

Herkenning van GAD bij jongens en meisjes van verschillende etnische afkomsten

De Invloed van Etniciteit en Geslacht van het Kind op de Herkenning door Hulpverleners van een
Gegeneraliseerde Angststoornis bij Kinderen

Master thesis

Utrecht Universiteit, Faculteit Sociale Wetenschappen
Master in Clinical Child, Family and Education Studies

Student: van Wijngaarden, S. E.

Studentnummer: 6309232

Supervisor: Burke, D. A.

Tweede beoordelaar: van Tuijl, C.

Datum: 29-05-2020

Aantal woorden: 4949 (samenvatting: 241)

Abstract

In de eerstelijnszorg wordt een Gegeneraliseerde Angststoornis (GAD) slecht herkend door hulpverleners. Wanneer symptomen niet worden herkend als indicatoren voor mogelijke GAD tijdens het eerste contact met de hulpverlener wordt het diagnostische proces hoogstwaarschijnlijk niet gestart. Verschillende demografische kenmerken zoals etniciteit en geslacht spelen een rol in de herkenning van psychische problemen door hulpverleners. Tot op heden is weinig onderzoek verricht naar hoe demografische kenmerken van kinderen de herkenning van hulpverleners op GAD beïnvloeden. In het huidige onderzoek is daarom nagegaan of de herkenning van GAD door hulpverleners bij kinderen wordt beïnvloed door de etniciteit en geslacht van het kind en of er sprake is van een interactie-effect van etniciteit en geslacht op de herkenning. Verschillende hulpverleners hebben 512 online casussen beoordeeld waarin Nederlandse, Marokkaanse en Turkse jongens en meisjes met GAD beschreven werden. De resultaten zijn geanalyseerd aan de hand van een binaire logistische regressie analyse. Zowel etniciteit als geslacht van het kind blijken geen rol te spelen op de herkenning van GAD. Er was echter wel sprake van een interactie-effect. Nederlandse meisjes hebben een hogere kans om herkend te worden met GAD in vergelijking met Marokkaanse meisjes, terwijl Nederlandse jongens juist een lagere kans hebben dat GAD bij hen herkend wordt in vergelijking met Marokkaanse jongens. Onderzoek in de klinische praktijk is nodig om een representatiever beeld van de werkelijkheid te krijgen. Suggesties voor vervolgonderzoek en praktische implicaties worden besproken.

Keywords: Gegeneraliseerde Angststoornis, herkenning, hulpverleners, kinderen, etniciteit, geslacht

Abstract

In primary care, mental-health professionals poorly recognize Generalized Anxiety Disorder (GAD). If symptoms are not recognized as indicators of potential GAD during the first contact with the mental-health professional, the diagnostic process is most likely not to start. Different demographic characteristics such as ethnicity and gender play a role in the recognition of mental-health problems by mental-health professionals. So far, little research has been conducted into how demographic characteristics of children influence mental-health professionals' – recognition of GAD. This study therefore examined whether the recognition of GAD in children is influenced by ethnicity and gender of the child, and whether there is an interaction-effect of ethnicity and gender on recognition. Clinical professionals evaluated a total of 512 online vignettes describing Dutch, Moroccan and Turkish boys and girls with GAD. The results were analysed using a binary logistic regression analysis. Neither ethnicity nor gender appears to play a role in GAD recognition. However, there was an interaction effect. Dutch girls have a higher chance of being recognized with GAD compared to Moroccan girls, while Dutch boys have a lower chance of being recognized compared to Moroccan boys. Research in clinical practice is necessary to get a more representative picture of reality. Suggestions for future research and practical implications are discussed.

Keywords: Generalized Anxiety Disorder (GAD), recognition, mental health professionals, children, ethnicity, gender

Herkenning van GAD bij jongens en meisjes van verschillende etnische afkomsten

De Invloed van Etniciteit en Geslacht van het Kind op de Herkenning door Hulpverleners van een Gegeneraliseerde Angststoornis bij Kinderen

Vroege herkenning van psychische problemen kan bijdragen om negatieve uitkomsten op lange termijn voor het kind en zijn/haar omgeving te minimaliseren (Nelson, Westhues, & MacLeod, 2003). Herkenning van psychische problemen is grotendeels afhankelijk van het oordeel van hulpverleners over de symptomen die het kind laat zien (Burke, Koot, de Wilde, & Begeer, 2016). Er zijn echter redenen om te verwachten dat de herkenning van bepaalde psychische problemen niet optimaal gaat (Matson & Kozlowski, 2011). Een gegeneraliseerde angststoornis wordt bijvoorbeeld niet goed herkend in de eerstelijnszorg (Hoge, Ivkovic, & Fricchione, 2012). Mogelijk komt dit doordat internaliserende problemen naar een innerlijke mentale toestand verwijzen die onduidelijk zijn voor andere volwassenen (Mesman & Koot, 2000). Omdat vooral kleine angstige kinderen stil en inschikkelijk kunnen zijn, worden hun problemen waarschijnlijk niet altijd opgemerkt (Boeting, Ferdinand, Barrett, & Dadds, 2002).

Angststoornissen worden beschouwd als meest voorkomende psychiatrische stoornissen met GAD als meest voorkomende (Wittchen, Kessler, Beesdo, Krause, Hofler, & Hoyer, 2002). GAD wordt gekenmerkt door een overmatige angst en zorgen te ervaren, ten minste 6 maanden, over diverse activiteiten waarbij de persoon het moeilijk vindt om deze zorgen te controleren (American Psychological Association (APA), 2013). Deze overmatige zorgen gaan samen met symptomen van fysiologische opwinding zoals rusteloosheid, slapeloosheid en spierspanning. De angst, bezorgdheid of lichamelijke klachten veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren. Ondanks de prevalentie krijgt slechts 30% van de patiënten met GAD in de eerstelijnszorg de juiste diagnose (Wittchen et al., 2002). Verklaringen voor de onder herkenning van GAD door hulpverleners kunnen liggen aan vage psychische symptomen, het stigma van psychische aandoeningen en de misdiagnose van angst met depressie (Hoge et al., 2012).

Verschillende demografische kenmerken zoals etniciteit en geslacht zouden tevens een rol in de herkenning van GAD door hulpverleners kunnen spelen (APA, 2013). Nederlandse jongens hebben bijvoorbeeld twee keer zoveel kans om gediagnosticeerd te worden met het autismespectrumstoornis dan Marokkaanse en Turkse jongens (Begeer, El Bouk, Boussaid, Meerum-Terwogt, Koot, 2009). Verder toont onderzoek aan dat jongeren met een Marokkaans-

Herkenning van GAD bij jongens en meisjes van verschillende etnische afkomsten

Nederlandse, Turks-Nederlandse of Surinaams-Nederlandse achtergrond minder professionele hulp voor internaliserende problemen (waaronder angst) ontvingen dan Nederlandse jongeren (Verhulp, Stevens, van de Schoot, & Vollebergh, 2013), wat kan betekenen dat die minderheden niet herkend worden. Daarnaast is de frequentie van een angststoornis hoger bij meisjes dan bij jongens (Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley, & Allen, 1998; Bekker & van Mens-Verhulst, 2007). Het is niet bekend of etniciteit en geslacht gerelateerd zijn aan de herkenning van GAD, welke zowel de verminderde opname van professionele hulp bij etnische minderheidsgroepen als hogere frequentie van angst bij meisjes zou kunnen verklaren. Daarnaast is onderzoek met betrekking tot kleine kinderen met angst nog zeldzaam.

De aanwezigheid van een angststoornis zorgt voor een verhoogd risico op latere depressie, illegale drugsverslaving en onderwijsachterstand als jong volwassenen (Woodward & Fergusson, 2001). Wanneer een angststoornis niet wordt herkend en gediagnosticeerd, kan een kind incompetentie oplossingsvaardigheden en niet-wenselijke gedragingen ontwikkelen (Boeting et al., 2002). Dit verkleint de kans op succes bij latere therapeutische interventie. Vanwege de enorme kosten voor de gemeenten voor het behandelen van internaliserende stoornissen, is er behoefte aan preventieve strategieën. Dit benadrukt het belang om angstige kinderen vroeg te identificeren. Om accurate en tijdige herkenning van GAD bij kinderen te garanderen moeten de factoren die de herkenning door hulpverleners beïnvloeden worden begrepen (Burke et al., 2016). Er is weinig onderzoek gedaan over hoe demografische kenmerken van kinderen de herkenning van GAD door hulpverleners beïnvloeden. Binnen het huidige onderzoek wordt daarom gekeken in welke mate etniciteit gerelateerd is aan de herkenning door hulpverleners van een gegeneraliseerde angststoornis bij kinderen van drie tot tien jaar en of dit verband gemodereerd wordt door het geslacht van het kind.

Etniciteit

Onderzoek toont aan dat er verhoogde niveaus van angst werden gevonden bij kinderen uit etnische minderheidsgroepen in vergelijking met Nederlandse kinderen (Bengi-Arslan, Verhulst, & van der Ende, 1997). Desondanks ontvingen jongeren met een Marokkaans-Nederlandse, Turks-Nederlandse of Surinaams-Nederlandse achtergrond minder professionele hulp voor internaliserende problemen (waaronder angst) dan Nederlandse jongeren (Verhulp et al., 2013). Een verklaring hiervoor kan zijn dat screening instrumenten de stoornis niet in volledigheid vastleggen vanwege verschillen in angstsymptomen veroorzaakt door taal- of

Herkenning van GAD bij jongens en meisjes van verschillende etnische afkomsten

cultuurverschillen (Johnson et al., 2007). Kinderen kunnen hun symptomen anders vertonen dan beschreven staat in de medische boeken (Betancourt, Green, Carrillo, & Park, 2005). Daarnaast speelt de opleiding van hulpverleners, die mogelijk is afgestemd op de meerderheidscultuur een rol (Betancourt et al., 2005). Wanneer gestandaardiseerde beoordelingsprocedures worden gebruikt om probleemgedrag van kinderen uit etnische minderheidsgroepen te beoordelen, is niet duidelijk of verschillen in beoordelingen worden veroorzaakt door echte verschillen in de prevalentie van probleemgedrag of door culturele verschillen in de perceptie en verwachtingen van hulpverleners van het gedrag van kinderen (Bengi-Arslan et al., 1997). Zo gaven Turkse immigrantenleraren hogere angstniveaus aan bij allochtone kinderen wanneer zij rapporteerden over hetzelfde kind als Nederlandse leraren (Crijnen et al., 2000). De toegang tot geestelijke gezondheidszorg voor kinderen uit etnische minderheidsgroepen kan dus belemmerd worden door bevooroordeelde klinische beoordelingen van hulpverleners (Kreps, 2006). Zo wordt mogelijk de perceptie van hulpverleners over gedragsproblemen van Marokkaanse immigrantenkinderen vertekend door vooroordelen over hun gedrag (Stevens, Pels, Bengi-Arslan, Verhulst, Vollebergh, & Crijnen, 2003). Marokkaanse kinderen en jongeren worden namelijk steeds vaker gezien als een probleem voor de Nederlandse samenleving. Etniciteit lijkt dus een rol te kunnen spelen in de herkenning van angst. De invloed van etniciteit is echter nog niet gelinkt aan de herkenning van GAD. Dit kan wellicht komen omdat er veel potentiële factoren van invloed zijn op de herkenning van psychische stoornissen (APA, 2013).

Geslacht

De frequentie van een angststoornis is hoger bij meisjes dan bij jongens (Lewinsohn et al., 1998; Essau, Conradt, & Peterman, 2000). Dit kan het gevolg zijn van gender specifieke gedragingen. Uitingen van angst wordt meer geaccepteerd bij meisjes dan bij jongens wat kan leiden tot een grotere expressiviteit van symptomen bij meisjes (Vesga-López et al., 2008). Traditionele mannelijke stereotypen op het gebied van geslachtsrollen kunnen het voor jongens moeilijk maken om openlijk zwakheid te vertonen, zoals gevoelens van een angststoornis toegeven (Chambless, 1988). Daarnaast komt de huidige diagnostische criteria niet overeen met de symptomen die jongens met GAD laten zien. Zo kunnen jongens met GAD de neiging hebben om meer externaliserend gedrag te laten zien zoals reageren met boosheid en/of woede op stress. Het is mogelijk dat dit soort externaliserend gedrag dat wordt beschreven bij sommige depressieve stoornissen (Fava & Rosenbaum, 1998), symptomen van angst bij jongens

Herkenning van GAD bij jongens en meisjes van verschillende etnische afkomsten

vertegenwoordigen. Als gevolg van angstgedrag dat typischer is voor meisjes, GAD-criteria die mogelijk geen jongens vertegenwoordigen en jongens die met externaliserend gedrag symptomen van angst laten zien, zullen hulpverleners waarschijnlijk meer ervaring hebben met de herkenning van GAD bij meisjes. Het lijkt erop dat GAD moeilijk te herkennen is. Daarnaast hoeft de aanwezigheid van angst bij kleine kinderen niet per definitie te wijzen op psychopathologie (Boeting et al., 2002). Tijdens sommige ontwikkelingsfasen is angst te verwachten, zoals angst voor het donker. Sommige kinderen houden deze angsten. Kleine kinderen met angst kunnen stil en inschikkelijk zijn, waardoor hun problemen niet worden opgemerkt en wat de herkenning van GAD moeilijk maakt. Wanneer symptomen niet worden herkend als indicatoren voor mogelijke GAD tijdens het eerste contact met de hulpverlener wordt het diagnostische proces hoogstwaarschijnlijk niet gestart (Hawkins-Walsh, 2001). Dit maakt vooral jongens risicovol voor onder-diagnose waardoor zij uiteindelijk niet de noodzakelijke behandeling krijgen.

Modererende Rol van Geslacht

Onderzoek heeft tot op heden weinig aandacht besteed aan de interactie tussen geslacht en etniciteit bij angststoornissen (Budhwani, Hearld, & Chavez-Yenter, 2015). Onderzoek dat is uitgevoerd met verschillende etnische minderheidsgroepen toonde aan dat Turkse vrouwen meer angst hebben in vergelijking met andere etnische minderheidsgroepen en de meerderheidsgroep (De Wit et al., 2008). Het *genderpatroon* in sommige etnische minderheidsgroepen kan dit verklaren. Belangrijk hierbij is de vrouwelijke rol binnen de soms zeer traditionele samenlevingen (Colla, Buka, Harrington, & Murphy, 2006). Verder ervaren Turkse en Marokkaanse mannen meer angst in vergelijking met Nederlandse mannen (De Wit et al., 2008). Met de huidige kennis wordt verwacht dat vooral jongens uit etnische minderheidsgroepen met GAD onderherkend zijn. De invloed van deze factoren is grotendeels niet onderzocht op de herkenning van GAD door hulpverleners, zeker niet bij kinderen.

Huidige Onderzoek

Uit diverse onderzoeken komt naar voren dat etniciteit en geslacht een rol lijken te spelen in de herkenning door hulpverleners van psychische stoornissen (APA, 2013). Deze factoren zijn nooit aan elkaar gelinkt en er is weinig onderzoek naar de herkenning van GAD, zeker niet bij kleine kinderen. Tevens is er tot op heden weinig aandacht besteed aan de interactie tussen geslacht en etniciteit bij angststoornissen (Budhwani et al., 2015). Onderzoek hiernaar is

Herkenning van GAD bij jongens en meisjes van verschillende etnische afkomsten

wetenschappelijk relevant omdat hierdoor duidelijk wordt of het geslacht van het kind invloed heeft op de herkenning door hulpverleners van GAD bij etnische minderheidsgroepen en/of de meerderheidsgroep. Daarnaast is het maatschappelijk relevant, aangezien het gerichte aanknopingspunten kan bieden voor accurate en tijdige herkenning van GAD door hulpverleners bij deze twee groepen. Kennis over de factoren die verband houden met de herkenning van GAD, kunnen leiden tot handvatten voor hulpverleners. Het doel van dit onderzoek is of etniciteit invloed heeft op de herkenning door hulpverleners van een gegeneraliseerde angststoornis bij kinderen van drie tot tien jaar, en welke mogelijke rol het geslacht van het kind hierin speelt. De onderzoeksvragen en hypothesen zijn als volgt:

1. *Wat is het verband tussen etniciteit en de herkenning van een gegeneraliseerde angststoornis?*

Op basis van eerdere onderzoeken en bevindingen wordt verwacht dat kinderen uit etnische minderheidsgroepen met GAD minder goed herkend worden door hulpverleners dan kinderen van de meerderheidsgroep (Begeer et al., 2009; Verhulp et al., 2013).

2. *Wat is het verband tussen geslacht en de herkenning van een gegeneraliseerde angststoornis?*

Op basis van eerdere onderzoeken en bevindingen wordt verwacht dat meisjes met GAD eerder herkend worden door hulpverleners dan jongens (Lewinsohn et al., 1998; Bekker & van Mens-Verhulst, 2007).

3. *Wordt het verband tussen etniciteit en de herkenning van een gegeneraliseerde angststoornis beïnvloed door het geslacht van het kind?*

Er is tot op heden weinig onderzoek naar deze relatie verricht. Op basis van bevindingen naar de relatie tussen etniciteit en GAD en geslacht en GAD wordt verwacht dat de herkenning van GAD door hulpverleners het minst sterk is voor jongens uit de etnische minderheidsgroep dan voor andere combinaties van de groepen (Verhulp et al., 2013; Bekker & van Mens-Verhulst, 2007).

Methode

Participanten

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van data die reeds verzameld is, namelijk *Beoordeling Psychische Problemen bij Schoolkinderen* (BePPS project; Burke, Koot, Begeer, 2016). Een online vragenlijst is afgenomen bij 431 kind- en jeugdhulpverleners, waarvan 89% vrouw en 11% man was. Verder was 87% van de participanten Nederlands, 11% niet-Nederlands en van 0.93.% was de etniciteit onbekend. De participanten varieerde binnen de

Herkenning van GAD bij jongens en meisjes van verschillende etnische afkomsten

leeftijdscategorieën 18-24 (2%), 25-39 (37%), 40-59 (51%), 60+ (9%) en onbekende leeftijd (0.23%). Zie Tabel 1 voor de specialisatie van de participanten.

Tabel 1

Specialisatie van participanten

Participanten	Specialisatie
125 (29%)	Psychologen
91 (21%)	Kinderartsen
91 (21%)	Pedagogen
17 (4%)	Psychiaters
52 (12%)	Maatschappelijk werkers
34 (8%)	Leraren en schoolmentoren
21 (5%)	Andere specialisatie

Procedure

Door middel van advertenties op werknemer websites en online nieuwsbrieven werd de interesse voor dit onderwerp aangewakkerd. De advertenties bevatten een link naar de online vragenlijst. Als een participant op de link klikte, werden ze willekeurig toegewezen aan een van de 40 versies van de vragenlijst. Voordat de vragenlijst startte, kregen de participanten korte instructies waarin werd aangegeven dat de casussen niet alle informatie bevatten om een diagnose te stellen, maar wel om een eerste indruk te krijgen. Op dit punt gaven zij ook toestemming voor het gebruik van hun gegevens. Allereerst werden er demografische kenmerken over de participant verzameld. Vervolgens werden 10 casussen in totaal beschreven. Een casus werd getoond per pagina. Na elke casus werd een open vraag gesteld die betrekking had op de herkenning van het beschreven psychische probleem. Als laatste werd informatie over de participant zijn werk en werkervaring gevraagd. De hulpverleners hebben de vragenlijst online en anoniem ingevuld. Het invullen van de vragenlijst duurde ongeveer 30 minuten. Ethische goedkeuring voor het onderzoek werd verleend door de ethische commissie van de Vrije Universiteit Amsterdam.

Meetinstrumenten

Voor dit onderzoek is gebruikt gemaakt van de BePPS vragenlijst (Burke et al., 2016). Om de herkenning van de diverse psychische problemen door hulpverleners te vergelijken is gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd experimenteel analoog ontwerp waarbij verschillende psychische problemen (ADHD, ASD, CD, MDD en GAD) en kindfactoren (SES, leeftijd, etniciteit en geslacht) systematisch gemanipuleerd en gemeten zijn. De combinatie hiervan leiden tot een totaal van 400 casussen, waarvan 80 GAD casussen. De 400 casussen zijn gelijk verdeeld over 40 vragenlijsten en werden willekeurig verdeeld over participanten. In het huidige onderzoek worden alleen de concepten GAD, etniciteit en geslacht van het kind genomen.

GAD casussen. De DSM-IV (APA, 2000) criteria voor GAD is gebruikt om de casussen te voorzien van de juiste bijbehorende symptomen. De casussen werden in drie fases ontwikkeld. In de eerste fase werden de symptomen die in de casussen moesten worden opgenomen, geselecteerd uit de DSM-criteria. Binnen een casus met GAD werden allereerst de drie noodzakelijke symptomen voor de diagnose beschreven. De overige symptomen werden vervolgens willekeurig geselecteerd uit de mogelijke symptomen en beschreven. Binnen een casus met vijf symptomen, waren drie noodzakelijke symptomen en twee mogelijke symptomen. Binnen een casus met tien symptomen, waren drie noodzakelijke symptomen en zeven mogelijke symptomen. Tijdens de tweede fase werden psychologen en pedagogen ($n = 5$) die regelmatig met kinderen werken, geraadpleegd voor advies over de leeftijd geschikte uitdrukking van de geselecteerde criteria. In de laatste fase werd een pilotstudie ($n = 24$) onder hulpverleners uitgevoerd. Deze bevestigde dat, het type probleem zoals beschreven in de casussen, herkenbaar was. Hierna zijn geen verdere wijzigingen aangebracht.

Etniciteit. In het originele BePPS onderzoek werd etniciteit gemanipuleerd door onderscheid te maken tussen Nederlandse meerderheidsgroep, Westerse (Europa) minderheidsgroepen en Niet-Westerse (Marokkaanse, Turkse en Indiase) minderheidsgroepen. De etnische achtergrond van het kind varieerde onafhankelijk van de rest van de content van de casus en werd benoemd in de naam en de beschrijving van het land van herkomst van het kind. Dit onderzoek richt zich op de vergelijking van Nederlandse kinderen (=0) met Marokkaanse kinderen (=1) en Turkse kinderen (=2). Voor deze minderheden is gekozen omdat de grootste groepen immigranten in Nederland uit Marokko en Turkije komen (De Wit et al., 2008).

Herkenning van GAD bij jongens en meisjes van verschillende etnische afkomsten

Geslacht. Het geslacht van het kind verschilt binnen elke casus. Jongens (=0) en meisjes (=1) waren gelijk vertegenwoordigd binnen de casussen. Geslacht is binnen de casussen nooit expliciet genoemd maar aangegeven met het juiste voornaamwoord.

Herkenning van GAD. Als laatste evalueerden hulpverleners de casussen met behulp van *a single item*. Hulpverleners reageerden na elke casus op een open vraag of zij redenen tot bezorgdheid zagen en zo ja, wat er aan de hand zou zijn met het kind. Antwoorden van de hulpverleners werden dichotoom gecodeerd als (1) GAD herkend of (0) geen/foutieve verwijzing gemaakt van het psychische probleem. Antwoorden werden gecodeerd met ‘herkend’ als hulpverleners GAD expliciet benoemden of verwezen naar een andere angststoornis. Antwoorden werden gecodeerd met ‘niet herkend’ als er geen of een foutieve verwijzing was gemaakt. De antwoorden van de hulpverleners zijn gecodeerd door twee onafhankelijke onderzoekers. Een betrouwbaarheidsanalyse is uitgevoerd om overeenstemming vast te stellen van de codering van de twee onafhankelijke onderzoekers. De interrater betrouwbaarheid voor GAD casussen bleek $k = .98$ ($p < .001$), wat een bijna perfecte overeenstemming weergeeft.

Analyse Plan

Met het statistische programma SPSS Statistics 25 worden verschillende analysetechnieken gebruikt om de hoofdvraag te beantwoorden (Allen, Bennett, & Heritage, 2014; Field, 2013). Allereerst wordt aan de hand van een kruistabel naar de beschrijvende statistieken gekeken van de variabelen; herkenning van een gegeneraliseerde angststoornis, etniciteit en geslacht. Aan de hand van een binaire logistisch regressie wordt onderzocht of herkenning van GAD bij kinderen beïnvloed wordt door de etniciteit van het kind, het geslacht van het kind en of er sprake is van een interactie-effect tussen etniciteit en geslacht. De herkenning van een gegeneraliseerde angststoornis is de afhankelijke variabele (Y) en is van ordinaal meetniveau (dichotoom). De onafhankelijke variabelen (X) zijn etniciteit en geslacht die beide gemeten zijn op nominaal meetniveau. Bij het interactie-effect is geslacht de moderator (M) en van nominaal meetniveau.

Voorafgaand aan de analyses moet aan verschillende assumpties worden voldaan. Zo moet er sprake zijn van de onafhankelijkheid van de meetfouten, mogen onafhankelijke variabelen geen grote *multicollineariteit* vertonen en wordt gecontroleerd voor *logistische lineairiteit* (Field, 2013). Als laatste worden *outliers* gecontroleerd.

Er wordt gebruik gemaakt van een binaire logistisch regressie omdat de afhankelijke

Herkenning van GAD bij jongens en meisjes van verschillende etnische afkomsten

variabele ‘herkenning’ dichotoom is en de onafhankelijke variabelen van nominaal meetniveau zijn (Allen et al., 2014). Er is gebruik gemaakt van de *enter* regressiemethode. Het één voor één opnemen van de voorspellers in het model vergroot de betrouwbaarheid van de toets (Field, 2013). Allereerst wordt een basismodel opgesteld zonder voorspellers. Vervolgens worden de onafhankelijke variabelen één voor één als voorspellers toegevoegd waardoor er drie modellen ontstaan. Het toevoegen van ‘etniciteit’ aan het basismodel toetst hypothese één, het toevoegen van ‘geslacht’ aan het eerste model toetst hypothese twee en het toevoegen van de interactie tussen de voorspellers aan model twee toetst hypothese drie. De drie hypothesen worden aangenomen bij een significantieniveau van $\alpha = .05$.

Resultaten

In totaal hebben $N = 431$ hulpverleners, 862 casussen over GAD beoordeeld. Hiervan waren 512 GAD casussen met Nederlandse, Turkse en Marokkaanse kinderen. Alleen deze casussen worden meegenomen in de analyses. De relevante beschrijvende statistieken (percentages) zijn te zien in Tabel 2. Aan de hand van kruistabellen werd gekeken naar de proporties van Nederlandse, Marokkaanse en Turkse kinderen die met een gegeneraliseerde angststoornis worden herkend door hulpverleners en hoeveel jongens en meisjes met GAD worden herkend. Er zijn chi-square toetsen uitgevoerd om te bepalen of er onder sommige groepen relatief meer of minder kinderen met GAD werden herkend, maar er werden geen significante verschillen gevonden tussen de groepen met Nederlandse, Marokkaanse en Turkse kinderen, $\chi^2(2) = 1.13$, $p = .567$ noch tussen jongens en meisjes, $\chi^2(1) = 0.10$, $p = .752$.

Tabel 2

Vergelijking van het aandeel herkende kinderen met GAD tussen verschillende groepen

Kenmerk	Herkend		Niet herkend		χ^2	p
	n	%	n	%		
Etniciteit						
Nederlands	100	58.5	71	41.5	1.13	.567
Marokkaans	91	53.5	79	46.5		
Turks	100	58.5	71	41.5		
Geslacht kind						

Herkenning van GAD bij jongens en meisjes van verschillende etnische afkomsten

Jongens	146	56.2	114	43.8	0.10	.752
Meisje	145	57.5	107	42.5		
Totaal	291	56.8%	221	43.2%		

Voorafgaand aan de analyses is gecontroleerd voor de assumptie van logistische lineairiteit. Geen enkele interactie was significant, wat aangeeft dat aan de assumptie is voldaan. Daarnaast is gecontroleerd voor de assumptie van multicollineariteit. De correlatie tussen de voorspellers ‘etniciteit’ en ‘geslacht’ waren niet significant, wat tevens aangeeft dat aan de assumptie is voldaan. Er wordt echter niet voldaan aan de assumptie van onafhankelijkheid van de meetfouten, aangezien alle participanten twee casussen hebben beoordeeld. Binnen dit onderzoek is het niet mogelijk om voor deze onafhankelijkheid te controleren. Voorzichtige interpretatie is dus belangrijk. Tijdens de analyse zijn geen ontbrekende gegevens of uitschieters gevonden.

Om de waarschijnlijkheid van de herkenning van een gegeneraliseerde angststoornis door hulpverleners te schatten voor zowel Nederlandse, Marokkaanse als Turkse jongens én meisjes werd een binaire logistische regressieanalyse uitgevoerd. In Tabel 3 zijn de resultaten terug te zien. Om de hypothesen te kunnen toetsen werden er drie modellen opgesteld. Het nulmodel waar geen predictors zijn toegevoegd voorspelt op basis van kans dat 56.8%, $n = 291$ kinderen met GAD, herkend worden door hulpverleners.

Het eerste model toets de eerste hypothese “kinderen uit etnische minderheidsgroepen met GAD zullen minder goed herkend worden door hulpverleners dan kinderen van de meerderheidsgroep”. Model één verklaart echter niet significant beter dan het nulmodel of GAD door hulpverleners wordt herkend, $X^2 (df = 2, N = 512) = 1.13, p = .568$. De Cox and Snell ($R^2 = .002$) en Nagelkerke ($R^2 = .003$) wijzen erop dat 0.3% van de variantie in de herkenning van GAD wordt verklaard door het model met alleen de predictor etniciteit van het kind, wat statistisch gezien weinig is (Allen et al., 2014). De predictor etniciteit heeft geen significant effect op de kans dat GAD herkend wordt, $wald=1,13, p = .568$. Dit betekent dat Nederlandse, Marokkaanse en Turkse kinderen evenveel kans hebben op de herkenning van GAD door hulpverleners. Kinderen met GAD van Nederlandse afkomst werden 100 keer (58.5%) herkend. Kinderen met GAD van Marokkaanse afkomst werden 91 keer (53.5%) herkend en kinderen met

Herkenning van GAD bij jongens en meisjes van verschillende etnische afkomsten

GAD van Turkse afkomst werden 100 keer (58.5%) herkend. Op basis van de resultaten wordt hypothese één verworpen.

Het tweede model toets de tweede hypothese “meisjes met GAD zullen eerder herkend worden door hulpverleners dan jongens”. Dit model verklaart tevens niet significant beter dan het nulmodel of GAD door hulpverleners wordt herkend, $X^2 (df = 1, N = 512) = 1.23, p = .745$. De Cox and Snell ($R^2 = .002$) en Nagelkerke ($R^2 = .003$) wijzen er op dat 0.3% van de variantie in de herkenning van GAD wordt verklaard door het model met zowel de predictoren etniciteit als geslacht van het kind. Resultaten laten zien dat geslacht geen significant effect heeft op de kans dat GAD herkend wordt, $wald = .10, p = .749$. Dit betekent dat jongens en meisjes een vergelijkbare kans hebben op de herkenning van GAD door hulpverleners. Jongens met GAD werden 146 keer (56.2%) herkend vergeleken met meisjes die 145 keer (57.5%) werden herkend. Hypothese twee wordt tevens verworpen.

Het derde model toets de derde hypothese “de herkenning van GAD door hulpverleners is het minst sterk voor jongens uit de etnische minderheidsgroep dan voor andere combinaties van de groepen”. Het derde model verklaart tevens niet significant beter dan het nulmodel of GAD door hulpverleners wordt herkend, $X^2 (df = 5, N = 512) = 5.67, p = .340$. De Cox and Snell ($R^2 = .011$) en Nagelkerke ($R^2 = .015$) wijzen erop dat 1.5% van de variantie in de herkenning van GAD wordt verklaard door de predictoren etniciteit, geslacht en de interactieterm. De verklaarde variantie van dit model nadert het dichtst naar significantie. Desondanks is dit statistisch gezien nog weinig (Allen et al., 2014). Kijkend naar het overall effect van etniciteit is er geen effect gevonden, $wald = 4.39, p = .111$. Echter, wordt er een significant interactie effect gevonden bij de specifieke vergelijkingen namelijk de Marokkaanse kinderen vergeleken met Nederlanders ($wald = 3.90, p < 0.5$), dit wordt in Tabel 3 weergegeven. Dit betekent dat het verschil tussen Nederlandse en Marokkaanse jongens als het gaat om de kans dat GAD bij hen herkend wordt, anders is dan het verschil tussen Nederlandse en Marokkaanse meisjes. Bij meisjes is sprake van een negatief effect. Daarentegen is bij jongens sprake van een positief effect. Omdat een interactie-effect moeilijk te interpreteren is, is deze in Figuur 2 grafisch weergegeven. Hierin valt te op te maken dat het effect gaat om Nederlandse versus Marokkaanse meisjes. Marokkaanse meisjes hebben een lagere kans (odds ratio = .42) om herkend te worden met GAD in vergelijking met Nederlandse meisjes, terwijl Nederlandse jongens juist een lagere kans lijken te hebben dat GAD bij hen herkend wordt in vergelijking met Marokkaanse jongens. Uit Tabel 3

Herkenning van GAD bij jongens en meisjes van verschillende etnische afkomsten

valt verder op te maken dat er verder geen significant interactie-effect is gevonden van etniciteit (Turkse kinderen) en geslacht, $wald=2.60$, $p = .107$. Dit betekent dat er geen verschillen zijn tussen jongens en meisjes als het gaat om de kans dat Turkse kinderen met GAD, wanneer vergeleken met Nederlandse kinderen met GAD, herkend worden door hulpverleners.

GAD werd bij jongens met een Nederlandse afkomst 46 keer (31.5%) herkend, bij Marokkaanse afkomst 49 (33.6%), en bij Turkse afkomst 51 keer (34.9%) herkend. GAD werd bij meisjes met een Nederlandse afkomst 54 keer (37.2%) herkend, bij Marokkaanse afkomst 42 (29.0%), en bij Turkse afkomst 49 keer (33.8%) herkend. Hypothese drie wordt tevens verworpen.

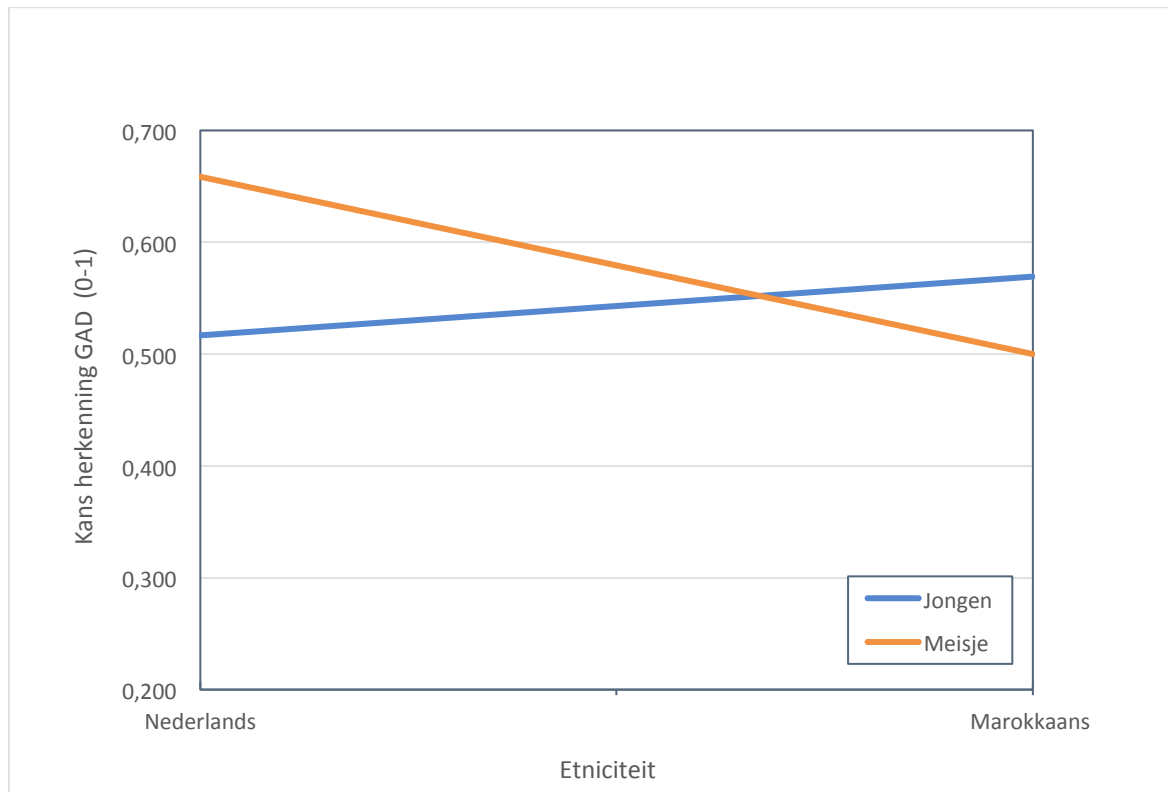
Tabel 3

Binaire Logistische Regressieanalyse voor de Voorspellers van Herkenning van GAD

	B(SE)	Wald	df	<i>p</i>	Odds ratio	95% CI for Exp(B)	
						Lower	Upper
Constant	.28(.09)	9.51	1	.002	1.32		
Etniciteit		1.13	2	.568			
Marokkaanse kinderen ¹	-0.20(.22)	.85	1	.357	.82	.53	1.26
Turkse kinderen ¹	0.00(.22)	.00	1	1.00	1.00	0.65	1.54
Geslacht kind							
Meisjes ²	0.06(.18)	.10	1	.749	1.06	0.75	1.50
Etniciteit*Geslacht kind		4.39	2	.111			
Marokkaanse kinderen* geslacht ²	-0.87(.44)	3.90	1	.048	.42	0.18	0.99
Turkse kinderen*geslacht ²	-.71(.44)	2.60	1	.107	.49	0.21	1.17

Noot. CI = Confidence interval, $p < .05$, ¹Referentiegroep = Nederlandse kinderen,

²Referentiegroep = jongens.



Figuur 1. Interactie effect tussen etniciteit (Marokkaans vs Nederlands) en geslacht, waarbij de kans waarop GAD herkend wordt (0=0%, 1=100% kans) tussen Nederlandse en Marokkaanse jongens en meisjes is weergegeven

Discussie

Het doel van dit onderzoek was te onderzoeken of herkenning van GAD door hulpverleners bij kinderen wordt beïnvloed door de etniciteit en geslacht van het kind en of er sprake is van een moderatie door geslacht. Om accurate en tijdige herkenning van GAD bij kinderen te garanderen moeten de factoren die de herkenning door hulpverleners beïnvloeden worden begrepen (Burke et al., 2016). Eerdere bevindingen leidden tot de verwachtingen dat (1) kinderen uit etnische minderheidsgroepen met GAD minder goed herkend zullen worden door hulpverleners dan kinderen van de meerderheidsgroep, dat (2) meisjes met GAD eerder herkend zullen worden door hulpverleners dan jongens en dat (3) de herkenning van GAD door hulpverleners het minst sterk is voor jongens uit de etnische minderheidsgroep dan voor andere combinaties van de groepen. Op basis van de resultaten van het huidige onderzoek worden alle drie de hypothesen verworpen.

Herkenning van GAD bij jongens en meisjes van verschillende etnische afkomsten

Allereerst blijkt etniciteit van het kind de herkenning van GAD door hulpverleners niet te beïnvloeden. Uit de resultaten bleek dat Nederlandse, Marokkaanse en Turkse kinderen evenveel kans hebben op de herkenning van GAD door hulpverleners. Dit resultaat is in strijd met de gestelde hypothese, evenals enkele eerdere bevindingen (Verhulp et al., 2013; Burke et al., 2016). Taal- of cultuurverschillen die ervoor zorgen dat screening instrumenten de stoornis niet in volledigheid vastleggen (Johnson et al., 2007), een andere uiting van symptomen door kinderen dan beschreven staat in de medische boeken (Betancourt et al., 2005) en bevoordeelde klinische beoordelingen van hulpverleners (Kreps, 2006; Bengi-Arslan et al., 1997; Stevens, 2003) zijn onder andere verklaringen waardoor GAD minder snel bij etnische minderheidsgroepen herkend wordt. De discrepantie met het huidige onderzoek zou verklaard kunnen worden door de toegenomen aandacht voor het verbeteren van de expertise van hulpverleners die beroepsmatig te maken krijgen met etnische minderheidsgroepen (Schouten, 2008). Hulpverleners zullen alerter zijn op mogelijke symptomen bij etnische minderheidsgroepen waardoor GAD eerder herkend wordt. Daarnaast zijn de symptomen in de casussen beschreven in het Nederlands. In de klinische praktijk spreekt een groot deel van Turkse en Marokkaanse migranten geen Nederlands (De Wit et al., 2008). Hierdoor kunnen diagnostische fouten als gevolg van miscommunicatie ontstaan (Lavizzo-Mourey & Mackenzie, 1996). Etniciteit zou in de klinische praktijk een grotere rol kunnen spelen in de herkenning van GAD door hulpverleners dan op basis van deze casussen naar voren komt.

Ten tweede blijkt uit de resultaten dat het geslacht van het kind de herkenning van GAD door hulpverleners niet beïnvloed. Deze bevinding is tevens in strijd met de gestelde hypothese op basis van eerdere studies. Uit onderzoek bleek de frequentie van een angststoornis hoger te zijn bij meisjes dan bij jongens (Lewinsohn et al., 1998; Essau et al., 2000). Gender specifieke gedragingen (Vesga-López et al., 2008), verminderde bereidheid van jongens om symptomen van angst te melden (Chambless, 1988) en de discrepantie tussen de huidige diagnostische criteria en de symptomen die jongens met GAD laten zien (Fava & Rosenbaum, 1998) zijn diverse verklaringen waardoor meisjes met GAD eerder herkend zouden worden door hulpverleners. De discrepantie met het huidige onderzoek zou verklaard kunnen worden doordat de symptomen in de casussen niet verschilden tussen jongens en meisjes. Hierdoor was geen sprake van gender specifieke gedragingen en geen verschil met de huidige diagnostische criteria en de symptomen die jongens met GAD laten zien. Wellicht was het vinden van een effect van

Herkenning van GAD bij jongens en meisjes van verschillende etnische afkomsten

geslacht hierdoor niet mogelijk. Daarnaast is het huidige onderzoek gericht op kinderen van drie tot tien jaar. Andere studies waren gericht op oudere kinderen, wat tevens kan leiden tot verschillende uitkomsten.

Tenslotte bleek geslacht een modererende rol te spelen in de relatie tussen etniciteit van het kind en het herkennen van GAD. Nederlandse meisjes hebben een hogere kans om herkend te worden met GAD in vergelijking met Marokkaanse meisjes, wat in overeenstemming is met eerdere bevindingen waarbij etnische minderheidsgroepen minder goed herkend worden (Verhulp et al., 2013). Daarentegen bleken Nederlandse jongens juist een lagere kans te hebben dat GAD bij hen herkend wordt in vergelijking met Marokkaanse jongens. De hypothese werd daardoor verworpen. Dat Marokkaanse jongens een hogere kans hebben om herkend te worden met GAD in vergelijking met Marokkaanse meisjes kan verklaard worden door het negatieve beeld van Marokkaanse jongens in Nederland (Stevens et al., 2003). Hierdoor kunnen hulpverleners alerter zijn op het gedrag van Marokkaanse jongens en daardoor eerder probleemgedrag voor hen melden. Daarnaast hebben Marokkaanse kinderen meer emotionele problemen dan Nederlandse kinderen. Wanneer Marokkaanse kinderen ook aankloppen bij hulpverleners met hun symptomen, kunnen hulpverleners meer ervaring opdoen met deze specifieke doelgroep waardoor Marokkaanse jongens met GAD sneller herkend zullen worden.

Krachten en Beperkingen

Het huidige onderzoek heeft een aantal beperkingen. Ten eerste bestond de steekproef voor 91.2% uit vrouwen. Hierdoor zijn de resultaten niet generaliseerbaar op mannelijke hulpverleners. Daarentegen is het grootste gedeelte van de hulpverleners in de klinische praktijk vrouw, waardoor de resultaten wel een goede representatie kunnen zijn van de werkelijkheid (Marsella, 2011). Daarnaast is het inzetten van casussen niet geheel representatief voor de werkelijkheid. Het hypothetische gedrag van hulpverleners kan verschillen van hun werkelijke gedrag (Lauder, 2002). Als laatste zijn de casussen binnen het huidige onderzoek niet ingegaan op comorbiditeit van GAD met andere stoornissen. Zo komt GAD vaak voor met comorbide diagnoses, waaronder depressie, paniekstoornis en posttraumatische stressstoornis (Wittchen, Zhao, Kessler, & Eaton, 1994). Comorbide problemen bemoeilijken de herkenning van psychische stoornissen waardoor de herkenning van hulpverleners in de klinische praktijk mogelijk slechter is dan uit het huidige onderzoek blijkt (Burke et al., 2016).

Herkenning van GAD bij jongens en meisjes van verschillende etnische afkomsten

Daarentegen heeft het huidige onderzoek ook sterke punten. Er was sprake van een hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, waardoor geconcludeerd kan worden dat er goede overeenstemming was tussen de beoordelaars van de responsen. Daarnaast was er sprake van een grote steekproef welke de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot (Tijmstra & Boeije, 2011).

Aanbevelingen en Conclusie

Concluderend biedt het huidige onderzoek meer inzicht in herkenning van GAD bij kinderen. Zowel etniciteit als geslacht van het kind blijken geen rol te spelen op de herkenning van GAD. Er wordt echter een interactie-effect gevonden tussen etniciteit (Marokkaanse kinderen) en geslacht. Nederlandse meisjes hebben een hogere kans om herkend te worden met GAD in vergelijking met Marokkaanse meisjes, terwijl Nederlandse jongens een lagere kans hebben dat GAD bij hen herkend wordt in vergelijking met Marokkaanse jongens. Hulpverleners moeten hiervan op de hoogte worden gebracht zodat zij hier bewust van worden. Trainingen kunnen ingezet worden om hulpverleners te helpen GAD tijdig te herkennen bij zowel jongens als meisjes uit diverse etnische groepen. Het huidige onderzoek laat zien dat ruim 43% van de kinderen met GAD nog niet wordt herkend. Deze kinderen kunnen incompetentie oplossingsvaardigheden en niet-wenselijke gedragingen ontwikkelen. Dit verkleint de kans op succes bij latere therapeutische interventie (Boeting et al., 2002). Verder onderzoek is noodzakelijk. Wanneer GAD bij kinderen in een vroeg stadium wordt herkend zullen negatieve uitkomsten op lange termijn geminimaliseerd worden.

Aanbevolen wordt om in vervolgonderzoek meer mannelijke hulpverleners op te nemen binnen de steekproef. Daarnaast wordt geadviseerd om binnen de casussen rekening te houden met verschillende uitingvormen van symptomen van jongens en meisjes, om te controleren van een eventueel effect van geslacht. Als laatste wordt geadviseerd om onderzoek uit te voeren in de klinische praktijk. Hier kan rekening worden gehouden met stereotiepe gedrag, comorbiditeit en taalbarrières, waardoor een representatiever beeld van de werkelijkheid verkregen kan worden.

Referenties

- Allen, P., Bennett, K., & Heritage, B. (2014). *SPSS statistics version 22: A practical guide*. South Melbourne: Cengage Learning Australia.
- 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.
- Begeer, S., El Bouk, S., Boussaid, W., Meerum-Terwogt, M., & Koot, H. M. (2009). Underdiagnosis and referral bias of autism in ethnic minorities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *39*, 142–148. doi:10.1007/s10803-008-0611-5
- Bekker, M. H., & van Mens-Verhulst, J. (2007). Anxiety disorders: sex differences in prevalence, degree, and background, but gender-neutral treatment. *Gender Medicine*, *4*, S178-S193.
- Bengi-Arslan, L., Verhulst, F. C., van der Ende, J., & Erol, N. (1997). Understanding childhood (problem) behaviors from a cultural perspective: comparison of problem behaviors and competencies in Turkish immigrant, Turkish and Dutch children. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *32*(8), 477-484.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Park, E. R. (2005). Cultural competence and health care disparities: key perspectives and trends. *Health Affairs*, *24*(2), 499-505.
- Boeting, M. A., Ferdinand, R. F., Barrett, P. M., & Dadds, M. R. (2002). Interventie-en preventieve programma's voor angst en depressie. *Kind en Adolescent*, *23*(4), 190.
- Budhwani, H., Hearld, K. R., & Chavez-Yenter, D. (2015). Generalized anxiety disorder in racial and ethnic minorities: a case of nativity and contextual factors. *Journal of Affective Disorders*, *175*, 275-280.
- Burke, D. A., Koot, H. M., de Wilde, 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*(10), 3083-3096.
- Chambles, D. L. (1988). Sex and phobia. *Gedragstherapie*, *21*, 283-293.
- Colla, J., Buka, S., Harrington, D., & Murphy, J. M. (2006) Depression and modernization. A cross-cultural study of women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*(4), 271–279.

Herkenning van GAD bij jongens en meisjes van verschillende etnische afkomsten

- Crijnen, A. A., Bengi-Arslan, L., & Verhulst, F. C. (2000). Teacher-reported problem behaviour in Turkish immigrant and Dutch children: a cross-cultural comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *102*(6), 439-444.
- de Wit, M. A., Tuinebreijer, W. C., Dekker, J., Beekman, A. J. T., Gorissen, W. H., Schrier, A. C., Pennix, B. W. J. H., Komproe, I. H., & Verhoeff, A. P. (2008). Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *43*(11), 905-912.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, *14*(3), 263-279.
- Fava, M., & Rosenbaum, J. F. (1998). Anger attacks in depression. *Depression and Anxiety*, *8*(S1), 59-63.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using ibm spss statistics*. Londen: Sage.
- 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/mps.2001.110273
- Hoge, E. A., Ivkovic, A., & Fricchione, G. L. (2012). Generalized anxiety disorder: Diagnosis and treatment. *British Medical Journal*, *345*(7885), 37-42.
- Johnson, M. R., Hartzema, A. G., Mills, T. L., De Leon, J. M., Yang, M., Frueh, C., & Santos, A. (2007). Ethnic differences in the reliability and validity of a panic disorder screen. *Ethnicity and Health*, *12*(3), 283-296.
- Kreps, G. L. (2006). Communication and racial inequities in health care. *American Behavioral Scientist*, *49*(6), 760-774.
- Lavizzo-Mourey, R., & Mackenzie, E. R. (1996). Cultural competence: essential measurements of quality for managed care organizations. *Annals of Internal Medicine*, *124*(10), 919-921.
- Lauder, W. (2002). Factorial survey methods: A valuable but under-utilised research method in nursing research? *Nursing Times Research*, *7*, 35-43.
<http://dx.doi.org/10.1177/136140960200700106>
- 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*(1), 109.

Herkenning van GAD bij jongens en meisjes van verschillende etnische afkomsten

- Marsella, A. J. (2011). Twelve critical issues for mental health professionals working with ethnoculturally diverse populations. *Psychology International*. Verkregen van: <http://www.apa.org/international/pi/2011/10/critical-issues.aspx>
- Matson, J. L., & Kozlowski, A. M. (2011). The increasing prevalence of autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 418–425. doi:10.1016/j.rasd.2010.06.004
- 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
- Schouten, B. (2008). Verschillen in voorkeuren voor communicatiestijlen onder Nederlanders, Turken en Marokkanen: Etnische afkomst versus individuele waarden en zelfbeeld. *Migrantenstudies*, 55-71.
- Stevens, G. W., Pels, T., Bengi-Arslan, L., Verhulst, F. C., Vollebergh, W. A., & Crijnen, A. A. (2003). Parent, teacher and self-reported problem behavior in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(10), 576-585.
- Tijmstra, J., & Boeije, H. (2011). *Wetenschapsfilosofie in de context van de sociale wetenschappen*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- Verhulp, E. E., Stevens, G. W., van de Schoot, R., & Vollebergh, W.A. (2013). Understanding ethnic differences in mental health service use for adolescents internalizing problems: The role of emotional problem identification. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22, 413–422. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0380-3>
- Vesga-López, O., Schneier, F., Wang, S., Heimberg, R., Liu, S. M., Hasin, D. S., & Blanco, C. (2008). Gender differences in generalized anxiety disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(10), 1606.
- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P., Hofler, M., & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: Prevalence, recognition, and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(8), 24–34.

Herkenning van GAD bij jongens en meisjes van verschillende etnische afkomsten

Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 51, 355–364.

Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1086-1093.

Bijlagen

Voorbeeld GAD casus

Low severity = 5 symptoms

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.

High severity = 10 symptoms

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.