Farrel, M., & Lewis, G. (2000). Neurotic disorders and the receipt of psychiatric treatment. *International Review of Psychiatry*, 15, 108-114. doi:10.1080/0954026021000046010
- Bell-Dolan, D. J., Last, C. G., & Strauss, C. C. (1990) Symptoms of anxiety disorders in normal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 759-765. doi:10.1097/00004583-199009000-00014
- Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 354-364. doi:10.1037/0033-295X.88.4.354
- Burke, D. A., Begeer, S., Koot, H. M., & Wilde, A. de. (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

- Burke, D. A., Koot, H. M., & Begeer, S. (2015). Seen but not heard: School-based professionals' oversight of autism in children from ethnic minority groups. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 9, 112-120. doi:10.1016/j.rasd.2014.10.013
- Burke, D. A., Koot, H. M., & Begeer, S. (2017). *Health-care professionals' differential recognition of common childhood mental-health problems*. Artikel toegevoegd voor publicatie.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 263-279. doi:10.1016/S0887-6185(99)00039-0
- 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
- Fernández, A., Rubio-Valera, M., Bellón, J., Pinto-Meza, A., Luciano, J. V., Mendive, J. M. . . . Serrano-Blanco, A. (2012). Recognition of anxiety disorders by the general practitioner: Results from the DASMAP Study. *General Hospital Psychiatry*, 34, 227-233. doi:10.1016/j.genhosppsych.2012.01.012
- Field, A. (2013). Logistic regression. In A. Field (Red.), *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (pp. 760-813). London: Sage Publications.
- Flapper, B. C. T. (2003). Stoornissen en bedreigingen van de ontwikkeling. *Tijdschrift voor Kindergeneeskunde*, 71, 44-45. doi:10.1007/BF03061426
- Hawkins-Walsh, E. (2001). Turning primary care providers' attention to child behavior: A review of the literature. *Journal of Pediatric Health Care*, 15, 115-122. doi:10.1067/mp.2001.110273

IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY:

IBM Corp.

Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health*

Education Quarterly, *11*, 1-47. doi:10.1177/109019818401100101

Kartal, M., Coskun, O., & Dilbaz, N. (2010). Recognizing and managing anxiety disorders in

primary health care in Turkey. *BMC Family Practice*, *11*, 1-7. doi:10.1186/1471-

2296-11-30

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005) Prevalence, severity and

comorbidity of 12-months DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey

Replication. *Archives General Psychiatry*, *62*, 617–627.

doi:10.1001/archpsyc.62.6.617

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*, 1117–1122. doi:10.1001/archpsyc.60.11.1117

Kirmayer, L. J., Robbins, J. M., Dworkind, M., & Yaffe, M. J. (1993). Somatization and the

recognition of depression and anxiety in primary care. *The American Journal of*

Psychiatry, *150*, 734. doi:10.1176/ajp.150.5.689

Lampe, L., Fritz, K., Boyce, P., Starcevic, V., Walter, G., Shadbolt, N. . . . Malhi, G. (2013).

Psychiatrists and GPs: Diagnostic decision making, personality profiles and attitudes

toward depression and anxiety. *Australasian Psychiatry*, *21*, 231-237.

doi:10.1177/1039856213486210

Lengua, L. J., & Stormshak, E. A. (2000). Gender, gender roles, and personality: Gender

differences in the prediction of coping and psychological symptoms. *Sex Roles*, *43*,

787-820. doi:0360-0025/00/1200-0787\$18.00/0

- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M., Seeley, J. R., & Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 109-117. doi:10.1037/0021-843X.107.1.109
- Lindsey, L. L. (2015). *Gender roles: A sociological perspective*. Routledge
- Loades, M. E. & Mastroyannopoulou, K. (2010). Teachers' recognition of children's mental health problems. *Child and Adolescent Mental Health, 15*, 150-156. doi:10.1111/j.1475-3588.2009.00551.x
- McConaughy, S. H. (2013). *Clinical interviews for children and adolescents: Assessment to intervention*. New York, NY: Guildford Press.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P. A., & Kelly, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 29*, 611-619. doi:10.1097/00004583-199007000-0001
- 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*, 1371-1378. doi:10.1097/00004583-200011000-00011.
- Munk-Jørgensen, P., Allgulander, C., Dahl, A. A., Foldager, L., Holm, M., & Rasmussen, I. (2006). Prevalence of generalized anxiety disorder in general practice in Denmark, Finland, Norway, and Sweden. *Psychiatric Services, 57*, 1738-1744. doi:10.1176/ps.2006.57.12.1738
- Neuman, W. L. (2014). Sampling: How to select a few to represent the many. In W. L. Neuman (Eds.), *Understanding research* (pp. 86-111). Boston: Pearson.
- NVO. (2013). *Bekwaamheden en bevoegdheden orthopedagogen*. Opgehaald van www.nvo.nl
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD; 2014). *Mental Health and Work: Netherlands*. OECD Publishing. doi:10.1787/9789264223301-en

- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L., & Piqueras, J. A. (2012). Anxiety disorder symptoms in children and adolescents: Differences by age and gender in a community sample. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, *5*, 115-120.
doi:10.1016/j.rpsmen.2012.01.005
- Pameijer, N. (2012). Handelingsgerichte diagnostiek bij kinderen: De rol van beschermende factoren. *Psychopraxis*, *4*, 12-17. doi:10.1007/BF03071975
- Poole, M. A., & O'Farrell, P. N. (1971). The assumptions of the linear regression model. *Transactions of the Institute of British Geographers*, *52*, 145-158. doi:10.2307/621706
- Ringeisen, H., Oliver, K. A., & Menvielle, E. (2002). Recognition and treatment of mental disorders in children. *Pediatric Drugs*, *4*, 697-703. doi:10.2165/00128072-200204110-00001
- Vermani, M., Marcus, M., & Katzman, M. A. (2011). Rates of detection of mood and anxiety disorders in primary care: A descriptive, cross-sectional study. *The Primary Care Companion to CNS Disorders*, *13*, 1-29. doi:10.4088/PCC.10m01013
- Wahass, S. H. (2005). The role of psychologists in health care delivery. *Journal of Family & Community Medicine*, *12*, 63-70. Opgehaald van
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3410123/?report=classic>
- Williams, J., Klinepeter, K., Palmes, G., Pully, A., & Foy, J. M. (2004). Diagnosis and treatment of behavioral health disorders in pediatric practice. *Pediatrics*, *114*, 601-606.
doi:10.1542/peds.2004-0090
- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P., Höfler, M., & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition and management. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *63*, 24-34. Opgehaald van
<https://psycnet.apa.org/record/2002-13588-004>

Yonkers, K. A., & Gurguis, G. (1995). Gender differences in the prevalence and expression of anxiety disorders. In M. V. Seeman (Ed.), *Gender and psychopathology* (pp. 113-130). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bijlage A: Beschrijvende Statistieken van de Steekproef

Tabel 1

Beschrijvende Statistieken Steekproef

Kenmerk	<i>n</i>	%
Geslacht		
Man	80	9.8
Vrouw	728	89.0
Onbekend	10	1.2
Etniciteit		
Nederlands	714	87.3
Niet-Nederlands	96	11.7
onbekend	8	1.0
Werkervaring		
0-5	200	24.4
5-10	178	21.8
10-15	138	16.9
15-20	104	12.7
20+	198	24.2
Type hulpverlener		
Psycholoog	254	31.1
Pedagoog	180	22.0
Psychiater	36	4.4
Jeugdarts	178	21.8
Leerkracht/intern begeleider	66	8.1
Sociaal werker	104	12.7

Bijlage B:

Beschrijvende Statistieken van Typen Hulpverlener en Geslacht

Tabel 2

Beschrijvende Statistieken Typen Hulpverlener en Geslacht

	<i>n</i> (%)	Herkenning GAS	Herkenning GAS jongens	Herkenning GAS meiden
Geslacht				
Vignet jongen	434 (53.1%)	256 (59.0%)		
Vignet meisje	384 (46.9%)	226 (58.9%)		
Hulpverlener				
Psycholoog	254 (31.1%)	179 (72.2%)	112 (70.9%)	68 (70.8%)
Pedagoog	180 (22.0%)	110 (61.1%)	60 (66.7%)	50 (55.6%)
Psychiater	36 (4.4%)	24 (66.7%)	11 (50.0%)	13 (92.9%)
Jeugdarts	178 (21.8%)	91 (51.1%)	40 (45.5%)	51 (56.7%)
Leerkracht/intern begeleider	66 (8.1%)	31 (48.4%)	14 (46.7%)	18 (50.0%)
Sociaal werker	104 (12.7%)	44 (43.3%)	19 (41.3%)	26 (44.8%)

Bijlage C:

Vignetten met GAS

Etniciteit, Leeftijd, Geslacht, Integratie, SES, Kenmerken van de stoornis

Lage ernst = 5 symptomen

Mehmet is net 8 jaar en zit in groep 5 van de basisschool. Mehmet woont met zijn moeder, vader en zusje in Venlo. Zijn vader is verzekeringsverkundige en zijn moeder chiropractor. De ouders van Mehmet zijn van Turkse afkomst maar leerden elkaar kennen in Amsterdam waar zij allebei geboren en getogen zijn. De juf van Mehmet geeft aan dat hij een lieve en behulpzame jongen is maar dat zijn constante bezorgdheid over de alledaagse dingen zijn functioneren op school belemmert. Mehmet maakt zich namelijk zorgen over onder andere vies worden en of de oppas goed voor zijn zusje zorgt. Mehmet vraagt de hele dag door om geruststelling. De ouders van Mehmet kunnen hem ook moeilijk tot rust brengen en weten niet hoe zij met zijn zorgen om moeten gaan.

Hoge ernst = 10 symptomen

Emily is 16 jaar. Zij is enig kind en woont in Eindhoven met haar ouders John en Mary. Emily is van Engelse afkomst maar haar ouders wonen sinds hun jeugd al in Nederland. De vader van Emily werkt als taxichauffeur en haar moeder is glazenwasser bij een restaurant. Emily zit in de vierde klas van HAVO en haar mentor op school maakt zich zorgen om haar gedrag. Emily klaagt al een tijdje over misselijkheid en moet vaak naar het toilet. Daarnaast zegt zij vaak hoofdpijn te hebben en is de hele schooldag door prikkelbaar. De mentor van Emily vraagt zich af of haar klachten samenhangen met haar vele zorgen. Volgens haar is Emily met veel dingen in haar hoofd onnodig bezig. Zij maakt zich bijvoorbeeld grote zorgen over haar toekomst en wanneer haar ouders dood zullen gaan en praat vaak zorgwekkend over deze onderwerpen. Emily laat dezelfde zorgen thuis zien en haar ouders weten niet hoe zij verder moeten.