

# Depressieve gevoelens bij 10 – 15jarigen in Nickerie

## Een inventariserend onderzoek

WINgroep september 2005

### 1 Inleiding

#### *Algemeen*

Wie in de wetenschappelijke literatuur antwoord wil vinden op de vraag “hoe vaak zijn kinderen depressief?” vindt niet snel antwoord. Pas een jaar of 20 wordt er systematisch onderzoek naar die vraag gedaan. Dat komt misschien omdat onder wetenschappelijk onderzoekers de gedachte dat ook kinderen depressief kunnen zijn eigenlijk nog betrekkelijk nieuw is. Dat kwam, omdat men er vanuit ging dat kinderen er cognitief niet toe in staat zouden zijn. Om die reden is er eigenlijk pas sinds de jaren '80 onderzoek gedaan naar de mate waarin depressies bij kinderen voorkomen[1].

Uit dat onderzoek bleek dat kinderen wel degelijk depressief kunnen zijn (Kazdin, 1989) Evenveel jongens als meisjes zijn depressief. De verhouding verandert wel: naarmate de leeftijd vordert laten meer meisjes dan jongens depressieve klachten zien (Fergusson et.al. 1993). Ook de aard van de klachten ligt iets anders: meisjes klagen bijvoorbeeld meer over hun lichaamsbeeld (“ik ben lelijk” ;) en over gebrek aan eetlust. Jongens klagen meer over snel geïrriteerd zijn, verslechterende schoolprestaties en terugtrekking.

#### *Onderzoek in Nickerie*

In dit onderzoek wilden we nagaan hoeveel kinderen in Nickerie last hebben van depressieve gevoelens. We hadden daarvoor twee redenen:

- a) De ervaring uit het WIN-schoolconsultatieteam dat er nogal wat leerlingen waren waarover de schoolleiding zich zorgen maakte.
- b) Het ernstige suïcidevraagstuk in het district. Suïcidepogingen maken doorgaans deel uit van een depressief “syndroom”.

Dit onderzoek is uitgevoerd ten behoeve van de Inspectie Onderwijs te Nickerie van het Ministerie van Onderwijs en Volksontwikkeling. Het verslag is primair voor de Inspectie bestemd.

Dit verslag geeft de eerste, globale resultaten weer. De opbouw is als volgt.

In de paragrafen 2 tot en met 4 worden in hoofdlijnen de achtergronden van depressies beschreven. Ook vindt men er de verantwoording van de keuze voor de CDI als onderzoeksinstrument.

Paragraaf 5 gaat in op de kenmerken van de CDI en de toepassing. Ook worden enkele vergelijkende gegevens vermeld.

In paragraaf 6 wordt de onderzoeksprocedure beschreven en in paragraaf 7 staan de resultaten van het

onderzoek vermeld.

De eerste en globale conclusies uit het onderzoek kan men vinden in paragraaf 8.

## **2 Wat is een depressie?**

Een depressie is een stoornis in de stemming die langer duurt dan twee weken.

De kernsymptomen zijn: somberheid, lusteloosheid en interesseverlies[2]. Vaak is er onderhuids= een bozige stemming, die zich vaak naar binnen keert, maar vaak ook (in het algemeen bij jeugdigen en vooral bij jongens) naar buiten: men is snel ontvlambaar en “geagiteerd”.

Meestal onderscheiden we een “depressie in engere zin” van een “dysthieme stoornis”[3]. In beide gevallen is sprake van een depressie, maar de situatie bij een depressie “in engere zin” (I.E.Z.) is ernstiger omdat het dagelijks functioneren verstoord is geraakt. Men kan nauwelijks nog werken en leren, de eetlust is zo gering dat er gewichtsverlies optreedt en er is een verontrustend verlies van interesse in de omgeving.

Een dysthieme stoornis wordt wel een “milde depressie” genoemd, omdat het alledaagse functioneren nog niet zo ernstig is aangetast. Natuurlijk gaat een dysthieme stoornis gewoonlijk vooraf aan een depressie I.E.Z.. Ze is minder opvallend en sluipt als het ware geleidelijk binnen. Daardoor wordt ze dus ook door de omgeving minder gemakkelijk opgemerkt.

Vaak wordt een depressie door de persoon zelf gemaskeerd, toegedekt, omdat het “not done” is om depressief te zijn. Dat geldt zeker voor jongeren, waar gevoelens van somberheid al snel worden opgevat als teken van zwakte.

In vele landen (met name de niet westerse) worden depressieve verschijnselen vooral in lichaams= taal verteld. Men heeft allerlei lichamelijke klachten, waarvoor doorgaans geen goede medische verklaring is te vinden.

## **3 Hoe vaak komen depressies voor?**

In het algemeen wordt aangenomen dat ongeveer 5% van de bevolking op een bepaald moment depressief is. De indruk bestaat dat het aantal depressies in absolute zin toeneemt (Cross-National Collaborative Group, 1992). Dat geldt eigenlijk voor alle landen. Onderzoek in Nederland wees uit dat met een toenemende zorg voor oudere mensen (“seniore burgers”) het aantal suïcidepogingen daalt (Kerkhof, 2004).

Mannen zijn evenveel depressief als vrouwen, maar de symptomatologie kan enigszins verschillen. Het aantal depressies neemt toe met de leeftijd: onder ouderen komen depressies meer voor dan onder jongeren. Amerikaans onderzoek laat zien dat zwarte Amerikanen minder depressies in engere zin” rapporteren dan de andere etnische groepen), maar dat ze wel vaker een dysthieme stoornis melden (Weissman et. Al) De prevalentie van depressies bij kinderen in de leeftijd onder 5 jaar wordt geschat op ongeveer 1%. Bij 6 - 11-jarigen wordt de prevalentie geschat op 2 tot 5%, maar daarna neemt die toe: de cijfers voor jeugdigen (tussen 13 en 18 jaar) schommelen tussen 3 en 8 %. De verhouding jongens-meisjes is 1:1 bij kinderen en 1:2 bij adolescenten.

Een zeer grootschalig onderzoek in de Verenigde Staten leidde tot de bevinding dat 10% van alle jeugdigen min of meer ernstige symptomen van depressie hebben (Rushton et.al.,2002).

Een ruime schatting van het aantal depressies bij jeugdigen aan het begin van de adolescentie (zo rond de 12 jaar) zou tussen ongeveer 8 - 10% kunnen liggen. Aan het eind van de adolescentie (zo rond de 20 jaar) ligt het aantal aanzienlijk hoger, mogelijk op 15-20%.

#### **4 Hoe screenen we kinderen op het voorkomen van een depressie?**

Dat depressies bij kinderen kunnen voorkomen wordt nu wel algemeen erkend, minder eens is men het dus over de mate waarin ze voorkomen. Dat is vooral te wijten aan de verschillende methoden waarmee depressies worden vastgesteld.

Wij zijn voorstander van een tweefasen aanpak: een screening op de aanwezigheid van een depressie, gevolgd door een gestructureerd klinisch onderzoek. Screening kan gebeuren middels een zelfrapportage-instrument.

De internationaal meest gebruikte methode om kinderen (tussen 8 en 17) jaar te screenen op depressiviteit is de CDI, de Children's Depression Inventory (Kovacs & Beck, 1977; Kovacs, 1992).

De CDI wordt door het kind/de jongere zelf ingevuld.

Ook de Child Behavior Checklist (CBCL) peilt via een onderdeel de aanwezigheid van depressieve gevoelens. In Nickerie is onlangs door WiN een pilot onderzoek met de CBCL uitgevoerd, gericht op normering[4].

#### **5 De Children's Depression Inventory (CDI)**

##### *Algemeen*

De Children's Depression Inventory is ontwikkeld uit de Beck Depression Inventory (BDI). Dit instrument peilt de intensiteit van een depressie en geldt als een goede maat voor de screening op het voorkomen van een depressie I.E.Z.

De CDI wordt in het algemeen beschouwd als een goede aanpassing van de BDI voor kinderen.

De CDI kent vijf deelgebieden:

- Sombere stemming
- Interpersoonlijke problemen
- Negatieve zelfwaardering
- Ineffectiviteit
- Lusteloosheid

De Nederlandse vertaling van de CDI kwam tot stand in overleg met de auteur ervan en volgt de oorspronkelijke lijst nauwkeurig. Daardoor is internationale vergelijking mogelijk.

We hebben er natuurlijk een voorkeur voor, dat de CDI geen depressie detecteert als daar geen goede reden voor is (en dus *specifiek* werkt), maar wel een depressie detecteert wanneer daar wel een goede reden[5] voor is (en dus *sensitief* werkt). Onderzoek in Nederland en België liet zien, dat een goede cut off-score (de grens tussen wel en niet depressie) ligt bij een score van 19. Dan werkt de CDI voldoende

specifiek en voldoende sensitief.

### *De CDI in Nickerie*

Het feit dat er internationaal onderzoek wordt gedaan met de CDI vormde een belangrijke reden om te proberen door middel van de CDI een indruk te krijgen van de prevalentie van depressies bij kinderen in Nickerie.

De CDI is in Nederland en België vooral gevalideerd voor de groep kinderen tussen 1= 0 en 15 jaar. Om die reden hebben we ook in ons onderzoek dit leeftijdsbereik aangehouden. Het is wenselijk de CDI verder voor Suriname te valideren. In afwachting daarvan nemen we voorlopig aan dat de CDI, net zoals elders, een geschikt screeningsinstrument is ter bepaling van het voorkomen en ter bepaling van de ernst van depressieve symptomen.

In het algemeen wordt een score van 19 of hoger aangehouden als cut off-score. Om die reden hebben ook wij voor Nickerie een score van 19 of hoger dus opgevat als een ernstige aanwijzing voor het bestaan van een depressie in de zin zoals door de DSM omschreven. Zekerheid heeft men daarmee nog niet helemaal. Op grond van een screening kan nog niet definitief besloten worden tot de aan- of afwezigheid van een depressie[6].

Een van de vragen betrof specifiek de aanwezigheid van suïcidegedachten en/of suïcidewensen (item 9)[7]. De scores op deze vraag werden, gegeven de specifieke situatie in Nickerie, apart genoteerd en geteld.

### *Gemiddelde CDI-totaalscores*

Onderzoek in België liet zien dat de gemiddelde totaalscores bij scholieren tussen 8.21 (voor jongens) en 9.34 (voor meisjes) lagen. Jeugdigen die een centrum voor geestelijke gezondheidszorg bezochten scoorden hoger: jongens scoorden gemiddeld 13.43 en meisjes scoorden 15.84.

Onderzoek in Turkije liet zien dat de gemiddelde totaalscore voor jeugdige scholieren (gemiddelde leeftijd 14,5 jaar; N=3D4063) lag op 11.02. Een klinische groep (jeugdigen die een suïcidepoging hadden gedaan, leeftijd gemiddeld 15,1 jaar; N=3D80) scoorde gemiddeld 18.91. De prevalentie van depressies bij jeugdigen wordt voor dat land geschat op 4 tot 8%. Onderzoek met de CDI in Duitsland leidde tot de conclusie dat ongeveer 7% jeugdigen depressief is.

Onderzoek in Italië leverde vergelijkbare cijfers op. De gemiddelde CDI-score voor jeugdigen (gemiddelde leeftijd 13.0 jaar, N=3D685) was 10.49. Ongeveer 10% scoorde 19 of hoger (Poli et al.,2003)

## **6 Het onderzoek in Nickerie: de procedure**

Het onderzoek werd uitgevoerd met toestemming van en in samenwerking met het Ministerie van Onderwijs en Volksontwikkeling, in het bijzonder de Inspectie Onderwijs Nickerie. De Inspectie verzocht de scholen om medewerking en verspreiden de vragenlijsten. De scholen maakten een lijst van kinderen, geboren tussen 31 juni 1991 en 1 juli 1995. De leerkrachten reikten vervolgens de vragenlijsten aan de betreffende kinderen uit, lieten deze hun leeftijd, school, klas en geslacht invullen en lazen daarna de instructie voor. De vragen werden alle hardop voorgelezen, waarna de kinderen een keus moesten maken uit een van de drie antwoordmogelijkheden. De leerkrachten verzamelden daarna de ingevulde lijsten. Deze werden tenslotte door de Inspectie opgehaald. Aan het onderzoek hebben alle scholen in het district deelgenomen die 10-15 jarigen binnen hun gebouw hadden. In totaal waren dat 32 scholen.

Het onderzoek heeft feitelijk plaats gevonden in juni 2005.

## 7 Het onderzoek in Nickerie: de resultaten

Het aantal leerlingen waarvan een CDI werd ontvangen was 2427. Daarvan waren 103 formulieren onbruikbaar vanwege invullingfouten.

Uiteindelijk werden 2324 vragenlijsten verwerkt.

*Tabel 1 De groep respondenten*

| Totaal aantal uitgereikte vragenlijsten | Aantal verwerkte vragenlijsten | Totaal aantal meisjes | Aantal geldige vragenlijsten van meisjes | Totaal aantal jongens | Aantal geldige vragenlijsten van jongens |
|---|--------------------------------|-----------------------|--|-----------------------|--|
| 2427                                    | 2324                           | 1190                  | 1138                                     | 1237                  | 1186                                     |

=

Volgens de census van 2005 woonden in het district Nickerie 3400 jeugdigen tussen 10 en 15 jaar[8].

Dit betekent dat 68% van de jeugdigen in deze leeftijdsgroep heeft deelgenomen aan het onderzoek. Van hen is 51% van het manlijke en 49% van het vrouwelijke geslacht.

*Tabel 2 Scores op de CDI = in de klinische range*

| Scores absoluut | Percentage   | Scores meisjes absoluut | Percentage   | Scores jongens absoluut | Percentage   |
|-----------------|--------------|-------------------------|--------------|-------------------------|--------------|
| 398             | <b>17,1%</b> | 198                     | <b>17,5%</b> | 200                     | <b>16,8%</b> |

Uit tabel 2 blijkt dat voor ruim 17% van de jeugdigen tussen 10 en 15 jaar vermoed kan worden dat ze last hebben van een depressie. Het verschil tussen meisjes en jongens is niet significant.

**Tabel 3 Aantal jeugdigen = dat aangeeft een einde aan het leven te willen maken**

| Scores absoluut | Percentage  | Score meisjes absoluut | Percentage  | Score jongens absoluut | Percentage  |
|-----------------|-------------|------------------------|-------------|------------------------|-------------|
| 212             | <b>9,1%</b> | 93                     | <b>7,8%</b> | 119                    | <b>9,6%</b> |

Voor ruim 9% geldt dat ze uiting geven aan de wens een eind aan hun leven te willen maken. Verrassend is dat deze 9% lang niet altijd onderdeel uit maakt van de groep voor wie een ernstige aanwijzing bestaat van een depressie.

**Tabel 4 Aantal jeugdigen dat scoort binnen de klinische range (N 3D 398) en dat ook aangeeft een einde aan het leven te willen maken**

| Scores absoluut | Percentage   | Score meisjes absoluut | Percentage | Score jongens absoluut | Percentage   |
|-----------------|--------------|------------------------|------------|------------------------|--------------|
| 77              | <b>19,3%</b> | 34                     | <b>17%</b> | 43                     | <b>21,5%</b> |

Een vijfde deel van de groep depressieve jeugdigen meldt tevens suïcidewensen.

De overlap tussen depressieve klachten en suïcidewensen is dus betrekkelijk gering. Voor ongeveer vier/vijfde deel van de jeugdigen met suïcidewensen geldt, dat men deze niet kan afleiden uit een depressieve gemoedstoestand.

Gemiddelde totaalscores moeten nog worden bepaald, evenals de subscores.

## 8 Conclusies

Aan het onderzoek heeft 68% van de jeugdigen in de leeftijd 10 tot 15 jaar mee gedaan. Dat waren 2324 jongens en meisjes.

Van ruim 1000 jeugdigen in deze leeftijdscategorie hebben we geen gegevens. Ze gaan niet meer naar school. Over hun gemoedstoestand kunnen we dus geen uitspraken doen. Er is geen reden om aan te nemen dat de cijfers bij deze groep gunstiger liggen. Integendeel, men mag aannemen dat ze eerder slechter uitvallen. Onze rapportage zal dus eerder een onder- dan een overschatting zijn.

De nu beschikbare gegevens leiden tot de volgende conclusies.

1) Uit het onderzoek blijkt dat het aantal jeugdigen tussen 10 en 15 jaar, voor wie men ernstig bedacht moet zijn op de aanwezigheid van een depressie op ruim 17 % ligt. Dat is naar internationale maatstaven hoog.

De prevalentie van depressies in Nickerie onder jeugdigen tussen 10 en 15 jaar wordt dus geschat op 17%.

2) Het aantal jeugdigen dat daadwerkelijk een eind aan het eigen leven wil maken is eveneens zorgwekkend hoog (zie ook voetnoot 7). *9% van de jeugdigen denkt daar ernstig over.*

3) Het aantal jeugdigen waarbij een depressie vermoed moet worden en dat tevens suïcidale wensen uit is 77. Dat is 3,3% van het totaal aantal jeugdigen dat deel nam aan het onderzoek. *20% van het aantal jeugdigen dat vermoedelijk depressief is, is tevens suïcidaal.*

4) *Bij 80% van de suïcidale jeugdigen (in dit onderzoek waren dat 135 jeugdigen) is met de CDI geen vermoeden van depressie te constateren.*

Dit resultaat heeft praktisch mogelijk grote gevolgen. Het maakt de opsporing van suïcidale jeugdigen in het alledaagse leven lastig. Men kan immers niet af gaan op de voor de omgeving over het algemeen goed zichtbare en gebruikelijke kenmerken van een depressie. Mogelijk behoren suïcidale wensen op deze leeftijd niet altijd bij een depressie.

Er is geen onderscheid gemaakt naar etniciteit. We kunnen dus niet vaststellen of jeugdigen van verschillende etnische achtergrond opvallend verschillend scoren.

Dit onderzoek was strikt anoniem. Het is daarom niet mogelijk precies die jeugdigen te detecteren die aangaven daadwerkelijk een einde aan hun leven te willen maken. Toch moet men dus ernstig bezorgd zijn: ruim 200 jeugdigen denken daar serieus over. Op grond van dit onderzoek verdient het aanbeveling om aanzienlijke aandacht te schenken aan “zorgleerlingen”. Ook kan men denken aan een regelmatig terugkerend screeningsonderzoek, bijvoorbeeld tweemaal jaarlijks, om risico-jeugdigen op te sporen.

5) *Vrijwel evenveel jongens als meisjes zijn vermoedelijk depressief.*

Jongens geven iets meer dan meisjes aan dat ze een einde aan hun leven willen maken, maar het verschil is niet significant. De in Nickerie gevonden resultaten passen bij de algemene tendens dat jongens zich ook in de suïcidesfeer in het algemeen iets harder uitdrukken dan meisjes.

6) *Het blijkt heel goed mogelijk op betrekkelijk korte termijn een grootschalig screeningsonderzoek te verrichten.*

De resultaten verkregen in dit onderzoek kunnen worden gebruikt in een vergelijkend onderzoek met jeugdigen uit andere districten.

## 9 Tenslotte

De CDI screent op de prevalentie van depressies, maar is niet uitsluitend bepalend daarvoor. Gegeven de ernst van de uitslagen verdient het aanbeveling het onderzoek in een wat kleinere opzet in twee fasen te herhalen: de screeningsfase zou moeten worden gevolgd door een standaard klinisch interview.

Op grond van beide metingen kan dan een diagnose worden gesteld, terwijl men ook een check verwerft op mogelijke “false positive” resultaten.

## 10 Dankwoord

Dit onderzoek kon worden uitgevoerd dankzij de medewerking van de Inspectie Onderwijs te Nickerie. WiN dankt de Inspectie ook voor de logistieke ondersteuning. WiN dankt ook Marlon Kraaij, orthopedagoge i.o., aan de Vrije Universiteit in Amsterdam die veel van het voorbereidende werk op zich heeft genomen.

## Literatuur

AACAP, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J. Amer. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 10 (suppl.), 63S-83S.

APA, American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Washington: APA.

Cross-National Collaborative group (1992). The changing rate of major depression: cross-national comparisons. *J. Amer. Medical Association*, 268, 3098-3105.

Fergusson, D.M., Horwood, L.J. & Lynskey, M.T. (1993). Prevalence and comorbidity of DSM-III-R disorders in a birth cohort of 15 years old. *J. Amer. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1127-1134.

Fristad, M.A., Emery, B.L. & Beck, S.J. (1997). Use and abuse of the Children's Depression Inventory. *J. Consulting & Clinical Psychology*, 65(4), 699-702.

Kazdin, A.E. (1989). Childhood depression. In E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (pp. 135-166). New York: Guilford Press.

Kerkhof, A.J.F.M.(2004). Suicide in Nederland. Vrije Universiteit Amsterdam

Kovacs, M. (1992). Children's Depression Inventory. New York: Multi-Health Systems.

Kleinepier, C. (2005).

Kovacs, M. & Beck, A.T. (1977). An empirical clinical approach toward definition of childhood depression. In J.B. Schulterbrandt (Ed.), *Depression in childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models* (pp. 1-25). New York: Raven Press.

Poli, P., Sbrana, B., Marcheschi, M & Masi, G. (2003). Self reported depressive symptoms in a school



sample of Italian children and adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 33, 209-226.

Rushton, J. L., Forcier, M. & Schectman, R.M. (2002). Epidemiology of depressive symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *J. Amer. Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (2), 199-205.

Weismann, M. M. et.al. (1991). Affective disorders. In L.N. Robins & D.A. Regier (Eds.). *Psychiatric disorders in America : The epidemiologic catchment area study* (pp. 53-80). New York: The Free Press.

copyright: WINGroep, Nieuw Nickerie, 2005. All rechten voorbehouden.

[1] Ook wel prevalentie-onderzoek genoemd.

[2] Deze kernsymptomen worden vrijwel algemeen gedeeld. Het zijn dus ook de kernsymptomen van een "Major Depressive Disorder, AACAP, 1998). Zie ook DSM-IV, APA, 1994.

[3] Dysthiem betekent letterlijk: "in een slechte stemming".

[4] Het onderzoek is verricht door Christa Kleinepier, kinder- en jeugdpsychologe i.o. met begeleiding van dr. David Gibson en prof. dr. Hans Koot. Zie Kleinepier, C. (2005): Emotional and behavioral problems in the Nickerie district of Suriname, as measured by the CBCL and compared to The Netherlands and Curacao. Amsterdam: Vrije Universiteit.

[5] "Een goede reden" betekent in dit geval dat er ook in de zin van de DSM een classificatie "depressie" zou worden gegeven.

[6] Men moet dus voorzichtig om gaan met de resultaten op de CDI. De CDI op zichzelf is geen volledige assessment procedure, maar een fase daarin. Ze leidt tot een "ernstige verdenking", maar nog niet tot zekerheid (zie ook Fristad et.al., 1997).

[7] Item 9 heeft drie antwoordmogelijkheden:

a) ik denk er niet over een eind aan mijn leven te maken

b) ik denk er wel over een eind aan mijn leven te maken, maar ik zou het nooit doen

c) ik wil een eind aan mijn leven maken.

[8] Bron: Algemeen Bureau voor de Statistiek Suriname 2005