

Signaleringslijsten psychische problematiek bij jeugdigen

Marije W. Valenkamp · Frank C. Verhulst en Corine de Ruiter

Valenkamp, M. W., Verhulst, F. C., & De Ruiter, C. (2006). Screening instruments for psychopathology in youth, Kind en Adolescent, 27 (1), 4-30.

Summary: Using concise standardised questionnaires for psychopathology, we are able to select young people eligible for further psychodiagnostic assessment, prevention and treatment programmes or scientific research. In this article we present an overview of current Dutch and international screening instruments (some already translated into Dutch) used to detect psychopathological problems in children and adolescents. Parents, adolescents and/or teachers have a maximum of twenty minutes to fill in the questionnaires. We examine, for the sixteen instruments, whether there are norms for the Dutch population of children and adolescents, and the extent to which research is being conducted in this field. The Dutch-language instruments validated and standardized for our country is limited to two: the ASEBA questionnaires and the SDQ.

Keywords: screening, psychopathology, youth.

Samenvatting Met beknopte gestandaardiseerde vragenlijsten gericht op psychische problemen kan men snel jeugdigen selecteren die voor nader psychodiagnostisch onderzoek, preventie- en behandelprogramma's of wetenschappelijk onderzoek in aanmerking komen. We presenteren een actueel overzicht van het Nederlandse en (deels al in het Nederlands vertaalde) internationale aanbod van signaleringslijsten voor psychische problematiek bij kinderen en adolescenten die door ouders, adolescenten en/of leerkrachten binnen maximaal twintig minuten zijn in te vullen. Bij het gepresenteerde aanbod van zestien lijsten wordt nagegaan of er normen bestaan voor Nederlandse kinderen en adolescenten en in hoeverre onderzoek hiernaar plaatsvindt. Het aanbod voor ons land gevalideerde en genormeerde Nederlandstalige

instrumenten blijkt beperkt tot twee: de ASEBA-vragenlijsten en de SDQ.

Psychische problematiek, zoals emotionele problemen, angststoornissen, gedragsproblemen en hyperactiviteit, komt bij kinderen en adolescenten veelvuldig voor. Verhulst, Van der Ende, Ferdinand en Kasius (1997) onderzochten de prevalentie van psychische stoornissen onder adolescenten (dertien tot achttien jaar) in de Nederlandse bevolking. De zesmaandsprevalentie van een DSM-III-R-stoornis was bij beoordeling door ouders en adolescent respectievelijk 21.8% en 21.5%. Wanneer disfunctioneren als criterium werd meegenomen, was dit 9.7% en 8.4%. In Nederland is recent geen grootschalig bevolkingsonderzoek naar het voorkomen van psychische stoornissen bij kinderen jonger dan dertien jaar gepubliceerd (Burger, 2001). In de Verenigde Staten is de twaalfmaandsprevalentie van een DSM-III-stoornis bij zeven- tot elfjarigen in de algemene bevolking 13.8% bij beoordeling door het kind zelf en 11.8% bij beoordeling door de ouders (Costello e.a., 1988). Bij een aanzienlijk deel van de kinderen en adolescenten met psychopathologie is sprake van chronische psychopathologie en andere vormen van disfunctioneren tot in de volwassenheid (Verhulst, 2001).

Voor de diagnostische evaluatie van psychische stoornissen kan gebruik worden gemaakt van diverse gestructureerde diagnostische interviews (Esmeijer, Veerman, & Van Leeuwen, 1999). Deze diagnostische instrumenten dienen volgens de professionele standaard door professionals te worden gehanteerd. De lengte en complexiteit van deze instrumenten zijn vaak aanzienlijk, hetgeen niet bevorderlijk is voor de gebruiksvriendelijkheid zoals

ervaren door de professional en respondent. Een kort signaleringsinstrument waarmee op eenvoudige wijze een selectie kan plaatsvinden van personen met een verhoogd risico op psychopathologie kan daarom uitkomst bieden. Zo is snel en goedkoop een selectie te maken van personen bij wie nadere diagnostiek, mogelijk met behulp van veel uitgebreidere diagnostische interviews, wordt ingezet teneinde een nauwkeuriger beeld te krijgen van de aard van de problematiek. Gestandaardiseerde meetinstrumenten hebben het voordeel dat ze gemakkelijk afneembaar en goedkoop zijn en informatie verzamelen over aspecten die indicatief kunnen zijn voor psychopathologie (Utens & Siebelink, 2002). Bovendien geven diverse onderzoeken aan dat een gestandaardiseerde benadering in de diagnostiek van psychische problematiek superieur is aan het ongestructureerde klinisch oordeel (Dawes, Faust, & Meehl, 1989; Meyer e.a., 2001). Binnen eerstelijns hulpverleningsinstellingen (bv. Bureaus Jeugdzorg) kan men met gestandaardiseerde signaleringslijsten al bij de voordeur nauwkeurig en onderbouwd cliënten identificeren die voor nader diagnostisch onderzoek – mogelijk met behulp van een uitgebreider gestructureerd diagnostisch interview – in aanmerking komen. Ook kan men deze lijsten gebruiken om de cliëntengroep op hoofdpunten te beschrijven of het effect van behandeling te kwantificeren. Ten slotte maken gestandaardiseerde vragenlijsten het mogelijk met weinig inspanningen een onderscheid te maken tussen personen die wel en niet tot de doelgroep van preventieprogramma's of wetenschappelijk onderzoek behoren.

In dit artikel bieden we een actueel overzicht van korte, gestandaardiseerde Nederlandse en internationale signaleringslijsten voor psychische problematiek bij kinderen en adolescenten vanaf twee jaar oud, die door ouders, leerkrachten en/of adolescenten zelf zijn in te vullen. De professional komt alleen in beeld bij de instructie voor het gebruik van de instrumenten, alsmede bij de scoring en interpretatie ervan. We presenteren generieke instrumenten die zich richten op een scala aan psychische problemen. Vanwege de besproken voordelen van snel af te nemen signaleringslijsten, bespreken we hier de signaleringslijsten die binnen twintig minuten zijn af te nemen. We beperken ons hierbij niet tot instrumenten die psychische stoornissen navragen. We bespreken ook instrumenten die de aanwezigheid van psychische klachten in beeld brengen waaraan mensen kunnen lijden, zonder dat voldaan is aan criteria die classificatie van een vorm van psychopathologie (stoornis) rechtvaardigen. Immers, ook voor zulke klachten kan behandeling noodzakelijk zijn, of ten minste nadere diagnostiek. We gaan bij de instrumenten na of er deugdelijke normen voor de Nederlandse populatie beschikbaar zijn. Bij de internationale

instrumenten gaan we telkens na of een Nederlandse vertaling beschikbaar is.

Diagnostische concepten

Diagnostische instrumenten die psychische probleemgebieden signaleren worden volgens twee verschillende methoden ontworpen. Binnen de *psychometrische* onderzoeksbenedering worden de kenmerken van een grote groep individuen systematisch in kaart gebracht. Met factoranalyses bepaalt men vervolgens de (statistische) samenhang tussen deze kenmerken (Van Yperen & Giel, 1995). Een samenhangend aantal problemen wordt een empirisch syndroom genoemd. De door Achenbach (1991a) ontwikkelde *Child Behavior Checklist* (CBCL) en daarmee gerelateerde instrumenten zijn de meest bekende vragenlijsten in deze onderzoekstraditie. Binnen de meer klinisch georiënteerde *consensus* benadering probeert men op basis van overeenstemming tussen clinici te komen tot algemeen geaccepteerde categorieën van psychische stoornissen. De bekende classificatiesystemen zijn in deze traditie ontwikkeld: de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR) van de American Psychiatric Association (2000), de *International Classification of Diseases* (ICD-10) van de World Health Organization (1992) en het speciaal voor de kinder- en jeugdpsychiatrie ontwikkelde *Multi-Axiale Classificatiesysteem* (MAC; World Health Organization, 1997). Niet alleen de door professionals te hanteren classificatiesystemen komen uit de consensus benadering voort, ook diverse gestandaardiseerde signaleringslijsten voor niet-professionele informanten zijn op deze manier tot stand gekomen.

In de loop der jaren is men tot het standpunt gekomen dat een combinatie van de psychometrische en consensus benadering waardevolle en elkaar aanvullende informatie verschaffen (Achenbach, Dumenci, & Rescorla, 2001; Verhulst & Van der Ende, 2002).

Nauwkeurigheid

De nauwkeurigheid waarmee een diagnostisch instrument psychische problematiek signaleert wordt bepaald door de betrouwbaarheid en de validiteit. Hoewel beide zijn onder te verdelen in verschillende subtypen, wordt betrouwbaarheid over het algemeen omschreven als de herhaalbaarheid van een meting (zoals metingen door verschillende personen) en de interne consistentie van de onderlinge items binnen een probleemschaal (Chronbachs alfa), en validiteit als de mate waarin een instrument het construct meet dat het beoogt te meten

(Verhulst & Van der Ende, 2002). Een kenmerkende eigenschap van signaleringsinstrumenten is de predictieve validiteit: wat is bij positieve testuitslag de kans dat een persoon in een bepaalde populatie daadwerkelijk aan de aandoening lijdt? (predictieve waarde van een positieve test). Naast de prevalentie van de aandoening in de populatie zijn de sensitiviteit en specificiteit van een instrument bepalende factoren voor predictieve validiteit. Sensitiviteit is het percentage personen met psychische problematiek dat op het instrument, vanwege een afwijkende score, als zodanig wordt herkend. Het percentage ‘gezonde’ personen zonder afwijkende score op het instrument is de specificiteit. De *Receiver Operating Characteristic* (ROC)-curve is een grafiek waarmee het vermogen van een screeningstest om een onderscheid te maken tussen gezonde en zieke personen bij elk mogelijk afkappunt wordt weergegeven (Kresanov, Tuominen, Piha, & Almqvist, 1998). In de curve wordt bij verschillende afkapwaarden de sensitiviteit van de test op de y-as uitgezet tegen de specificiteit op de x-as. De oppervlakte onder de curve (AUC; *area under the curve*) representeert de kans waarmee een individu juist wordt geclassificeerd. De kanslijn komt overeen met een AUC van 50%. Een AUC van 100% representeert een uiterst nauwkeurige test. In werkelijkheid komt zo’n test niet voor. Meestal daalt de sensitiviteit als de specificiteit stijgt en vice versa. De gewenste afstemming tussen beide waarden van een instrument hangt af van het doel waarvoor men het gebruikt (Valenkamp, De Graaf, & De Ruiter, 2003). Bij bevolkingsonderzoek naar bijvoorbeeld internaliserende problematiek wil men geen enkele persoon binnen deze probleemcategorie over het hoofd zien. Men hecht een hoge waarde aan de sensitiviteit. In de meeste gevallen gaat dit ten koste van de specificiteit, en zullen er dus ten onrechte enkele personen zonder internaliserende problematiek door de test toch worden geïncludeerd. Wil men vervolgens een bepaald medicijn tegen depressie alleen toedienen bij mensen die daadwerkelijk aan de aandoening lijden, dan wordt een strenge test gebruikt, waarbij het belang van de specificiteit voorop staat. Men wil het medicijn immers alleen toedienen wanneer men zeker weet dat van depressie sprake is. Daarom zullen door de test mensen worden gemist, die in werkelijkheid wel aan een depressie lijden.

Overzicht van signaleringslijsten

Het hier gepresenteerde overzicht van signaleringsinstrumenten voor psychische problematiek bij kinderen en adolescenten is een geactualiseerde weergave van het overzicht dat wij eerder publiceerden (Valenkamp e.a., 2003). Buiten actualisatie van ontwikkelingen betreffende validering en

normering voor Nederland, is een extra lijst opgenomen. Naast (internationale) zoeksystemen was de publicatie van internationale signaleringslijsten van Verhulst en Van der Ende (2002) bij de zoektocht een uitgangspunt. Wij voegden aan dit overzicht de in Nederland ontwikkelde lijsten en informatie over vertalingen, validering en normering voor Nederland toe. We vonden zestien korte, gestandaardiseerde en generieke signaleringsinstrumenten, waarover in de vakliteratuur is gepubliceerd. Tabel 1 geeft de voor de Nederlandse markt ontwikkelde instrumenten weer. Tabel 2 presenteert de internationale instrumenten waarvan Nederlandstalige versies met normen voor Nederlandse kinderen en/of adolescenten beschikbaar zijn en tabel 3 de in het Nederlands vertaalde instrumenten waarvoor (nog) geen Nederlandse normen bestaan. Enkele Nederlandse versies in tabel 2 en tabel 3 verschillen op onderdelen van het originele instrument. Soms verschillen de probleemgebieden (SCL-90-R) of zijn niet alle oorspronkelijke versies vertaald (CSI). Tabel 4 ten slotte geeft een overzicht van uitgebreid empirisch onderzochte internationale instrumenten die (nog) niet voor de Nederlandstalige markt beschikbaar zijn.

Gezien de besproken voordelen van korte signaleringslijsten bespreken we hier alleen instrumenten waarvan de afnametijd maximaal twintig minuten bedraagt. Uitgebreidere instrumenten als de *Millon Adolescent Clinical Inventory* (MACI; Millon, 1993) en het voor de Raad voor de Kinderbescherming ontwikkelde *Basis RaadsOnderzoek* (BARO; Doreleijers & Spaander, 2002) vallen daarom buiten het bestek van dit artikel. Ook instrumenten die specifiek zijn ontwikkeld als uitkomstmaat voor kinderen en adolescenten die een bepaalde behandelvorm ontvangen, vallen buiten dit artikel. De *Youth Outcome Questionnaire* (Y-OQ; Wells, Burlingame, Lambert, & Hoag, 1996) en de *Ohio Scales* (Ogles, Melendez, Davis, & Lunnen, 2001) zijn hier voorbeelden van. Naast de bij de ouders en/of adolescent af te nemen vragenlijsten bestaan er gestandaardiseerde instrumenten waarmee de clinicus de informatie die tijdens de intake of het diagnostisch onderzoek is verzameld, kan ordenen. Deze instrumenten, zoals de *CheckList Intake Klachtzaken* (CLIK; Ten Berge & Baarda, 1994), de *Adolescenten Beoordelings Lijst* (ABL; Thijs, 1993) en de *Child and Adolescent Functional Assessment Scale* (CAFAS; Hodges, 1994; met een Nederlandse versie voor onderzoekdoeleinden van Bastiaansen, Koot, Ferdinand, & Verhulst, 2004) vallen buiten het blikveld van het artikel. Om dezelfde reden valt ook de *Children’s Global Assessment Scale* (CGAS; Shaffer e.a., 1983; Nederlandse versie: Ferdinand & Docters van Leeuwen, 2004), die evenals de CAFAS de functionele beperkingen in kaart brengt, buiten het overzicht. Functionele beperkingen kunnen als maat voor de ernst van de problematiek worden

beschouwd. De globale ernst van de problematiek is ook de meetpretentie van de *Landelijke versie van de Heerlense Ernst Taxatie Schaal* (L-HETS; Pelzer & Steerneman, 1999). De L-HETS doet geen uitspraak over probleemgebieden. Instrumenten voor globale ernsttaxatie (los van het probleemgebied) maar ook instrumenten voor alleen specifieke stoornissen, zoals ADHD of autisme, blijven in dit artikel eveneens onbesproken. Dit geldt eveneens voor instrumenten voor specifieke doelgroepen. Het *Massachusetts Youth Screening Instrument for Mental Health Needs of Juvenile Justice Youths* (MAYSI-2, Grisso & Barnum, 2000; met een experimentele versie voor Nederlands gebruik door Van der Leek & Breuk, 2003), voor adolescenten in het justitiële circuit is hier een voorbeeld van. We beperken ons tot een overzicht van korte, gestandaardiseerde en generieke signaleringsvragenlijsten die niet door zorgprofessionals zijn in te vullen, maar die direct informatie verzamelen bij ouders, adolescenten en/of leerkrachten.

In de loop der jaren is over de psychometrische eigenschappen van het merendeel van de gepresenteerde signaleringslijsten uitvoerig gerapporteerd. Om redenen van beknoptheid verwijzen wij bij de bespreking van de instrumenten naar de belangrijkste publicaties; een uitgebreide literatuurlijst kan worden opgevraagd bij de auteurs.

Gegevens over de sensitiviteit en specificiteit van de Nederlandstalige instrumenten bespreken we kort. Daarnaast staan we stil bij de beschikbaarheid van Nederlandse normgroepen waartegen individuele scores kunnen worden afgezet. Gezien de ontwikkelfase waarin enkele instrumenten zich bevinden, zijn deze gegevens (nog) niet voor alle vragenlijsten bekend.

Signaleringslijsten ontwikkeld voor de Nederlandse markt

Aan de Rijksuniversiteit Groningen is de *DSM-IV Vragenlijst* (Hartman, 2001; Hartman e.a., 2001) voor toepassing in wetenschappelijk onderzoek ontwikkeld. De DSM-IV Vragenlijst vraagt bij ouders, leerkrachten en adolescenten de aanwezigheid van de criteria van diverse DSM-IV-stoornissen na. De lijst is bedoeld voor zes- tot en met achttienjarigen. De constructen en de items in de vragenlijst zijn ontwikkeld volgens de consensus-traditie. Vervolgens zijn met factoranalyse de schalen samengesteld. Normen zijn er (nog) niet. Wel zijn de eerste gegevens over de nauwkeurigheid voor subschalen van het instrument bij 13- tot 25-jarigen bekend. Naar aanleiding van zelfrapportage in een longitudinaal onderzoek bij kinderen van ouders met psychische

problematiek, is met behulp van de ROC-methode het optimale afkappunt bepaald met een sensitiviteit van 87% en een specificiteit van 85%. De sensitiviteit voor een angststoornis is 80% en de specificiteit is 77% (Landman-Peeters e.a., 2005).

De in Vlaanderen ontwikkelde *Klachtenlijst voor Adolescenten* (KLAD; Peeters, 1994, 2002) inventariseert de gedrags- en relationele moeilijkheden van adolescenten (12-18 jaar). Het instrument bestaat uit 60 items en 9 schalen. Er is een versie voor ouders, leerkrachten of begeleiders en voor de adolescent zelf. De KLAD is gebaseerd op een breed theoretisch kader waarbij vooral de probleemschaal met betrekking tot gedragsmoeilijkheden sterk steunt op de DSM-IV. Er zijn geen normen. Er wordt gewerkt met een afkappunt. In een kleinschalig onderzoek in Vlaanderen zijn significante verschillen tussen de probleemscores van een klinische en een schoolgaande groep vastgesteld (Peeters, 1994).

De *Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale problematiek* (KIVPA; Bos, Van Ede, Maarsingh, & Lako, 1998; Van Ede, 1997) is ontwikkeld door een werkgroep van GGD-epidemiologen en deskundigen op het terrein van jeugdgezondheidszorg, psychologie en beleid in Nederland. De KIVPA meet psychosociale problemen bij twaalf- tot en met achttienjarigen en wordt ingevuld door de adolescenten zelf. Het instrument heeft een indicatieve schaal voor psychosociale problematiek, een psychosomatische schaal, en een zelfanalyse schaal die het zelfbeeld van de adolescent in kaart brengt. In onderzoek wordt de opbouw uit drie schalen niet bevestigd. Het instrument meet in wezen één construct en beslaat voornamelijk internaliserende problematiek (Reijneveld e.a., 2003). Afgezet tegen de ASEBA-lijsten (zie tabel 2) is de sensitiviteit van de totale probleemscore van de KIVPA bij een afkappunt van zes in de algemene populatie 82% en de specificiteit 85% (Reijneveld e.a., 2003). De KIVPA kent geen normen.

Binnen de Jeugdgezondheidszorg is voor zeven- tot twaalfjarigen de *vragenlijst voor PSYchosociale problematiek in de BOvenbouw van het BASisonderwijs* (PSYBOBA; zie www.ggd.nl/kennisnet) ontwikkeld. Voor de ontwikkeling van de PSYBOBA is gebruik gemaakt van de inhoud en opzet van bestaande vragenlijsten. Een rapport van de 'Nederlandse organisatie voor Toegepast-Natuurwetenschappelijk Onderzoek' (TNO) toont, afhankelijk van het gekozen afkappunt en de sekse, een sensitiviteit van 73%-86% en een specificiteit van 88%-91% (Vogels, Crone, Hoekstra, & Reijneveld, 2005). In de vakliteratuur is nog niet over het instrument gepubliceerd. Daarom vermelden we het instrument niet in de overzichtstabellen.

Tabel 1 Overzicht van voor de Nederlandse markt ontwikkelde signaleringsinstrumenten

Instrument*	Probleengebieden	Informant	Leeftijdsbereik	Aantal items**	Antwoordschaal**	Afnameduur (minuten)**	Onderzoeksbenadering
DSM-IV Vragenlijst (Hartman, 2001; Hartman e.a., 2001)	ADHD (ADD, ADHD), agressie, (ODD, drie typen cd), angst (gegeneraliseerde angststoornis, separatie angststoornis, sociale angststoornis, OCD gedachten, OCD handelingen), paniekstoornis (paniek gerelateerde zorgen, fysiologische symptomen), somatisatie, depressie (verdrietig affect, positief affect, bipolaire stoornis), schizofrenie, pervasieve ontwikkelingsstoornis (mild) (communicatie, sociale interactie, rigiditeit), slaapproblemen, middelengebruik.	Ouder Leerkracht Jongere	6-18 6-18 12-18	137	0-3	12-15	Consensus
Klachtenlijst voor Adolescenten (KLAD; Peeters, 1994, 2002)	Weigergedrag, eisend gedrag, gedragsmoeilijkheden, onrust, emotionele moeilijkheden, negatief zelfbeeld, middelengebruik, sociale relaties (thuis-elders), sociale steun.	Ouders Leerkracht/ Jongere	begeleider Jongere	12-18 12-18 12-18	60	0-4	10-15
Consensus							
Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale Problematiek bij Adolescenten (KIVPA; Bos, Van Ede, Maarsingh, & Lako, 1998; Van Ede, 1997)	Indicatieve schaal, psychosomatische schaal, zelfanalytische schaal.	Jongere	12-18	31	0-1/0-2 (afh. van de schaal)	5-10	Consensus

*Voor geen van deze instrumenten zijn normen beschikbaar.

**Tenzij anders vermeld, zijn de waarden in deze kolommen identiek voor de verschillende informantversies van hetzelfde instrument.

Voor Nederland vertaalde en genormeerde signaleringslijsten

Van zeven in het buitenland ontwikkelde signaleringslijsten is een Nederlandstalige versie beschikbaar. De status van deze Nederlandse versies verschilt behoorlijk, wat vooral zichtbaar wordt wanneer we de beschikbaarheid van Nederlandse normgroepen bekijken. Tabel 2 presenteert twee vertaalde instrumenten die over Nederlandse normen beschikken.

De *Achenbach System of Empirically Based Assessment*-lijsten (ASEBA; Achenbach, 1991a, 1991b, 1991c) zijn vooral bekend onder de namen van de verschillende versies die er zijn. Voor ouders of verzorgers van twee- tot en met achttienjarigen is er de *Child Behavior Checklist* (CBCL) en voor de leerkrachten de *Teacher's Report Form* (TRF). De *Youth Self-Report* (YSR) is de zelfbeoordelingsversie voor adolescenten van elf tot en met achttien jaar. De ASEBA-lijsten brengen enerzijds de sociale adaptatie in kaart en bevatten daarnaast items over emotionele en gedragsproblemen. Naast de scores op acht specifieke probleemschalen kan een score worden verkregen op een internaliserende en externaliserende probleemschaal alsmede een totale probleemscore. De ASEBA-lijsten zijn voor Nederland vertaald en genormeed (Verhulst, Van der Ende, & Koot, 1996, 1997a, 1997b). De AUC voor de Nederlandse versie van de CBCL varieert tussen de 86% en 88% (Verhulst, Van der Ende, & Koot, 1996) en voor de YSR tussen de 67 en 74% (Verhulst, Van der Ende, & Koot, 1997b).

Inmiddels zijn de ASEBA-vragenlijstversies herzien (Achenbach e.a., 2001). Naast de oorspronkelijke probleemschalen kennen de ASEBA-lijsten nu DSM-IV georiënteerde schalen die met de oorspronkelijke CBCL-items kunnen worden gescoord. Bovendien zijn er nu CBCL-versies voor anderhalf- tot vijfjarigen en voor zes- tot achttienjarigen. De herziene versies zijn in 2003 in het Nederlands vertaald (zie www.aseba.nl). In tabel 2 worden de probleemcategorieën van de reeds genormeerde versies weergegeven. Momenteel vindt de dataverzameling voor normering van de herziene Nederlandse lijsten in de algemene bevolking plaats.

Ook enkele andere – wel door de zorgprofessionals te hanteren – instrumenten van de ASEBA-familie, zijn in het Nederlands vertaald. Met de *Direct Observation Form* (DOF; Achenbach, 1986) is het mogelijk om de rapportage van de respondent aan te vullen of te vergelijken met observaties in de klas. Het *Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents* (SCICA; McConaughy & Achenbach, 2001) is een semi-gestructureerd interview dat door een clinicus is af te nemen. Afname duurt 60 tot 90 minuten. De *Test Observation Form* (TOF; zie www.aseba.com) is ontwikkeld om observaties van twee- tot

achttienjarigen tijdens testsituaties door clinici te registreren. Er zijn tevens vragenlijsten voor jongvolwassenen en hun ouders.

Sinds enkele jaren werkt men in de Radboud Universiteit Nijmegen aan de ontwikkeling van het *Machine Aided Diagnosis-systeem* (MAD-systeem; Krol, De Bruyn, Van Aarle, & Van den Bercken, 2001; Krol, De Bruyn, Jansen, Van Baal, & De Château, 1998). Dit is een computerprogramma dat gegevens uit de ASEBA-lijsten omrekent tot mogelijke DSM-IV-classificaties. Hiervoor zijn aan de ASEBA-lijsten enkele items toegevoegd. Tevens is er een checklist die door de diagnosticus is in te vullen. Onderzoek in Vlaanderen toont een sensitiviteit van 82% en een specificiteit van 78%. Overigens varieert het percentage correcte classificaties sterk per stoornis (Grietens & Prinzie, 2003).

De *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, 1997) bouwt voort op de Rutter-schalen (Rutter, 1967) die binnen de consensustraditie zijn ontwikkeld. Goodman paste de Rutter-schalen aan en voegde items toe over de sterke kanten van kinderen en adolescenten en ontwikkelde zo de SDQ (zie ook www.sdqinfo.com). Er is een versie voor ouders en leerkrachten van vier- tot en met zestienjarigen en een zelfbeoordelingsversie voor adolescenten van elf tot en met zestien jaar. De SDQ heeft vijf probleemschalen en een totale probleemscore, die een algemene voorspelling van de aanwezigheid van psychische problematiek geeft. De SDQ kan in de algemene bevolking het beste worden gebruikt als een algemene voorspeller van psychopathologie (Goodman, Ford, Simmons, Gatward, & Meltzer, 2000). In de klinische populatie signaleert de SDQ afzonderlijke probleemgebieden nauwkeuriger (Goodman, Renfrew, & Mullick, 2000). De uitgebreide versie van de SDQ heeft naast de 25 items een kort 'impact supplement', waarmee een inschatting wordt gemaakt van de ernst, duur en de gevolgen van de problematiek voor het functioneren van de jeugdige en diens sociale omgeving. Het supplement is van belang voor het maken van het onderscheid tussen wel en niet klinische casus (Goodman, 1999). In Nederland is de SDQ vertaald als de vragenlijst *Sterke Kanten en Moeilijkheden* (Treffers & Van Widenfelt, 2000). Het onderscheidend vermogen van de totale probleemscore tussen wel en niet bij de GGZ aangemelde jeugdigen is voor de ouderversie van de SDQ 63% (Cohens kappa) en voor de leerkrachtversie 23% (Cohens kappa) (Goedhart, Treffers, & Van Widenfelt, 2003). Goedhart en collega's presenteren tevens de eerste normgegevens voor vier- tot en met achttienjarigen in de algemene bevolking. Ook elders in Nederland, onder meer aan de Universiteit Maastricht (Muris, Meesters, & Van den Berg, 2003; Muris, Meesters, Eijkelenboom, & Vincken, 2004), TNO (Vogels e.a.,

Tabel 2 Overzicht van in het Nederlands vertaalde signaleringsinstrumenten, waarvoor Nederlandse normgegevens beschikbaar zijn

Instrument	Probleemgebieden	Informant	Leeftijdsbereik	Aantal items*	Antwoordschaal*	Afnameduur (minuten)*	Onderzoeksbenadering
Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA; Achenbach, 1991a, 1991b, 1991c)	Activiteiten, sociale competentie, school, totale competentie score. Leeftijdsgroep 4-18: angstig/depressief, teruggetrokken/depressief, somatische klachten, sociale problemen, denkproblemen, aandachtsproblemen, regelovertrekend gedrag, agressief gedrag, internaliseren, externaliseren, totale probleemscore. Ouder 2-3: teruggetrokken, somatische klachten, angstig/depressief, slaapproblemen, agressief gedrag en delinquent gedrag.	Ouder Ouder Leerkracht Jongere	2-3 4-18 4-18 11-18	118	0-2	20	Psychometrisch
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997)	Gedragsproblemen, emotionele symptomen, hyperactiviteit, problemen met leeftijdgenoten, sociaal gedrag, totale probleemscore en impact score.	Ouder Leerkracht Jongere	4-16 4-16 11-16	25	(+5)**	0-2	5
Consensus							

*Tenzij anders vermeld, zijn de waarden in deze kolommen identiek voor de verschillende informantversies van hetzelfde instrument.

**Het 'Impact supplement' (dat niet altijd wordt afgenomen) bestaat uit vijf items.

2005) en bij het Trimbos-instituut, vindt onderzoek plaats naar de SDQ.

Signaleringslijsten die in het Nederlands zijn vertaald maar (nog) niet zijn genormeerd

Van de vijf internationale instrumenten in tabel 3 bestaat een Nederlandse versie, maar zijn Nederlandse normen (nog) niet beschikbaar.

De *Child Symptom Inventories* (CSI; Gadow, & Sprafkin, 1996, 1999, 2002; Mattison, Gadow & Sprafkin, 2003) brengen een grote verscheidenheid aan DSM-IV-stoornissen in kaart. Er zijn leeftijdsgelateerde versies voor ouders, leerkrachten en adolescenten. Er is een Nederlandse versie van de ouderversie verschenen (Gadow & Sprafkin, 2002). Nederlandse normen zijn er niet en de sensitiviteit en specificiteit zijn voor Nederland niet bekend.

De *Conners' Rating Scale-Revised* (CRS-R; Conners, Sitarenios, Parker, & Epstein, 1998) kennen lange versies voor ouders en leerkrachten van kinderen en adolescenten in de leeftijd van drie tot en met zeventien jaar (15–20 minuten). Voor ouders en leerkrachten van twaalf- tot en met zeventienjarigen en voor de jongeren zelf bestaan ook korte versies (5–10 minuten). De lange versie brengt internaliserende en externaliserende problemen in kaart. De korte versie alleen externaliserende problemen. Een literatuuroverzicht van Gianarris, Golden en Greene (2001) toont dat de ouderversie onvoldoende discrimineert tussen verschillende psychiatrische populaties. Wel is het instrument in staat een onderscheid te maken tussen klinische en normale groepen. Er is een Nederlandse leerkrachtversie voor de leeftijdsgroep van vijf tot en met vijftien jaar (Blöte & Curfs, 1986). Deze wijkt op item- en schaalniveau af van de originele versie. De validiteit wordt door de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN; Evers, Van Vliet-Mulder, & Groot, 2000) als onvoldoende beoordeeld. De Nederlandse leerkrachtversie is niet genormeerd. Aan het ErasmusMC-Sophia zijn de korte ouder- en leerkrachtversies van de CRS-R vertaald voor gebruik in wetenschappelijk onderzoek (Ferdinand, 2001a, 2001b), alsmede de *Conners-Wells Zelfrapportage* versie (Ferdinand, 2001c). Ook deze versies beschikken niet over Nederlandse normen.

Aan de Universiteit van Amsterdam zijn de *DISC Predictive Scales* (DPS-4; Lucas e.a., 2001) voor onderzoeksdoeleinden vertaald (Van Domburgh & De Ruiters, 2003). De DPS-4 heeft twaalf probleemschalen die zijn opgebouwd uit de stamvragen van de *Diagnostic Interview Schedule for Children* (NIMH DISC-2.3; Shaffer e.a., 1996). Naast de 42 stamvragen heeft de DPS-4 32 vragen om de problematiek verder uit te vragen. Er is een ouderversie

voor kinderen en adolescenten van zes tot en met achttien jaar en een zelfbeoordelingsversie voor acht- tot en met achttienjarigen. Sensitiviteit en specificiteit van de Nederlandse versie zijn niet bekend.

De *Pediatric Symptom Checklist* (PSC; Jellinek & Murphy, 1988; Pagano, Cassidy, Little, Murphy, & Jellinek, 2000) is ontwikkeld om kinderen en adolescenten met psychosociale problemen te signaleren. De PSC heeft alleen een totale probleemschaal. Er is een ouderversie voor ouders van twee- tot en met zestienjarigen. Voor de elf- tot en met zestienjarigen is er een zelfbeoordelingsvragenlijst. Tegelijkertijd werkt men aan de ontwikkeling van een leerkrachtversie. Onderzoek naar de Nederlandse versie van de PSC toont afhankelijk van het gekozen afkappunt een sensitiviteit van 72%–78% en een specificiteit van 79%–91% (Vogels e.a., 2005).

De *Symptom Checklist-90 Revised* (SCL-90-R; Derogatis, 1994) is een zelfbeoordelingsvragenlijst voor personen vanaf twaalf jaar. De lijst vindt zijn oorsprong in de binnen de psychometrische traditie ontwikkelde *Hopkins Symptom Checklist* (HSCL; Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, & Covi, 1974), waaraan op grond van indelingen van klinici enkele probleemschalen werden toegevoegd. De zo geconstrueerde SCL-90 (Derogatis & Cleary, 1977) hoort in die zin zowel binnen de psychometrische als de consensus-traditie thuis. De Nederlandse SCL-90 is een op Nederlands onderzoek gebaseerde, relatief onafhankelijke bewerking (Arrindell & Ettema, 1981, 2003), eveneens geschikt voor adolescenten en volwassenen vanaf twaalf jaar (Arrindell, Van Faassen, & Pereira, 1985). De Nederlandse versie heeft acht probleemschalen die door factoranalytisch onderzoek tot stand zijn gekomen. Bovendien kent de Nederlandse versie een algemene maat voor psychisch disfunctioneren. De Nederlandse SCL-90 kent wel normcores voor volwassenen in de algemene bevolking en voor vijf verschillende klinische groepen volwassenen, maar (nog) niet voor adolescenten. Diverse onderzoeken zijn gedaan naar het vermogen van de SCL-90 om gezonde en klinische groepen te onderscheiden. Voor een overzicht verwijzen we naar de handleiding van de SCL-90 (Arrindell & Ettema, 2003). Gegevens over de psychometrische eigenschappen van het instrument bij Nederlandse adolescenten worden momenteel verzameld.

De Amerikaanse SCL-90 kent ook de *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983). Deze meet met 53 items dezelfde dimensies als de langere SCL-90. Afname neemt minder dan 15 minuten in beslag. Van de BSI zijn kortere versies (tot 28 items) in onderzoek. Aanvullend op de SCL-90 bestaan enkele observatieschalen voor klinici (Derogatis & Savitz, 1999). Deze aan de SCL-90 verwante instrumenten zijn (nog) niet voor Nederland beschikbaar.

Table 3 Overzicht van internationale, in het Nederlands vertaalde signaleringsinstrumenten, waarvoor geen Nederlandse normen bestaan*

Instrument	Probleemgebieden	Informant	Leeftijdsbereik	Aantal items**	Antwoordschaal**	Afnameduur (minuten)**	Onderzoeksbenadering
Child Symptom Inventories (csi; Gadow & Sprafkin, 1996, 1999, 2002; Mattison, Gadow, & Sprafkin, 2003)	Leeftijdsgroep 3-12: ADHD (3 types), ODD, CD, generaliseerde angststoornis, sociale fobie, separatieangst, specifieke fobie, OCD, PTSS, motorische tic stoornis, vocale tic stoornis, Gilles de la Tourette, depressieve stoornis, dysthyme stoornis, autistische stoornis, stoornis van Asperger, PDD NAO, schizofrenie, enuresis, encopresis. Leeftijdsgroep 12/13-18: zie boven plus paniekaanval, bipolaire stoornis, schizoïde persoonlijkheidsstoornis, somatisatie stoornis, anorexia nervosa, bulimia nervosa, drug afhankelijkheid.	Ouder Leerkracht Jongere	3-5 13-18 NL: 6-12 3-5 6-12 13-18 12-18	108 120 NL: 97 87 77 79 120	0-3 0-1	10-15	Consensus
Conners' Rating Scales-Revised (CRS-R; Conners, Sitarenios, Parker, & Epstein, 1998)	Ouder (lange versie): oppositioneel, cognitieve problemen/aandachtstekort, hyperactiviteit, angstig-verlegen, perfectionisme, sociale problemen, psychosomatische problemen plus: Conners' globale index, rusteloos-impulsiviteit, emotionele labiliteit, ADHD-index, DSM-IV-symptomen subschalen (DSM-IV aandachtstekort, DSM-IV hyperactiviteit-impulsiviteit). Ouder (korte versie): oppositioneel, cognitieve problemen, hyperactiviteit, ADHD-index. Leerkracht (lange versie): oppositioneel, sociale problemen, cognitieve problemen/aandachtstekort, DSM-IV-symptoom subschalen, hyperactiviteit, Conners' ADHD-index, angstig-verlegen, Conners' globale index, perfectionisme. Nederlandse leerkrachtversie (Blöte & Curfs, 1986): acting-out, antisociaal, hyperkinesie, angst, teruggetrokken, sociale isolatie. Leerkracht (korte versie): oppositioneel, cognitieve problemen, hyperactiviteit, ADHD-index. Jongere (lange versie): gezinsproblemen, emotionele problemen, gedragsproblemen, cognitieve problemen/aandachtstekort, driftcontrole problemen, hyperactiviteit,	Ouder	3-17	80 NL kort: 27	0-3	15-20 NL: 5-10	Psychometrisch
		Leerkracht	3-17 NL: 5-15	59 NL: 39 NL kort: 28			
		Jongere	12-17	87 NL	kort:27		

Tabel 3 (continued)

Instrument	Probleemgebieden	Informant	Leeftijdsbereik	Aantal items**	Antwoordschaal**	Afnameduur** (minuten)	Onderzoeksbenadering
	DSM-IV-symptomen subschalen, ADHD-index. Jongere (korte versie): oppositioneel, cognitieve problemen, hyperactiviteit, ADHD-index.						
DISC Predictive Scales (DPS-4; Lucas e.a., 2001 2003)	Enkelvoudige fobie, sociale fobie, agorafobie, angststoornis, OCD, CD, ODD, eetstoornissen, separatie angststoornis, depressieve stoornis, ADHD, alcohol/middelen afhankelijkheid.	Ouder Jongere	6-18 9-18	76	0-2	10	Consensus
Pediatric Symptom Checklist (psc; Jellinek & Murphy, 1988; Pegano, Cassidy, Little, Murphy, & Jellinek, 2000)	Totale problemscore van psychosociaal disfunctioneren.	Ouder Jongere	2-16 11-16	35 35	0-2	5	Consensus
SCL-90-R (Derogatis, 1994)	Somatisatie, obsessief-compulsief, interpersoonlijke sensitiviteit, depressie, angst, vijandigheid, fobische angst, paranoïde ideatie, psychoticisme, globale ernst index, positieve symptomen index, totale positieve index. Nederlandse versie: agorafobie, angst, depressie, somatisatie, insufficiëntie van gedachten en handelingen, achterdochtigheid en interpersoonlijke sensitiviteit, vijandigheid en slaapproblemen.	Jongere	12 en ouder	90	0-4	12-15	Psychometrisch + consensus

* In deze tabel zijn de eigenschappen van de originele internationale signaleringslijsten weergegeven, aangevuld met de Nederlandse versies van deze internationale lijsten.

** Tenzij anders vermeld, zijn de waarden in deze kolommen identiek voor de verschillende informantversies van hetzelfde instrument.

Nog niet in het Nederlands vertaalde signaleringslijsten

De zoektocht met onze zoektermen leverde zes signaleringslijsten op, die uitvoerig en met goede resultaten empirisch zijn onderzocht, maar die (nog) niet voor de Nederlandstalige markt beschikbaar zijn en waarvan, voor zover ons bekend, ook geen Nederlandse versies in ontwikkeling zijn. Tabel 4 toont de gevonden instrumenten. De auteurs kunnen niet garanderen dat het overzicht uitputtend is.

Het *Behavioral Assessment System for Children* (BASC; Kamphaus, Huberty, DiStefano, & Petoskey, 1997; Kamphaus, Petoskey, Cody, Rowe, & Huberty, 1999; Reynolds & Kamphaus, 1992) brengt psychopathologie, zelfperceptie en persoonlijkheidsaspecten voor tweënhalf- tot achttienjarigen in kaart. Naast een ouder- en leerkrachtversie is er voor acht- tot achttienjarigen een zelfbeoordelingslijst. Er is tevens een observatiesysteem, waarmee een clinicus het gedrag van het kind of de adolescent in de klas kan scoren.

De *Devereux Scales of Mental Disorders* (DSMD; Naglieri, LeBuffe, & Pfeiffer, 1994; Smith & Reddy, 2002) brengen zes specifieke probleemgebieden in kaart, welke zijn terug te brengen tot de schalen internaliseren, externaliseren en kritieke pathologie. Er zijn verschillende leeftijdsgerelateerde versies voor ouders en leerkrachten. Hoewel de DSMD niet voor Nederland is vertaald, gebruikten Van Beijsterveldt, Verhulst, Molenaar en Boomsma (2004) wel een Nederlandstalige subset van de oorspronkelijke versie van de DSMD in hun onderzoek, namelijk de *Devereux Child Behavior rating scale* (DCB; Spivack & Spotts, 1966).

De *Eyberg Child Behavior Inventory* voor ouders en de *Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised* voor leerkrachten (ECBI/SESBI-R; Eyberg & Pincus, 1999) signaleren externaliserend gedrag bij kinderen en adolescenten op de leeftijd van twee tot en met zestien jaar. Het gaat hier om gedragsstoornissen, agressie en aandachtsproblemen. Ook kan er een totale ernstscore en totale probleemscore worden verkregen. Naast een zevenpunts-antwoordschaal voor de intensiteit kan op een dichotome schaal worden aangegeven of het gedrag van het kind als problematisch wordt ervaren.

In Canada ontwikkelde men voor onderzoeksdoeleinden een instrument om DSM-III-R-stoornissen te signaleren, de *Ontario Child Health Study Scales* (OCHS-R scales; Boyle e.a., 1993). De ASEBA-lijsten verschaffen de belangrijkste pool van items, die volgens de consensus traditie werden gekozen om de DSM-III-R-syndromen te representeren. Waar nodig zijn nieuwe items toegevoegd. De lijst is bedoeld voor ouders en leerkrachten van vier- tot zestienjarigen en daarnaast is er een zelfrapportage versie

voor twaalf- tot zestienjarigen. Afname van deze versies duurt ongeveer vijftien minuten.

De *Revised Behavior Problem Checklist* (RPBC; Quay & Peterson, 1996) is bedoeld om psychopathologie te signaleren bij vijf- tot en met achttienjarigen. De RPBC heeft zes probleemschalen. Er is een ouder- en leerkrachtversie.

Met de *Revised Rutter Scales* (Elander & Rutter, 1996a, 1996b; Rutter, 1967) ten slotte, worden psychische problematiek en prosociaal gedrag van drie- tot en met zestienjarigen nagevraagd. Er zijn ouder- en leerkrachtversies voor verschillende leeftijdscategorieën. De Revised Rutter Scales bestaan uit vier probleemschalen en een totale probleemschaal.

Huidige stand van zaken in het Nederlandse taalgebied

Het aanbod van korte, genormeerde en gestandaardiseerde signaleringslijsten voor psychische problematiek bij kinderen en adolescenten op de Nederlandse markt is beperkt. Van de zestien in het artikel besproken instrumenten zijn slechts van twee instrumenten (gegevens over) de normen voor de Nederlandse populatie bekend. De ASEBA-vragenlijsten uit 1996 en 1997 zijn voor de Nederlandse populatie genormeerd. De normen voor de Nederlandse versies van de herziene ASEBA-lijsten uit 2003 zijn in voorbereiding. Van de SDQ zijn de eerste gegevens over Nederlandse normen gepubliceerd.

De ASEBA-vragenlijsten worden in GGZ-instellingen (instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en de RIAGG's) en in wetenschappelijk onderzoek veelvuldig toegepast. Vanwege de kortere afnametijd geniet de SDQ op het ogenblik zowel nationaal als internationaal een groeiende populariteit. Diverse (inter)nationale onderzoeken laten zien dat de ASEBA-lijsten en de SDQ even goed in staat zijn een onderscheid te maken tussen kinderen en adolescenten met en zonder psychopathologie (Goedhart, Treffers, & Van Widenfelt, 2003; Klasen, e.a., 2000; Goodman & Scott, 1999). Omdat de SDQ korter is, kent dit instrument minder subschalen dan de ASEBA-lijsten en vraagt het niet naar de minder vaak voorkomende symptomen zoals dwanghandelingen, hallucinaties of seksuele problemen (Klasen e.a., 2000). De ASEBA-vragenlijsten kan men daarom beschouwen als 'assessment'-instrument dat bedoeld is als hulp in het diagnostisch proces om een zelfstandige en gedetailleerde beschrijving te geven van psychische problematiek en om de klachten en symptomen te selecteren waar de behandeling zich op moet richten (Goedhart e.a., 2003; Klasen e.a., 2000). De kortere en via internet gratis te downloaden SDQ is vooral te gebruiken als signaleringsinstrument om te bepalen bij welke

Tabel 4 Overzicht van nog niet voor Nederland vertaalde en genormeerde signaleringsinstrumenten*

Instrument	Probleemgebieden	Informant	Leeftijdsbereik	Aantal items**	Antwoordschaal**	Afnameduur (minuten)**	Onderzoeksbenadering
Behavioral Assessment System for Children (BASC; Kamphaus, Huberty, DiStefano, & Petoskey, 1997; Kamphaus, Petoskey, Cody, Rowe, & Huberty, 1999; Reynolds & Kamphaus, 1992)	Agressie, hyperactiviteit, CD, angstig, depressie, somatisatie, aandachtsproblemen, atypische teruggetrokkenheid, aanpassingsvermogen, leiderschap, sociale vaardigheden, externaliserende problemen, internaliserende problemen, aanpassingsvaardigheden, gedragsproblemen index. Leerkracht: zie boven plus leerproblemen.	Ouder Leerkracht	2½-5 6-11 12-18 2½-5 6-11 12-18	105 138 126 109 148 138	0-3	10-20	Psychometrisch
Devereux Scales of Mental Disorders (DSMD; Naglieri, LeBuffe, & Pfeiffer, 1994; Smith & Reddy, 2002)	Gedragsproblemen/delinquentie, aandacht, angst, depressie, autisme, acute problemen, internaliseren, externaliseren, kritieke pathologie.	Ouder Leerkracht	5-12 13-18 5-12 13-18	111 110 111 110	0-4	15	Psychometrisch
Eyberg Child Behavior Inventory, Sutter-Eyberg Student behavior Inventory-Revised (ECBI/SESBI-R; Eyberg & Pincus, 1999)	Gedragsproblemen, agressie, aandacht, totale intensiteitscore, totale probleemscore.	Ouder Leerkracht	2-16 2-16	36 36	0-6/0-1****	5	Consensus
Ontario Child Health Study Scales-Revised (OCHS-R; Boyle e.a., 1993)	CD, ODD, aandachtstekort/hyperactiviteit, angststoornis, separatieangststoornis en depressie.	Ouder Leerkracht Jongere	4-16 4-16 12-16	38	0-2	15	Consensus
Revised Behavior Problem Checklist (RBPC; Quay & Peterson, 1996)	CD, gesocialiseerde agressie, aandachtsproblemen, angstig-teruggetrokken, psychotisch gedrag, hyperactiviteit.	Ouder Leerkracht	5-18 5-18	89 89	0-2	20	Psychometrisch
Revised Rutter Scales (Elander & Rutter, 1996a, 1996b; Rutter, 1967)	Emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit/aandachtstekort, sociaal gedrag, totale problemen.	Ouder Leerkracht	3-5 6-16 3-5 6-16	43 50 41 59	0-2	6	Consensus

*In deze tabel zijn de eigenschappen van de originele internationale signaleringslijsten weergegeven.

**Tenzij anders vermeld, zijn de waarden in deze kolommen identiek voor de verschillende informantversies van hetzelfde instrument.

***Naast een zevenpuntschaal voor de intensiteit, kan op een dichotome schaal worden aangegeven of het gedrag van het kind als problematisch wordt ervaren.

jeugdigen nader diagnostisch onderzoek nodig is (Goedhart e.a., 2003).

Naast de ASEBA-lijsten en de SDQ zijn er acht niet genormeerde signaleringsinstrumenten op de Nederlandse markt in omloop (de normering voor Nederlandse jeugdigen van een aantal van deze instrumenten is gaande). Uitbreiding van het Nederlandstalige aanbod is onzes inziens alleen gunstig wanneer dat instrumenten oplevert waarmee het mogelijk wordt op verantwoorde wijze specifieke onderzoeks-, screenings- of diagnostische vragen te beantwoorden die met het huidige aanbod van gevalideerde en genormeerde instrumenten onbeantwoord blijven. Een meta-analyse van Durlak en Wells (1998) toont aan dat vroegtijdige opsporing en behandeling van psychische problemen de kans op een gezonde ontwikkeling van kinderen en adolescenten vergroot, vooral als opsporing plaatsvindt op basis van gevalideerde vragenlijsten. We moedigen daarom bovenal onderzoek aan naar de validiteit en normering van die instrumenten die in eerder (buitenlands) onderzoek hun waarde al hebben bewezen.

Validerings- en normeringsonderzoek bij signaleringsinstrumenten voor psychische problemen bij kinderen en adolescenten is van groot belang gezien de recente beleidsontwikkelingen binnen de jeugdzorg en jeugdgezondheidszorg in Nederland. Structurele samenwerking van praktijkinstellingen met onderzoekscentra op het gebied van de jeugdzorg kan dit type onderzoek, waarvoor relatief grote steekproeven nodig zijn, faciliteren. Het gebruik van niet of onvoldoende gevalideerde en genormeerde instrumenten vormt een reëel risico voor de efficiëntie en effectiviteit van hulpverlening en onderzoek. En dat is juist het tegenovergestelde van wat signaleringslijsten voor psychische problematiek beogen.

Literatuur

- Achenbach, T. M. (1986). *The direct observation form of the Child Behavior Checklist* (revised edition). Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991c). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (2001). *Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF and YSR*. Burlington, VT: University of Vermont, Research for Children, Youth & Families.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (4th ed.)-Text Revision*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arrindell, W. A., & Ettema, H. (1981). Dimensionele structuur, betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse bewerking van de Symptom Checklist (SCL-90); gegevens gebaseerd op een fobische en een 'normale' populatie. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 36, 77-108.
- Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (2003). *SCL-90. Handleiding bij multidimensionele psychopathologische indicator*. Lisse: Swetz & Zeitlinger.
- Arrindell, W. A., Van Faassen, H. K., & Pereira, J. L. (1985). A cross-cultural study of patterns of self-reported emotional distress in Dutch and Antillean secondary-school pupils living on the Netherlands-Antilles. *Personality and Individual Differences*, 6, 725-736.
- Bastiaansen, D., Koot, H. M., Ferdinand, R. F., & Verhulst, F. C. (2004). Quality of life in children with psychiatric disorder: self-, parent, and clinician report. *Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 221-230.
- Blöte, A. W., & Curfs, L. M. G. (1986). Het gebruik van de Conners Teacher Rating Scale in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 41, 226-236.
- Bos, C. A., Van Ede, J., Maarsingh, E. J., & Lako, C. J. (1998). De ontwikkeling van de KIVPA: de Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale problematiek bij Adolescenten. *Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg*, 30, 56-61.
- Boyle, M. H., Offord, D. R., Racine, Y., Fleming, J. E., Szatmari, P., & Sanford, M. (1993). Evaluation of the revised Ontario Child Health Study scales. *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 34, 189-213.
- Burger, H. (2001). Epidemiologie van psychische problemen en gedragsproblemen in Nederland. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheids Wetenschappen*, 79, 513-521.
- Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J. D. A., & Epstein, J. N. (1998). The Revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 257-268.
- Costello, E. J., Costello, A. J., Edelbrock, C., Burns, B. J., Dulcan, M. K., Brent e.a. (1988). Psychiatric disorders in pediatric primary care. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1107-1116.
- Dawes, R. M., Faust, D., & Meehl, P. E. (1989). Clinical versus actuarial judgment. *Science*, 243, 1668-1674.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R, Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 982-989.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19, 1-15.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (1999). The SCL-90-R, brief symptom inventory, and matching clinical rating scales. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*, second edition (pp. 725-757). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Doreleijers, T. A. H., & Spaander, M. (2002). The development and implementation of the BARO: A new device to detect psychopathology in minors with first police contacts. In R. R. Corrado (Ed.), *Multi-problem violent youth: A foundation for comparative research on needs, interventions and outcomes* (pp. 232-240). Amsterdam, Netherlands Antilles: IOS Press.
- Durlak J. A., & Wells A. M. (1998). Evaluation of indicated preventive intervention (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 26, 775-802.

- Elander, J., & Rutter, M. (1996a). Use and development of the Rutter parents' and teachers' scales. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 6, 63-78.
- Elander, J., & Rutter, M. (1996b). An update in the status of the Rutter parents' and teachers' scales. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 1, 31-35.
- Esmeijer, F. J., Veerman, J. W., & Van Leeuwen, H. M. P. (1999). Gestructureerde interviews voor DSM-classificatie van psychische stoornissen bij kinderen en jeugdigen. Een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 209-218.
- Evers, A., Van Vliet-Mulder, J. C., & Groot, C. J. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland*. Assen: NIP/Van Gorcum.
- Eyberg, S., & Pincus, D. (1999). *ECBI: Eyberg Child Behavior Inventory and SESBI-R: Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised*. Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Ferdinand, R. F. (2001a). *Leerkracht Beoordelingsschaal-herziene versie*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis/Erasmus Universiteit.
- Ferdinand, R. F. (2001b). *Ouder Beoordelingsschaal-herziene versie*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis/Erasmus Universiteit.
- Ferdinand, R. F. (2001c). *Conners'-Wells' Zelfbeoordelingsschaal*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis/Erasmus Universiteit.
- Ferdinand, R. F., & Doeters van Leeuwen, I. (2004). *Children's Global Assessment Scale-herziene versie*. Rotterdam: Erasmus mc-Sophia Kinderziekenhuis Rotterdam, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (1996). *Early childhood inventories manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Gadow, K. D., & Sprafkin, K. (1999). *Youth's Inventory 4 manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Gadow, K. D., & Sprafkin, K. (2002). *Child Symptom Inventory 4 screening and norms manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Gianarris, W. J., Golden, C. J., & Greene, L. (2001). The Conners' Parent Rating Scales: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 21, 1061-1093.
- Goedhart, A., Treffers, F., & Van Widenfelt, B. (2003). Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten. De Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 58, 1018-1035.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R. (1999). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177, 534-539.
- Goodman, R., Renfrew, D., & Mullick, M. (2000). Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 129-134.
- Goodman, R., & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 17-24.
- Grietens, H., & Prinzie, P. (2003). Naar een integratie van klinisch-psychiatrische en empirisch-statistische classificatiesystemen van gedragsproblemen? In P. Hamers, K. van Leeuwen, C. Braet, & L. Verhofstadt-Denève (Red.), *Moelijke Kinderen of kinderen die het moeilijk hebben? Evidence-based werken, niet zo evident!* (pp. 57-71). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Grisso, T., & Barnum, R. (2000). *Massachusetts Youth Screening Instrument-second version: Users manual and technical report*. Worcester: University of Massachusetts Medical School.
- Hartman, C. A. (2001). *Schrijftelijke vragenlijst basismeting* (voor intern gebruik). Groningen: Ariadne onderzoeksgroep Disciplinarygroep Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen/AZG.
- Hartman, C. A., Hox, J., Mellenbergh, G. J., Boyle, M., Offord, D., Racine, Y. e.a. (2001). DSM-IV internal construct validity: When a taxonomy meets data. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 817-836.
- Hodges, K. (1994). *Child and Adolescent Functional Assessment Scale: Revision*. Ypsilanti, MI: Eastern Michigan University, Department of Psychology.
- Jellinek, M. S., & Murphy, J. M. (1988). Screening for psychosocial disorders in pediatric practice. *American Journal of Diseases in Children*, 142, 1153-1157.
- Kamphaus, R. W., Huberty, C. J., DiStefano, C., & Petoskey, M. D. (1997). A typology teacher-rated child behavior for a national U.S. sample. *Journal of abnormal child psychology*, 25: 453-463.
- Kamphaus, R. W., Petoskey, M. D., Cody, A. H., Rowe, E. W., & Huberty, C. J. (1999). A typology of parent-rated child behavior for a national U.S. sample. *Journal of child psychology and psychiatry*, 40, 607-616.
- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, S., Kaschnitz, W. e.a. (2000). Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 271-276.
- Kresanov, K., Tuominen, J., Piha, J., & Almqvist, F. (1998). Validity of child psychiatric screening methods. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 85-95.
- Krol, N. P. C. M., De Bruyn, E. E. J., Jansen, M., Van Baal, C. P. P., & De Château, P. (1998). Van CBCL naar DSM. Een exploratief onderzoek. *Kind en Adolescent*, 19, 329-342.
- Krol, N. P. C. M., De Bruyn, E. E. J., Van Aarle, E. J. M., & Van den Bercken, J. H. L. (2001). Computerized screening for DSM classifications using CBCL/YSR extended checklists: a clinical try-out. *Computers in Human Behavior*, 17, 315-337.
- Landman-Peeters, K. M. C., Hartman, C. A., Van der Pompe, G., Den Boer, J. A., Minderaa, R. B., & Ormel, J. (2005). Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. *Social Science and Medicine*, 60, 2549-2559.
- Lucas, C. P., Zhang, H., Fisher, P. W., Shaffer, D., Regier, D. A., Narrow, W. E. e.a. (2001). The DISC Predictive Scales (DPS): Efficiently screening for diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 443-449.
- Mattison, R. E., Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (2003). A DSM-IV referenced teacher rating scale for use in clinical management. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 442-449.
- McConaughy, S. H., & Achenbach, T. M. (2001). *Manual for the Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents* (2nd ed.). Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Meyer, G., Finn, S., Eyde, L., Kay, G., Moreland, K., Dies, R. e.a. (2001). Psychological testing and psychological assessment. *American Psychologist*, 56, 128-165.
- Millon, Y. (1993). *Millon Adolescent Clinical Inventory manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Muris, P., Meesters, C., & Van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 1-8.

- Muris, P., Meesters, C., Eijkelenboom, A., & Vincken, M. (2004). The self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire: Its psychometric properties in 8- to 13-year-old non-clinical children. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 437-448.
- Naglieri, J. A., LeBuffe, P. A., & Pfeiffer, S. I. (1994). *Devereux Scales of Mental Disorders*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Ogles, B. M., Melendez, G., Davis, D. C., & Lunnen, K. M. (2001). The Ohio Scales: Practical outcome assessment. *Journal of Child and Family Studies, 10*, 199-212.
- Pagano, M. E., Cassidy, L. J., Little, M., Murphy, J. M., & Jellinek, M. S. (2000). Identifying psychosocial dysfunction in school-age children: the pediatric symptom checklist as a self-report measure. *Psychology in the Schools, 37*, 91-106.
- Peeters, J. (1994). Klachtenlijst voor adolescenten: KLAD. *Gedragstherapie, 27*, 109-125.
- Peeters, J. (2002). *KLADboek. Probleemverkenning van gedragsmoeilijkheden bij jongeren aan de hand van het screeningsinstrument 'Klachtenlijst Adolescenten'*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Pelzer, H. J., & Steerneman, W. J. P. J. M. (1999). *De taxatie van de ernst van de problematiek bij kinderen en jeugdigen. De ontwikkeling van een praktijkinstrument: L-HETS*. Dissertatie. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Quay, H. C., & Peterson, D. R. (1996). *Revised Behavior Problem Checklist*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Reijneveld, S. A., Vogels, A. G. C., Brugman, E., Van Ede, J., Verhulst, F. C., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2003). Early detection of psychosocial problems in adolescents: how useful is the Dutch short indicative questionnaire (KIVPA)? *European Journal of Public Health, 13*, 152-159.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. M. (1992). *Manual for the Behavior Assessment System for Children*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Rutter, M. (1967). A children's behaviour questionnaire for completion by teachers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 8*, 1-11.
- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M. K., Davies, M., Piacentini, J., Schwab-Stone, M. E. e.a. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children, Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 865-877.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H. e.a. (1983). Children's Global Assessment Scale. *Archives of General Psychiatry, 40*, 1228-1231.
- Smith, S. R., & Reddy, L. A. (2002). The concurrent validity of the Devereux Scales of Mental Disorders. *Journal of Psychoeducational Assessment, 20*, 112-127.
- Spivack, G., & Spotts, J. (1966). *Devereux Child Behavior Rating Scale (DCB)*. USA: Devereux Foundation.
- Ten Berge, I. J., & Baarda, D. B. (1994). *Instructies bij de CheckList Intake Klachtzaken (CLIK)*. Utrecht: Vakgroep Pedagogiek.
- Thijs, P. J. M. (1993). *Adolescenten Beoordelings Lijst*. Tilburg: Katholieke Universiteit Tilburg.
- Treffers, D. A., & Van Widenfelt, B. M. (2000). *Dutch translation of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*. Internal Document. Oegstgeest: Leiden University Medical Center, Academic Center for Child and Adolescent Psychiatry, Curium.
- Utens, L. M. W. M., & Siebelink, B. M. (2002). Nieuwe diagnostiek van angststoornissen bij kinderen en jeugdigen: Recente ontwikkelingen in instrumentarium. *Kind en Adolescent, 23*, 234-249.
- Valenkamp, M., De Graaf, I., & De Ruiter, C. (2003). *Een screeningsinstrument psychische stoornissen voor de praktijk. Casus: het Bureau Jeugdzorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Beijsterveldt, C. E. M., Verhulst, F. C., Molenaar, P. C. M., & Boomsma, D. I. (2004). The genetic basis of problem behavior in 5-year-old Dutch twin pairs. *Behavior Genetics, 34*, 229-242.
- Van der Leek, N., & Breuk, R. (2003). *Nederlandse versie van de Massachusetts Youth Screening Instrument for Mental Health Needs of Juvenile Justice Youths* (interne publicatie). Amsterdam: Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam en De Derde Oever.
- Van Domburg, L., & De Ruiter, C. (2003). *DISC-predictive scales, Nederlandse versie* (interne publicatie). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Van Ede, J. (1997). *Korte Indicatieve Vragenlijst Psychosociale problematiek Adolescenten. Handleiding voor gebruik*. Drachten: GGD de Friese Wouden.
- Van Yperen, T. A., & Giel, R. (Red.) (1995). *Classificatiesystemen voor psychische stoornissen en gedragsstoornissen: Uitgangspunten en bruikbaarheid van ICD, DSM en MAC*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Verhulst, F. C. (2001). Continuïteit en discontinuïteit van psychopathologie bij kinderen en jongeren tot in de volwassenheid. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 43*, 777-786.
- Verhulst, F. C., & Van der Ende, J. (2002). Rating Scales. In M. Rutter, & E. Taylor (Ed.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*, 4th edition (pp. 70-86). Oxford: Blackwell Publishing.
- Verhulst, F. C., Van der Ende, J., & Koot, H. M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis/Erasmus Universiteit.
- Verhulst, F. C., Van der Ende, J., Ferdinand, R. F., & Kasius, M. C. (1997). De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Nederlandse adolescenten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 141*, 777-781.
- Verhulst, F. C., Van der Ende, J., & Koot, H. M. (1997a). *Handleiding voor de Teacher's Report Form (TRF)*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam, afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie.
- Verhulst, F. C., Van der Ende, J., & Koot, H. M. (1997b). *Handleiding voor de Youth Self-report (YSR)*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam, afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie.
- Vogels, A. G. C., Crone, M. R., Hoekstra, F., & Reijneveld, S. A. (2005). *Drie vragenlijsten voor het opsporen van psychosociale problemen bij kinderen van zeven tot twaalf jaar*. Leiden: TNO.
- Wells, M., Burlingame, G. M., Lambert, M. J., Hoag M. J. (1996). Conceptualization and measurement of patient change during psychotherapy: Development of the Outcome Questionnaire and Youth Outcome Questionnaire. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 33*, 275-283.
- World Health Organization (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 1989 Revision*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1997). *Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders: the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders in children and adolescents*. Cambridge: University Press.