



„Ik voel me niet goed”
**Over somatisatie bij Vlaamse 12-jarigen:
kwetsbaarheden in de gezinscontext
en hulpzoekgedrag**

Sofie Rousseau¹, Karla Van Leeuwen¹, Karel Hoppenbrouwers², Annemie Desoete³,
RoelJan Wiersema³

In samenwerking met het onderzoeksteam JOnG!

Samenvatting

Buitenlands onderzoek toont aan dat ongeveer 15 tot 25% van alle adolescenten continu of zeer regelmatig lichamelijke klachten ervaart, zoals hoofdpijn, buikpijn of vermoeidheid. Dit heeft vaak ernstige gevolgen, vooral wanneer de klachten blijven aanslepen of vaak terugkomen. Slechts voor een beperkt aantal van deze klachten wordt een medische verklaring gevonden (Haraldstad, 2011; Perquin et al., 2000; Roth-Isigkeit, 2007). Onderzoekers zijn het erover eens dat ook andere factoren, op psychologisch en sociaal vlak, een rol kunnen spelen. Somatische klachten die niet (voldoende) verklaard kunnen worden door organische proble-

men worden vaak functionele klachten genoemd. De (psychologische) neiging om verschillende functionele klachten te ervaren beschrijft men vaak als ‘somatisatie’ (De Gucht & Fischler, 2002). Echter, er is nog maar weinig bekend over specifieke psychologische of sociale factoren en processen die een verband kunnen hebben met somatisatie. Deze “Feiten en Cijfers” levert een bijdrage aan de zorg voor somatiserende jongeren, door te rapporteren over hoe ouders functionele klachten bij hun 12-jarigen percipiëren en ermee omgaan, over hoe deze klachten samenhangen met demografische en opvoedingsfactoren, en over het hulpzoekgedrag van jongeren met hoge somatiek. Hiertoe worden zelfrapportagegegevens gebruikt van 12-jarige jongeren en één van hun ouders (meestal de moeder), afkomstig uit 1498

Vlaamse gezinnen. Resultaten wijzen erop dat ouders er toe neigen de somatisatie ernst bij hun 12-jarige jongeren te onderschatten. Verder werd er geen verband gezien tussen demografische gezinsfactoren (opleiding moeder, opleiding vader, gezinsinkomen, beroep moeder, beroep vader, herkomst ouders, gezinsamenstelling) en somatiek bij de jongeren. Wel werd er een verband voor specifieke opvoeding (reacties van ouders op lichamelijke klachten) en algemene opvoeding (algemene warmte/ondersteuning en controle) onderkend: het veelvuldig minimaliseren van lichamelijke klachten, lage warmte/ondersteuning en hoge psychologische controle tonen een link met hogere mate van somatiek. Op vlak van hulp zoeken blijkt dat jongeren met hoge mate van somatiek voor allerhande problemen gemiddeld genomen vooral hun moeders raadplegen. Professionele hulpverleners worden het minst gecontacteerd. Tot slot zijn jongeren met hoge mate van somatiek gemiddeld genomen goed op de hoogte van het bestaan van enkele professionele instanties waarbij ze terecht kunnen met problemen van alle aard (CLB; Kinder- en Jongerentelefoon), hoewel hierbij gewezen moet worden op het feit dat dit bij enkele jongeren (0,02%) en voor enkele instanties (jongeren informatiepunt; CAW) niet het geval is. Om beter tegemoet te komen aan de noden van jongeren met een hoge mate van somatisatie, wordt bij voorkeur ingezet op een breed scala van domeinen, met name 'het bevorderen van de sensitiviteit van alle opvoedingsverantwoordelijken, zorg- en hulpverleners voor somatiek', 'het verbreden van initiatieven voor opvoedings- en kindondersteuning en het bevorderen van hun samenwerking', 'het erkennen van het kindperspectief in de zorg- en hulpverlening', 'het sensibiliseren van initiatieven voor opvoedingsondersteuning om oog te hebben voor specifieke ouderlijke reacties op lichamelijke klachten, namelijk minimaliseren', 'het bevorderen van bekendheid met professionele voorzieningen of van bekendheid met een centraal aanspreekpunt bij jongeren'. Alle initiatieven rond de problematiek van somatisatie bij jongeren moeten zich tenslotte richten op alle gezinnen, onafhankelijk van hun demografische kenmerken.

Achtergrond

Jongeren klagen wel eens dat ze zich fysiek niet goed voelen. Uit internationaal onderzoek blijkt dat vooral klachten over pijn (hoofdpijn, buikpijn of pijn in de ledematen), duizeligheid, moeheid, gevoel van slap te zijn, ziektegevoel, beverigheid en misselijkheid vaak voorkomen. De meeste jongeren uiten deze klachten sporadisch maar bij ongeveer 15 tot 25% verdwijnen ze niet of komen ze regelmatig terug (Haraldstad, 2011; Perquin et al., 2000; Roth-Isigkeit, 2007).

De klachten zelf maar ook de tijd die geïnvesteerd wordt in het zoeken naar oorzaak en behandeling ervan hebben vaak een ernstige impact voor de jongere, zijn/haar familie en de samenleving. Jongeren ervaren vooreerst lichamelijke hinder, maar de klachten beïnvloeden ook andere levensdomeinen. Zo kunnen ze bijvoorbeeld leiden tot veelvuldige afwezigheid op school en verminderde deelname aan buitenschoolse activiteiten zoals het uitoefenen van hobby's of sociale activiteiten met leeftijdsgenoten (Campo, 2002). De samenleving betaalt de

prijs van de vaak lange zoektocht naar oorzaak en behandeling, het remediëren van leerachterstand als gevolg van het thuisblijven van school, etc. (Roth-Isigkeit, 2007). Voor de familie van de jongere veroorzaken de klachten stress, niet in het minst omwille van de onzekerheid over de oorzaken ervan, en de gevolgen voor de algemene ontwikkeling van het kind (Campo, Jansen-McWilliams, Comer, & Kelleher, 1999).

Slechts voor een beperkt aantal aanhoudende of terugkerende klachten wordt een medische verklaring gevonden (Haraldstad, 2011; Perquin et al., 2000; Roth-Isigkeit, 2007). Onderzoekers zijn het erover eens dat ook andere factoren, op psychologisch en sociaal vlak, een rol kunnen spelen in het ontstaan en voortbestaan van lichamelijke klachten. In wat volgt worden lichamelijke klachten waarvoor geen of onvoldoende medische verklaring gevonden wordt, functionele klachten genoemd. De neiging om verschillende functionele klachten te ervaren wordt benoemd als 'somatisatie' (De Gucht & Fischler, 2002).

Er is nog maar weinig bekend over specifieke psychologische of sociale factoren en processen die een verband kunnen hebben met somatisatie. Deze "Feiten en Cijfers" levert een bijdrage aan het onderzoek naar somatisatie door het verband met kwetsbaarheden op vlak van gezinskenmerken te bekijken en het hulpzoekgedrag van jongeren met hoge somatisatie in kaart te brengen.

Wanneer we het hebben over somatisatie staat de symptoomervaring van de jongere centraal. Onderzoek toont aan dat ouders de neiging hebben om deze ervaring te onderschatten (Upton, 2008). In deze "Feiten en Cijfers" gaan we na hoe dit bij de Vlaamse ouders gesteld is. De probleemperceptie van ouders speelt immers een belangrijke rol in het zorgtraject van jongeren (Zwaanswijk, Verhaak, Bensing, Ende, & Verhulst, 2003).

Empirisch onderzoek toont aan dat jongeren die opgroeien in gezinnen met duidelijk identificeerbare demografische gezinsstressoren (bijvoorbeeld behorende tot een etnische minderheidsgroep, lage sociaal-economische status, niet-traditionele gezinsamenstellingen) meer risico hebben op somatiseren (Claudio, Stingone, & Godbold, 2006; Garralda, 2010; Taylor, Repetti, & Seeman, 1997). Echter, in andere studies wordt deze link niet altijd gevonden (Vanaelst et al., 2012; Walker, Garber & Greene, 1994). Wij gaan na hoe dit verband eruit ziet in een groep van Vlaamse 12-jarigen en hun ouders.

Wat betreft opvoeding, focuste een beperkt aantal voorgaande studies zich op 'algemeen opvoedingsgedrag' (opvoedingsgedragingen die gesteld worden over domeinen van ontwikkeling heen) en 'specifiek opvoedingsgedrag' (reactie van ouders op lichamelijke klachten). Op vlak van algemeen opvoedingsgedrag stelde men vast dat verwerping samenhangt met hogere somatisatiescores (Binzer & Eisemann, 1998) en warmte/ondersteuning met lagere (Binzer & Eisemann, 1998; Feldman, 2010; Kristjansdottir & Rhee, 2002; Rhee et al., 2005; Wood et al., 2008). Echter, in sommige onderzoeken wordt dit verband niet vastgesteld (Fisher & Chalder, 2003). Verder wordt er een link gezien tussen overbescherming van ouders en hogere somatisatie bij

jongeren (Fisher & Chalder, 2003; Janssens, Oldehinkel, & Rosmalen, 2009). Verbanden met ouderlijke monitoring en coercieve controle blijven uit (Feldman, 2010). Heden ten dage zijn opvoedkundigen het erover eens dat algemeen opvoedingsgedrag op te delen is in twee brede dimensies, namelijk een ondersteuningsdimensie (gedrag waarmee de ouder het kind warmte, acceptatie en begrip toont) en een controledimensie (de manier waarop de ouder invloed tracht uit te oefenen op het gedrag van het kind) (Baumrind, 1991; Maccoby & Martin, 1983). Deze laatste dimensie kan op zijn beurt worden onderverdeeld in 'gedragscontrole' (gedragingen waarmee de ouder rechtstreeks het gedrag van het kind controleert, bijvoorbeeld straffen) en 'psychologische controle' (gedragingen waarmee de ouder de gedachten en gevoelens van een kind controleert, bijvoorbeeld het kind zich schuldig doen voelen) (Barber, 2005; Steinberg, 1990). Algemeen opvoedingsgedrag werd nog maar beperkt op deze manier bevraagd in het onderzoek naar somatiek bij jongeren. Zo is er bijvoorbeeld onduidelijkheid over de betekenis van het concept 'overbescherming', waarvan men kan vermoeden dat het een combinatie van hoge warmte en hoge controle inhoudt. In deze "Feiten en Cijfers" onderzoeken we het verband tussen somatiek en dimensies van opvoeding. Op basis van voorgaand onderzoek naar het verband tussen algemene opvoeding en internaliserende problematieken, verwachten we vooral een verband met warmte/ondersteuning en psychologische controle (bijvoorbeeld Barber, 2005).

Betreffende meer specifiek opvoedingsgedrag, ziet men dat zowel beschermende reacties van ouders op de lichamelijke klachten van hun kind (bijvoorbeeld het geven van privileges, het niet hoeven nakomen van verantwoordelijkheden als gevolg van lichamelijke klachten) als minimaliserende reacties (bijvoorbeeld de jongere zeggen dat hij/zij sterker moet leren worden) samenhangen met een verhoogde rapportage van functionele klachten bij de jongere (Claar, Simons, & Logan, 2008; Peterson & Palermo, 2004). Het opvolgen van de klachten in combinatie met het motiveren om verantwoordelijkheden te blijven opnemen, gaat gepaard met minder functionele klachten (Van Slyke & Walker, 2006), al is het onderzoek naar deze reacties bij jongeren beperkt en worden er soms tegenstrijdige resultaten gevonden (Claar et al., 2008). Deze "Feiten en Cijfers" onderzoekt dit verband in een groep van Vlaamse 12-jarigen en hun ouders.

Wat betreft het hulpzoekgedrag van Vlaamse 12-jarigen met lichamelijke klachten, wordt in deze "Feiten en Cijfers" voor jongeren met hoge somatisatie nagegaan bij wie ze geneigd zijn hulp te zoeken. Ook wordt de bekendheid van deze jongeren met enkele professionele voorzieningen getoetst.

Er wordt besloten met een bundeling van de bevindingen en een vertaling ervan naar enkele beleidsaanbevelingen, met als doel de zorg voor jongeren met functionele klachten te optimaliseren. Deze "Feiten en Cijfers" richt zich tot het beleid en iedereen die te maken heeft met jongeren en hun functionele klachten (bijvoorbeeld hulpverleners, ouders en leerkrachten).

Methode

Onderzoekopzet

Dit onderzoek maakt deel uit van JOnG!, een longitudinale studie naar de Ontwikkeling, Opvoeding, Gezondheid en het Gedrag van kinderen en jongeren, die in het kader van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin in acht Vlaamse regio's wordt uitgevoerd. Voor een uitgebreide uiteenzetting van de studie verwijzen we naar het rapport van Grietens, Hoppenbrouwers, Desoete, Wiersema en Van Leeuwen (2010), waarin de theoretische achtergronden en het onderzoekopzet worden toegelicht.

In deze "Feiten en Cijfers" wordt er gerapporteerd over de cohorte 12-jarigen, namelijk alle jongeren geboren in 1996 en woonachtig in één van acht geselecteerde Vlaamse regio's (Aarschot, Antwerpen, Geel, Gent, Ieper, Oostende, Oudenaarde, Tielt-Winge), die in begin 2009 toestemden om deel te nemen aan het onderzoek. We maken gebruik van de gegevens uit vragenlijsten die de deelnemers en hun ouder(s) bij de start van het onderzoek (maart 2009) invulden. Voor informatie over de regioselectie verwijzen we naar Grietens et al. (2010) en Hermans et al. (2008).

Deelnemers

We verzamelden vragenlijstengegevens van 1443 jongeren en 1445 ouders. In totaal beschikken we over gegevens van 1498 gezinnen. Voor 1390 gezinnen beschikken we over zowel een jongeren- als ouderrapportering. Van de hele groep jongeren waarvan we een jongeren- en/of oudervragenlijst ontvingen, is 45,3% mannelijk en 54,7% vrouwelijk. Bij 94,1% van alle gezinnen werd de oudervragenlijst ingevuld door de biologische moeder, bij 4,6% door de biologische vader. Bij de rest van de gezinnen (1,3%) werd de vragenlijst ingevuld door iemand anders, zoals een stief- of adoptieouder. De gemiddelde leeftijd van de jongeren is 12,7 jaar (standaardafwijking 0,3 jaar; min. 12,2 en max. 13,7 jaar).

Wat betreft de sociodemografische kenmerken van de onderzoeksgroep zien we in vergelijking met de Vlaamse populatie een ondervertegenwoordiging van kwetsbare groepen (bijvoorbeeld op vlak van SES en herkomst). Dit heeft als gevolg dat de resultaten van dit onderzoek niet zonder meer te generaliseren zijn naar de gehele Vlaamse populatie. Echter, de JOnG!-deelnemersgroep bevat wel sociodemografische variabiliteit, wat het mogelijk maakt om representatieve uitspraken te doen over samenhangen met sociodemografische variabelen (Guérin et al., 2012).

Instrumenten

Kind- en ouderrapportage

Somatiek bij de jongere wordt door ouders en jongeren in kaart gebracht aan de hand van de Somatiek Index voor Kinderen (SIK; Jellesma, 2007). De SIK bestaat uit 11 items, waarvan negen lichamelijke klachten (bijvoorbeeld 'buikpijn', 'hoofdpijn', 'pijn in armen en benen') en twee positieve lichaamsbelevingen (bijvoorbeeld 'goed voelen'). De frequentie waarmee

deze items gedurende de laatste vier weken voorkomen, wordt gescoord op een vijf-puntenschaal gaande van '(bijna) nooit' (1) tot 'heel vaak' (5). De SIK-totaalscore is het gemiddelde van alle itemscores. Zowel de validiteit als betrouwbaarheid van dit instrument om somatiek in kaart te brengen werd in eerder onderzoek bevestigd (Jellesma, 2007). De Cronbach's alpha (maat voor interne consistentie) van de SIK is in dit onderzoek 0,82 voor de jongeren- en 0,73 voor de ouderbevraging.

Hulpzoekgedrag wordt door de jongere in kaart gebracht aan de hand van volgende vragen: "Wanneer je je niet goed voelt of een probleem hebt, bij wie of waar zoek je dan hulp?" (met 13 gesloten antwoordmogelijkheden en één open vraag) en "Heb je al van onderstaande diensten gehoord?" (met 5 gesloten antwoordmogelijkheden). Verder beantwoorden de jongeren ook de vraag "Welke situatie past best voor jou, als je terugdenkt aan het voorbije jaar (12 maanden)?" Eén van de antwoordmogelijkheden voor deze vraag is "ik heb het voorbije jaar nooit een probleem gehad". Ook over deze informatie wordt in deze "Feiten en Cijfers" gerapporteerd.

Ouderrapportage

Demografische variabelen van het gezin waarin de jongere het grootste deel van de tijd doorbrengt, worden gerapporteerd door de ouder en omvatten: sociaal-economische indicatoren (gezinsinkomen, opleidingsniveau moeder en/of vader, beroepssituatie moeder en/of vader), herkomst ouders en gezinssamenstelling. Wat betreft gezinsinkomen worden drie categorieën gehanteerd, namelijk "<1500 euro per maand", "tussen 1500 en 3000 euro per maand" en ">3000 euro per maand". Opleidingsniveau wordt opgedeeld in hoger secundair (hoogste diploma is hoger secundair), laaggeschoold (geen diploma hoger secundair), en hooggeschoold (diploma hoger- of universitair onderwijs). Voor beroepssituatie wordt een onderscheid gemaakt tussen 'betaald werk' en 'geen betaald werk'. Herkomst wordt geoperationaliseerd in de categorieën 'België', 'WHO-A-regio' of 'WHO-B/D-regio'. Wat betreft samenstelling worden de gezinnen opgedeeld in 'twee-ouder gezin' (twee biologische ouders), 'nieuw-samengesteld gezin' (biologische ouder en inwonende partner) en 'alleenstaande ouder' (biologische ouder zonder inwonende partner).

Algemene opvoeding wordt bevraagd aan de hand van de Schaal Ouderlijk Gedrag (SOG; Van Leeuwen & Vermulst, 2004) en de Psychologische Controle Schaal (PCS; Barber, 2005; Kuppens, Grietens, Onghena, & Michiels, 2009). Beide instrumenten brengen concrete ouderlijke opvoedingsgedragingen in kaart. De SOG-items kunnen gegroepeerd worden in twee hogere-orde subschalen, namelijk 'positief opvoedingsgedrag' (bijvoorbeeld tijd maken om te luisteren naar het kind; het kind leren om zelf beslissingen te nemen; het kind leren beleefd te zijn op school), 'harde gedragscontrole' (bijvoorbeeld wanneer het kind iets doet wat niet mag, straf geven; het kind door elkaar schudden omwille van ruzie; wanneer het kind iets doet wat niet mag, niet meer met hem/haar praten totdat hij/zij zegt spijt te hebben). De SOG en PCS bevatten samen 42 items, die beantwoord worden op een vijf-punten schaal, gaande

de van 'nooit' tot 'altijd'. Het bereik van de (sub)schaalscores ligt tussen 1 en 5. Cronbach's alpha's voor de (sub)schalen zijn respectievelijk 0,84; 0,76 en 0,73.

Specifieke opvoeding, of de reactie van ouders op lichamelijke klachten van hun kinderen, wordt in kaart gebracht met behulp van een Nederlandse vertaling van de 'Adult Responses to Children's Symptoms' (ARCS; Van Slyke & Walker, 2006). Een totaal van 23 items wordt beantwoord op een vijf-puntenschaal, gaande van 'nooit' tot 'altijd'. De items worden toegewezen aan drie schalen, namelijk 'geven van privileges en het kwijtschelden van verantwoordelijkheden' (bijvoorbeeld iets halen om te eten; laten thuisblijven van school), 'monitoring en motiveren tot verantwoordelijkheid' (bijvoorbeeld vragen stellen over hoe de jongere zich voelt; de jongere proberen te betrekken in activiteiten) en 'de klachten voorstellen als onbeduidend' (bijvoorbeeld irritatie of frustratie uitdrukken; het kind zeggen dat hij/zij moet leren om sterker te zijn). In wat volgt zullen voor deze schalen respectievelijk de termen 'beschermen' en 'aanmoedigen/opvolgen' en 'minimaliseren' gebruikt worden. De Cronbach's alpha's zijn achtereenvolgens 0,85; 0,72 en 0,53. Aangezien deze laatste Cronbach's alpha als ontoereikend kan worden beschouwd (Field, 2009), werd de unidimensionaliteit van de subschaal nagegaan. De items laden slechts op 1 factor, wat een voldoende interne samenhang van de items beargUMENTEERT.

Data-analyse

Analyses zijn uitgevoerd met behulp van SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Met behulp van een gepaarde t-toets is het verband tussen ouder- en jongerenrapportage van somatiek nagegaan. Demografische gezinsverschillen in het voorkomen van somatiek zijn in kaart gebracht aan de hand van een univariate ANOVA met de demografische familiale variabelen als onafhankelijke variabelen en de somatiekscore als afhankelijke variabele. De samenhang tussen somatiek en opvoedingsgedragingen is onderzocht met behulp van een lineaire regressie met somatiek als afhankelijke- en de opvoedingsvariabelen als onafhankelijke variabele. Aangezien in voorgaand onderzoek geslacht telkens als een belangrijke determinant van somatiek naar voren komt, wordt hiervoor zowel bij de variantieanalyse als bij de regressieanalyses gecontroleerd (Garralda, 2010). Wat betreft het hulpzoekgedrag van jongeren met hoge mate van somatiek zijn valide frequenties opgevraagd.

Resultaten

Ouderperceptie somatisatie

De gemiddelde somatiekscore bedraagt 1,7 voor de jongerenrapportage (standaardafwijking 0,5 ; minimum 1,0; maximum 5,0) en 1,5 voor de ouderrapportage (standaardafwijking 0,5 ; minimum 1,0; maximum 4,4). Het verschil tussen jongeren- en ouderrapportage is significant (gepaarde t-toets: $t(1269) = 10,5, p < 0,001$) wat erop wijst dat ouders significant minder somatische klachten rapporteren voor hun kinderen (minder vaak voorkomend en/of minder soorten klachten).

Somatisatie en demografische gezinsfactoren

Tabel 1 geeft een overzicht van de gemiddelde mate van somatiek naargelang demografische gezinskenmerken. Een univariate ANOVA vertelt ons dat het verband met somatiek voor geen enkel van de demografische gezinsvariabelen significant is.

Somatisatie en algemene opvoeding

Tabel 2 geeft een overzicht van het verband tussen somatiek en algemene opvoeding. Een lineaire regressie geeft aan dat hogere SIK-scores (zoals gerapporteerd door de jongeren) significant samenhangen met lagere ouderrapportages van warmte/ondersteuning en hogere ouderrapportages van psychologische controle. Echter, wanneer we kijken naar het percentage variantie dat door de opvoedingsgedragingen samen verklaard wordt, zien we dat dit erg laag is (2%), wat duidt op een zwak verband tussen de opvoedingsgedragingen en somatiek (Field, 2009).

Somatisatie en specifieke opvoeding

Tabel 3 geeft de resultaten weer van een lineaire regressieanalyse naar de link tussen somatiek en specifieke opvoeding (het omgaan van de ouders met lichamelijke klachten). Minimaliseren van lichamelijke klachten hangt significant samen met hogere door de jongere gerapporteerde SIK-scores. Opnieuw is het percentage verklaarde variantie laag (3%), wat duidt op een zwak verband.

Hulpzoekgedrag van jongeren met een hoge somatiekscore

Voor het beantwoorden van onderzoeksvragen omtrent hulpzoekgedrag, wordt een groep jongeren met hoge mate van somatiek afgebakend. Het gaat om jongeren met een zelfgerapporteerde SIK-score die minimum één standaardafwijking boven het gemiddelde ligt ($n = 213$). Tabel 4 rapporteert resultaten in verband met het hulpzoekgedrag van jongeren met hoge mate van somatiek. We zien dat iets meer dan 4 op 5 jongeren met hoge somatiek aangeeft het afgelopen jaar 'een probleem' gehad

Tabel 1: Verschillen in mate van somatiek 12-jarigen naar demografische gezinsfactoren. Gemiddelden en standaardafwijkingen en de resultaten van een univariate ANOVA

			SIK jongerenrapportage ($N=1427$)		F
			M	(SD)	
Geslacht	1	Jongens ($N=679$)	1,74	(0,1)	6,85*
	2	Meisjes ($N=818$)	1,82	(0,1)	
Opleiding moeder	1	Hoger secundair ($N=432$)	1,81	(0,1)	2,52
	2	Laag geschoold ($N=171$)	1,69	(0,1)	
	3	Hooggeschoold ($N=804$)	1,85	(0,1)	
Opleiding vader	1	Hoger secundair ($N=484$)	1,75	(0,1)	1,87
	2	Laag geschoold ($N=182$)	1,86	(0,1)	
	3	Hooggeschoold ($N=586$)	1,74	(0,1)	
Gezins-inkomen	1	<1500 ($N=70$)	1,85	(0,1)	2,16
	2	1500 – 3000 ($N=482$)	1,79	(0,1)	
	3	>3000 ($N=613$)	1,71	(0,1)	
Beroep moeder	1	Betaald werk ($N=1171$)	1,79	(0,1)	0,15
	2	Onbetaald werk ($N=241$)	1,78	(0,1)	
Beroep vader	1	Betaald werk ($N=1199$)	1,79	(0,1)	0,04
	2	Onbetaald werk ($N=73$)	1,78	(0,1)	
Herkomst ouders	1	België ($N=1290$)	1,73	(0,1)	0,88
	2	WHO A ($N=61$)	1,82	(0,1)	
	3	WHO B-D ($N=85$)	1,81	(0,1)	
Gezins-samenstelling	1	Twee ouder gezin ($N=1109$)	1,71	(0,1)	0,44
	2	Nieuw samengesteld ($N=131$)	1,74	(0,1)	
	3	Alleenstaande ouder ($N=178$)	1,90	(0,2)	

Tabel 2: Verband tussen somatiek en algemene opvoeding (gestandaardiseerde beta-coëfficiënten op basis van lineaire regressie met somatiek als afhankelijke variabele en opvoeding als onafhankelijke variabele)

Onafhankelijke variabelen: algemeen opvoedingsgedrag		Afhankelijke variabele: SIK jongere	
		β	R ²
BLOK 1			0,01
Geslacht		0,12***	
BLOK 2			0,02
Geslacht		0,12***	
Algemeen opvoedingsgedrag			
	Warmte/ondersteuning	-	0,11**
	Harde gedragscontrole		0,00
	Schaal psychologische controle		0,12***

** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Tabel 3: Verband tussen somatiek en specifieke opvoeding (gestandaardiseerde beta-coëfficiënten op basis van lineaire regressie met somatiek als afhankelijke variabele en opvoeding als onafhankelijke variabele)

Onafhankelijke variabelen: Specifiek opvoedingsgedrag		Afhankelijke variabele: SIK jongere	
		β	R ²
BLOK 1			0,01
Geslacht		0,13***	
BLOK 2			0,03
Geslacht		0,12***	
Specifiek opvoedingsgedrag			
	Aanmoedigen/opvolgen		0,03
	Beschermen	-	0,00
	Minimaliseren		0,18***

*** $p < 0,001$

te hebben. We willen eraan herinneren dat het hier gaat om 'problemen in het algemeen', en dat deze vraag niet specifiek werd gesteld naar aanleiding van lichamelijke klachten. Bijkomend vroegen we aan de jongeren bij wie hij/zij hulp zoekt wanneer hij/zij zich niet goed voelt of een probleem heeft (het gaat hier ook over 'zich niet goed voelen of een probleem hebben in het algemeen'). Jongeren konden meer dan één persoon aankruisen. Iets meer dan 2 op 3 jongeren met hoge somatiek geeft aan dat wanneer hij/zij zich niet goed voelt of een probleem heeft, hij/zij dit probleem (onder andere) zelf tracht op te lossen. Wat niet-professionele zorg betreft, rapporteert ongeveer 4 op 5 van de jongeren met hoge somatiek naar moeder te stappen, de helft gaat naar vader. Ook (beste) vrienden of vriendinnen blijken voor deze jongeren belangrijk (respectievelijk ongeveer 4 op 5 en 2 op 3 zoekt er hulp). Wat professionele zorg betreft, gaat ongeveer 1 op 3 naar een leerkracht en 1 op 7 naar een hulpverlener. Aangezien jongeren voor hun problemen bij meer dan 1 persoon hulp kunnen zoeken, konden jongeren in onze bevraging voor meer dan 1 persoon 'ja' antwoorden. Bijkomende analyses geven aan

dat 3 jongeren (1,4% van de jongeren met hoge somatiek) enkel 'zichzelf' aankruist (en bij problemen dus enkel bij zichzelf te rade gaat) en dat 33 jongeren (15,5%) geen enkele 'opvoedingsverantwoordelijke' aankruisen (en dus bij problemen niet geneigd is dit met een opvoedingsverantwoordelijke te bespreken).

Wanneer we kijken naar het verschil met jongeren met lage mate van somatiek, valt op dat jongeren met hoge mate van somatiek significant minder geneigd zijn om naar gezinsleden (moeder, vader, zus en broer) te stappen wanneer ze een probleem hebben.

Tabel 5 geeft de bekendheid van 12-jarige jongeren met professionele instanties weer, opgesplitst voor jongeren met respectievelijk hoge en lage somatiek. Jongeren met hoge somatiek zijn het meest bekend met CLB (92,9%) en Kinder- en Jongerentelefoon (89,1%). Een totaal van 0,03% van de jongeren met hoge somatiek heeft van nog geen enkele van de vijf bevroegde voorzieningen gehoord. Vergeleken met hun leeftijdsgenoten met lage somatiek, zijn jongeren met hoge somatiek significant

Tabel 4: Hulpzoekgedrag van jongeren met hoge somatiek (een zelfgerapporteerde SIK-score die minimum één standaardafwijking boven het gemiddelde ligt) (n = 213), vergeleken met jongeren met lage somatiek (een zelfgerapporteerde SIK-score die onder het gemiddelde ligt) (n = 839)

	Hoge somatiek (valide % ja)	Lage somatiek (valide % ja)	X ²	
Heb je het afgelopen jaar een probleem gehad?	81,2	53,3	54,8	***
Als je je niet goed voelt of een probleem hebt, bij wie of waar zoek je dan hulp?				
Mezelf	69,1	74,9	2,9	
Moeder	79,1	92,8	34,2	***
Vader	50,8	75,6	47,5	***
Zus	35,7	45,5	4,3	*
Broer	19,3	31,4	8,1	**
Ander familielid	41,8	45,8	0,9	
Beste vriend of vriendin	77,7	76,2	0,2	
Vriend/vriendin	69,3	70,7	0,1	
Mensen met dezelfde problemen	31,1	21,5	6,8	**
Leerkracht	29,7	33,1	0,8	
Hulpverlener	14,3	14,9	0,1	

Noot: Percentages zijn gebaseerd op het aantal respondenten dat de vraag beantwoordde. Het aantal respondenten dat de vraag niet invulde varieert van 4 (1,9%) tot 25 (11,7%). Het aantal respondenten dat voor 'personen waarbij hij/zij hulp zoekt' aangeeft deze persoon niet te kennen, varieert van 3 (1,4%) voor moeder tot 64 (30,0%) voor zus.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Tabel 5: Bekendheid van 12-jarige jongeren met professionele instanties, opgesplitst voor jongeren met respectievelijk hoge somatiek (een zelfgerapporteerde SIK-score die minimum één standaardafwijking boven het gemiddelde ligt) (n = 213) en lage somatiek (een zelfgerapporteerde SIK-score die onder het gemiddelde ligt) (n = 839)

	Hoge somatiek (valide % ja)	Lage somatiek (valide % ja)	X ²	
CLB	92,9	97,5	10,6	***
Kinder- en Jongerentelefoon	89,1	90,1	0,2	
JAC	25,7	29,5	1,2	
Jongeren Informatiepunt	10,0	9,7	0,0	
CAW	19,5	13,4	5,1	*

* $p < 0,05$ *** $p < 0,001$

minder goed op de hoogte van het bestaan van CLB maar significant beter op de hoogte van het bestaan van CAW, al zijn de verschillen eerder klein (respectievelijk 4,6% en 6,1% verschil).

Discussie

Ouderperceptie somatisatie

We stellen vast dat de 12-jarigen uit de JOnG!-onderzoeksgroep significant hogere mate van somatiek rapporteren dan ingeschat door hun ouder. Vergelijkbare resultaten werden gevonden in vorig onderzoek. Zo rapporteren Garber, Van Slyke en Walker (1998) dat de

functionele klachten van 6 tot 18-jarige jongeren significant lager worden ingeschat door hun moeders. Ook Barkmann, Braehler, Schulte-Markwort en Richterich (2011) zagen dat voor 11- tot 18-jarigen significant lagere klachtenscores gerapporteerd worden door de ouders dan door de jongeren zelf.

Somatisatie en demografische gezinsfactoren

In de JOnG!-data zien we voor geen enkele van de onderzochte demografische gezinsfactoren een significant verband met somatiek. In andere studies naar determinanten van functionele klachten werden dergelijke verbanden wel gevonden. Zo rapporteren Groholt et al. (2003) meer recurrente medisch on(der)verklaarbare

pijnsymptomen bij jongeren in families met lager opgeleide ouders en een lager gezinsinkomen. Claudio et al. (2006) stellen vast dat jongeren met een minderheids etnische afkomst en jongeren uit gezinnen met lagere inkomens significant vaker astma vertonen dan anderen. Vanaelst et al. (2012) rapporteren een significant verband tussen het leven in niet-traditionele gezinssamenstellingen en somatische problemen. Maar er zijn ook studies waarin bepaalde verbanden niet konden teruggevonden worden. Santalahti, Aromaa, Sourander, Helenius en Piha (2005) vonden geen verband tussen gezinsstructuur, opleiding van de moeder en een hele reeks functionele klachten, namelijk hoofdpijn, buikpijn, andere pijnen, misselijkheid en overgeven. Vanaelst et al. (2012) vonden geen significant verband tussen somatische en economische problemen in het gezin. Walker, Garber en Greene (1994) zagen geen significant link tussen opleiding of beroepsstatus van de ouders en de somatisatiescore van jongeren. Een mogelijke verklaring voor het uitblijven van significante verbanden tussen demografische gezinsfactoren en somatiek is dat de relatie gemodereerd wordt door andere processen. In dit perspectief zou het bijvoorbeeld kunnen dat het niet zozeer de demografische stressoren op zich zijn die een invloed hebben maar eerder de beleving van deze stressoren of de manier waarop ouders en jongeren ermee omgaan (coping). Een andere mogelijkheid is dat er wel een verband is maar dat dit verband niet lineair is. De hierboven genoemde onderzoeken gebruiken allen lineaire statistische technieken (gebaseerd op correlatie, zoals regressie) om het verband tussen demografische gezinsfactoren en functionele klachten na te gaan. Clinici geven al langer aan dat somatiek niet enkel voorkomt bij jongeren uit gezinnen met duidelijk identificeerbare stressoren (zogenaamde 'chaotic families') maar ook in gezinnen waar op het eerste zich alles goed (tot zelfs perfect) loopt maar waar meer sluimerende psychologische en relationele problematieken heersen (zogenaamde 'apparent perfection families'). Verder onderzoek zal andere statistische methoden, zoals clusteranalytische technieken, moeten aanwenden om de data verder te exploreren.

Somatisatie en algemene opvoeding

Wat betreft het verband tussen somatisatie en algemeen opvoedingsgedrag zagen we in lijn met onze verwachtingen een significant verband tussen hogere mate van somatiek bij jongeren enerzijds en lagere warmte/ondersteuning en hogere psychologische controle van ouders anderzijds. Echter, de variantie die opvoedingsgedrag verklaart in somatisatie is klein (alle algemene opvoedingsgedragingen samen verklaren 1% van de variantie in somatisatie). Tot nu toe werd in onderzoek naar de link tussen algemene opvoeding en functionele klachten vooral 'overbeschermend opvoeden' geïncludeerd (Janssens et al., 2009). Aangezien deze studies vaag blijven over hoe somatiek bij jongeren zich verhoudt tot de in opvoedingsonderzoek meer gebruikelijk geïncludeerde dimensies 'warmte/ondersteuning' en 'controle', werd daar in deze "Feiten en Cijfers" verder op in gegaan. Er wordt vanuit gegaan dat overbeschermend opvoeden een combinatie van 'hoge warmte/ondersteuning' en 'hoge controle' inhoudt. Onze studieresultaten geven aan dat niet specifiek de hogere warmte in overbeschermend opvoeden samengaat (ook al is

dit slechts een zwak verband) met hogere somatiek, maar vooral de controlerende component en dan meer bepaald psychologische controle. Meer zelfs, hoge warmte/ondersteuning blijkt een verband te hebben met lagere somatiek.

Somatisatie en specifieke opvoeding

In lijn met onze hypothesen, vertoont op vlak van specifiek ouderlijk opvoedingsgedrag (het omgaan van de ouders met lichamelijke klachten) minimaliseren van lichamelijke klachten een samenhang met hogere mate van somatiek. In tegenstelling tot onze verwachtingen werd er geen significante samenhang gezien voor 'aanmoedigen/opvolgen' en 'beschermen'. Verder bedraagt de verklaarde variantie in somatisatie door alle specifieke opvoedingsgedragingen samen slechts 2%. Het uitblijven van een verband met 'aanmoedigen/opvolgen' en 'beschermen' kan door verschillende elementen verklaard worden. Wanneer we eerder gevoerde studies naar het verband tussen specifiek opvoeden en somatiek bekijken, is het treffend dat vooral studies uitgevoerd in België en Nederland geen significante verbanden vinden voor bescherming (Jellesma, Rieffe, & Terwogt, 2008; Merlijn, Hunfeld, & Van der Wouden, 2003). Dit doet vermoeden dat mogelijks culturele aspecten een rol spelen. Onderzoek heeft immers aangevoerd dat een bepaald opvoedingsgedrag kan samenhangen met een variatie aan kindgedragingen, afhankelijk van de context waarin het plaatsvindt (Pachter, Auinger, Palmer, & Weitzman, 2006). Verder onderzoekt geen van de in België of Nederland uitgevoerde studies de reactie van ouders op lichamelijke klachten van hun kind aan de hand van observatie. De in Belgisch en Nederlands onderzoek opgenomen concepten zijn overgenomen uit internationaal (vooral Amerikaans) onderzoek. Echter, het is mogelijk dat naast deze concepten ook andere concepten een link hebben met somatisatie. Het is raadzaam om in verder onderzoek observaties te includeren, aangezien deze vorm van onderzoek additionele waardevolle (en eventueel cultuurspecifieke) reacties van ouders op lichamelijke klachten kan blootleggen. Verder is het bijvoorbeeld mogelijk dat de leeftijd van de jongeren een rol speelt in het uitblijven van verbanden. De meeste onderzoeken die wel significante linken vinden, includeren bredere leeftijdsgroepen, inclusief kinderen van een jongere leeftijd. Eerder onderzoek heeft aangewezen dat het verband tussen de reacties van ouders en functionele klachten van jongeren afhankelijk kan zijn van de leeftijd van de jongere (Merlijn et al., 2003). Biddle, Bank en Marlin (1980) toonden bijvoorbeeld dat vooral wat betreft operante leerprocessen (leerprocessen waarin gedrag wordt beïnvloed door datgene wat erop volgt, bijvoorbeeld: lichamelijke klachten nemen toe wanneer ze leiden tot positieve gevolgen zoals extra aandacht van de ouders), de rol van personen anders dan de ouders belangrijk kan worden naarmate de jongere ouder wordt.

Hulpzoekgedrag van jongeren met een hoge somatiekscore

Dit onderzoek werd gevoerd bij 12-jarigen, met andere woorden bij jongeren aan de start van de adolescentie (Steinberg & Silk, 2002). In deze periode is er sprake van een toename van individuatie van de ouders

(Steinberg & Silk, 2002). Het is dan ook niet verwonderlijk dat een overgrote meerderheid van jongeren met hoge mate van somatiek (meer dan 2 op 3) hulp zoekt bij vrienden. Toch blijkt dat ook de ouders, en vooral de moeders (door bijna 80%), geraadpleegd worden voor hulp. Personen uit het professionele circuit worden door jongeren met hoge mate van somatiek minder gecontacteerd, met ongeveer 1/3 van de jongeren die met problemen naar een leerkracht zou gaan en ongeveer 1/7 naar een hulpverlener. Het feit dat jongeren meer geneigd zijn om informele dan formele hulp te zoeken voor hun problemen wordt ook in ander onderzoek gezien. Evenwel, anders dan in voorgaand onderzoek, zien we dat jongeren met hoge somatiek eerder bij hun moeder dan bij vrienden hulp zoeken (Boldero & Fallon, 1995; Schornert-Reichl & Muller, 1996). In vergelijking met jongeren met lage somatiek, zoeken de jongeren met hoge mate van somatiek echter wel significant minder hulp bij hun ouders, broers en zussen dan bij vrienden. De eerder gerapporteerde bevinding dat ouders van jongeren met hogere mate van somatiek ten aanzien van hun opvoeding minder warmte en meer psychologische controle rapporteren, kan hierbij een rol spelen.

De jongeren met hoge mate van somatiek zijn over het algemeen goed op de hoogte van het bestaan van verschillende professionele instanties die hen van dienst kunnen zijn, zoals CLB en Kinder- en Jongerentelefoon. Enkele andere instanties, zoals het JAC, Jongeren Informatiepunt en CAW zijn minder gekend. In vergelijking met jongeren met lage mate van somatiek, zijn jongeren met hoge somatiek wel minder goed op de hoogte van het bestaan van CLB en beter van dat van CAW. In vervolgonderzoek zou het interessant zijn te bekijken of jongeren ook weten dat ze in deze voorzieningen met vragen rond hun lichamelijke klachten terecht kunnen.

Aanbevelingen

De sensitiviteit van alle opvoedingsverantwoordelijken, zorg- en hulpverleners voor somatiek bij jongeren bevorderen

In dit onderzoek stelden we vast dat ouders geneigd zijn somatiek bij jongeren te onderschatten. Bovendien zagen we dat niet alle jongeren geneigd zijn hun lichamelijke klachten te uiten aan volwassen verantwoordelijken. Het is belangrijk dat alle opvoedingsverantwoordelijken, zorg- en hulpverleners voldoende aandacht hebben voor lichamelijke klachten bij jongeren. De overheid kan hiertoe informeren via haar gebruikelijke informatiekanalen in het kader van preventieve jeugdgezondheidszorg, opvoedingsondersteunende initiatieven, enzovoort. Onderwerp van informatie is vooral het attent zijn voor lichamelijke klachten die regelmatig terugkomen of blijven bestaan en als dusdanig van invloed kunnen zijn op het gehele functioneren van jongeren.

Verbreding van en samenwerking tussen initiatieven voor opvoedings- en kindondersteuning

In ons onderzoek zagen we een verband tussen opvoeding en somatiek bij 12-jarige jongeren. De data van deze studie laten ons niet toe om een uitspraak te doen over de oorzaak-gevolg relatie tussen beide. Echter, enerzijds weten we uit voorgaand onderzoek dat somati-

satie, eens geïnitieerd, vaak zichzelf in stand houdt, zelfs wanneer oorspronkelijke causale factoren verdwijnen (Garralda, 2010). Met andere woorden, zelfs indien opvoeding een oorzakelijke invloed zou hebben op het ontstaan van somatiek, zal opvoedingsondersteuning alleen onvoldoende zijn. Langs de andere kant kan men stellen dat enkel ondersteuning voor de kindproblematiek onvoldoende is, zelfs wanneer zou blijken dat er vooral causale invloed uitgaat van het kind op de opvoeding. Men kan er immers van uitgaan dat het ook in zulk geval belangrijk is dat ouders zich bewust zijn van hun handelingen en reacties op kindproblematieken, aangezien deze handelingen en reacties kindproblematieken in stand kunnen houden of andere kunnen initiëren (Steinberg & Silk, 2002). Dit kan er enerzijds voor pleiten om bij medewerkers van bestaande initiatieven voor opvoedingsondersteuning, de alertheid voor somatiek te garanderen en in te zetten op een nauwe samenwerking met instanties die gespecialiseerd zijn in deze kindproblematiek, zoals huisarts, CLB, en geestelijke gezondheidszorg. Langs de andere kant kunnen ook instanties die meer gespecialiseerd zijn in de omgang met kindproblematieken aandacht hebben voor opvoeding en de ondersteuning ervan door instanties voor opvoedingsondersteuning.

Erkennen van kindperspectief in zorg- en hulpverlening

Verder willen we erop wijzen dat het ervaren van hevige en veelvuldig terugkerende lichamelijke klachten door de jongere als een probleem op zich staat. Immers, de belemmerende invloed op andere domeinen van ontwikkeling start bij het ervaren van de klacht, onafhankelijk van de mening van anderen over het al dan niet 'reëel' zijn van de klacht. Hierbij wordt het belang van participatie van jongeren in de hulpverlening, één van de uitgangspunten van het internationaal verdrag inzake de rechten van het kind, nogmaals benadrukt. Kinderen en jongeren moeten te allen tijde gezien worden als actieve deelnemers aan en betekenisgevers in elke aangelegenheid die hen aanbelangt (Office of the United Nations Commissioner for Human Rights, 1989).

Opvoedingsondersteuning moet ook oog hebben voor specifieke ouderlijke gedragingen: het minimaliseren van lichamelijke klachten door ouders

Opvoeding wordt heden ten dagen vaak opgevat als de dagelijkse 'algemene' omgang tussen opvoedingsverantwoordelijken enerzijds en kinderen en jongeren anderzijds. Echter, onderzoek wijst uit dat deze omgang kan verschillen afhankelijk van het specifieke levensdomeinen waarop ze betrekking heeft (Cummings, 2000). Zo kunnen ouders bijvoorbeeld erg controlerend zijn met betrekking tot schoolresultaten, terwijl ze op vlak van prestaties in de sportclub minder hoge eisen stellen. In deze "Feiten en Cijfers" stelden we vast dat in verband met somatiek bij jongeren niet enkel de dagdagelijkse 'algemene' opvoeding een link vertoont maar ook de specifieke omgang van ouders met lichamelijke klachten.

Zowel proactieve opvoedingsondersteuning (aan alle gezinnen), als meer reactieve opvoedingsondersteuning (aan gezinnen van jongeren met hoge mate van soma-

tiek) kan aandacht hebben voor het risico van lichamelijke klachten te minimaliseren. De klacht van het kind dient te allen tijde serieus genomen te worden. Dit betekent niet dat een ouder uitvoerig dient in te gaan op lichamelijke klachten. Immers, in buitenlands onderzoek werd vastgesteld dat hiermee mogelijks secundaire ziekte winst gepaard gaat, wat een additioneel risico vormt. Het meest protectief blijkt het op een neutrale manier opvolgen van de klachten van de jongere, bijvoorbeeld door te vragen: „hoe voel je je op dit moment?”. Dit geeft de volwassene een overzicht van de situatie en stelt de jongere gerust dat er naar hem/haar geluisterd wordt.

In dit kader willen we ook vermelden dat het belangrijk is om lichamelijke klachten ernstig te nemen, maar niet meteen te problematiseren wanneer de (huis)arts geen medische oorzaak kan aanwijzen. Een groot aantal klachten en hun impact gaan vanzelf voorbij (Dunn, Jordan, Mancl, Drangsholt, & Le Resche, 2011). Te sterk problematiseren kan leiden tot een toename van de lichamelijke klachten, aangezien het mogelijks stress veroorzaakt, een belangrijke factor in het voortbestaan van lichamelijke klachten.

Bekendheid bestaande voorzieningen of nieuw centraal aanspreekpunt bevorderen

In deze “Feiten en Cijfers” stelden we vast dat jongeren met hoge mate van somatiek gemiddeld genomen goed op de hoogte zijn van het bestaan van minstens enkele voorzieningen waar ze potentieel met hun klachten terecht kunnen (CLB en Kinder- en Jongeren telefoon). Wel moet vermeld worden dat een aantal jongeren, hetzij beperkt, van het bestaan van geen enkele voorziening op de hoogte was. Dit kan de aanbeveling sterken om blijvend in te zetten op de bekendmaking van zorg- en hulpverleningsinstanties bij jongeren, eventueel via het inzetten op een centraal aanspreekpunt.

Initiatieven rond de problematiek van somatisatie bij jongeren dienen zich te richten op alle gezinnen, onafhankelijk van hun demografische kenmerken

In deze “Feiten en Cijfers” konden we geen verband vaststellen tussen een aantal demografische gezinskenmerken en somatiek. Somatiek is met andere woorden iets wat kan voorkomen bij alle gezinnen, onafhankelijk van hun demografische kenmerken. Initiatieven omtrent somatisatie bij jongeren dienen zich dan ook te richten op alle gezinnen. Dit neemt echter niet weg dat we uit ander onderzoek weten dat gezinnen met bepaalde demografische kenmerken moeilijker toegang vinden tot bestaande ondersteuningsinitiatieven en met andere woorden op de bereikbaarheid van deze groepen wel kan worden ingezet (bijvoorbeeld Vandenbroeck, Boonaert, Van der Mespel, De Brabandere, 2007; Yerden, 2010). Voor een uitgebreide bespreking van aanbevelingen omtrent bereikbaarheid van kwetsbare groepen verwijzen we naar Dierckx et al. (2012).

Beperkingen in huidig onderzoek en aanbevelingen tot bijkomend onderzoek

In deze eerste SWVG “Feiten en Cijfers” rond dit thema is geopteerd voor analyses waarin slechts een beperkt aantal mogelijke determinanten zijn opgenomen. Zo is er bijvoorbeeld in de analyses naar de verbanden tussen achtergrondvariabelen en ‘het uiten van psychosociaal onwelbevinden in de vorm van lichamelijke klachten’ (somatiek) niet gecontroleerd voor psychosociaal onwelbevinden op zich. Ook werd er niet gecontroleerd voor de invloed van andere achtergrondvariabelen. Bijkomend onderzoek kan extra variabelen includeren en in statistische analyses meer controles toevoegen. Op die manier krijgt men naast informatie over de verbanden op zich ook meer inzicht in factoren die de verbanden kunnen verklaren.

Deze “Feiten en Cijfers” beperkt zich tot onderzoek bij 12-jarige jongeren. Conclusies en aanbevelingen hebben met andere woorden enkel betrekking op deze leeftijdsgroep. Verder onderzoek naar leeftijdsverschillen is aangewezen.

De gegevens uit deze “Feiten en Cijfers” beperken zich tot één meetmoment. Verder onderzoek naar causale eigenschappen van de gevonden verbanden is aangewezen. Dit is mogelijk aan de hand van de JONG!-data, meer bepaald door middel van een analyse over meerdere meetmomenten heen.

Bij de rekrutering van respondenten voor dit onderzoek werd ingezet op een optimaal bereik van alle gezinnen. Hoewel de JONG!-deelnemersgroep wel sociodemografische variabiliteit bevat, zijn kwetsbare groepen ondervertegenwoordigd in vergelijking met de Vlaamse populatie (bijvoorbeeld op vlak van SES en herkomst). Dit heeft als gevolg dat de resultaten uit dit onderzoek omtrent ouderperceptie, opvoeding en hulp zoeken niet zonder meer te generaliseren zijn naar de gehele Vlaamse populatie (Guérin et al., 2012).

Referenties

- Barber, B.K. (2005). Parental support, psychological control, and behavioral control: assessing relevance across time, culture, and method. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 70, 1.
- Barkmann, C., Braehler, E., Schulte-Markwort, M., & Richterich, A. (2011). Chronic somatic complaints in adolescents: prevalence, predictive validity of the parent reports, and associations with social class, health status, and psychosocial distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 1003.
- Baumrind, D. (1991). Parenting styles and adolescent development. In Lerner, R.M., Petersen, A. S., & Brooks-Gunn, J. (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence*; New York: Garland Publications.
- Biddle, B.J., Bank, B.J., & Marlin, M.M. (1980). Parental and peer influence on adolescents. *Social Forces*, 58, 1057
- Binzer, M., & Eisemann, M. (1998). Childhood experiences and personality traits in patients with motor conversion symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 288.
- Boldero, J. & Fallon, B. (1995). Adolescent help-seeking: What do they get help for and from whom? *Journal of Adolescence*, 18, 193-209.

- Campo, J.V., Jansen-McWilliams, L., Comer, D.M., & Kelleher, K.J. (1999). Somatization in pediatric primary care: association with psychopathology, functional impairment, and use of services. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1093.
- Campo, J.V. (2002). Recurrent pain, emotional distress, and health service use in childhood. *The Journal of Pediatrics*, 141, 76.
- Claar, R.L., Simons, L.E., & Logan, D.E. (2008). Parental response to children's pain: the moderating impact of children's emotional distress on symptoms and disability. *Pain*, 138, 172.
- Claudio, L., Stingone, J.A., & Godbold, J. (2006). Prevalence of childhood asthma in urban communities: the impact of ethnicity and income. *Annals of Epidemiology*, 16, 332.
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process: Theory, research and clinical implications*. New York: The Guilford Press.
- De Gucht, V., & Fischler, B. (2002). Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*, 43, 1.
- Dierckx, H., Van Leeuwen, K., Desoete, A., Wiersema, J.R., & Hoppenbrouwers, K., (2012). Zorgbehoefte en -gebruik. SWVG-rapport.
- Dunn, K. M., Jordan, K. P., Mancl, L., Drangsholt, M. T., & Le Resche, L. (2011). Trajectories of pain in adolescents: A Prospective Cohort Study. *Pain*, 152, 66.
- Feldman, J.M. (2010). Child and family psychiatric and psychological factors associated with child physical health problems: results from the borica youth study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 272.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS. Third edition*. London: SAGE.
- Fisher, L., & Chalder, T. (2003). Childhood experiences of illness and parenting in adults with chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 439.
- Garber, J., Van Slyke, D.A., & Walker, L.S. (1998). Concordance between mothers' and children's reports of somatic and emotional symptoms in patients with recurrent abdominal pain or emotional disorders. *Journal of abnormal child psychology*, 26, 381.
- Garralda, M.E. (2010). Unexplained physical complaints. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19, 199.
- Grietens, H., Hoppenbrouwers, K., Desoete, A., Wiersema, J.R., & Van Leeuwen, K. (2010). *JOnG! Theoretische achtergronden, onderzoeksopzet en verloop van het eerste meetmoment (SWVG-Rapport)*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Rapport 11-2010/02.
- Groholt, E.K., Stigum, H., Nordhagen, R., & Köhler, L. (2003). Recurrent pain in children, socio-economic factors and accumulation in families. *European Journal of Epidemiology*, 18, 965.
- Guérin, C., Pieters, C., Roelants, M., Van Leeuwen, K., Desoete, A., Wiersema, J.R., & Hoppenbrouwers, K. (2012). *Sociaal-demografisch profiel en gezondheid van jongeren van 6- en 12-jarige jongeren (cohortes JOnG!) in Vlaanderen*. SWVG-rapport.
- Haraldstad, K. (2011). Pain in children and adolescents: prevalence, impact on daily life, and parents' perception, a school survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 27.
- Hermans, K., Demaerschalk, M., Declercq, A., Vanderfaellie, J., Maes, L., De Maeseneer, J., Van Audenhove, C. De selectie van de SWVG-onderzoeksregio's (intern werkdocument), verkregen op 10 november 2011, via [http://www.steunpuntwvg.be/swvg/_docs/Publicaties/De selectie van de SWVG-onderzoeksregio's.pdf](http://www.steunpuntwvg.be/swvg/_docs/Publicaties/De%20selectie%20van%20de%20SWVG-onderzoeksregio's.pdf).
- Janssens, K.A.M., Oldehnkel, A.J., & Rosmalen, G.M. (2009). Parental overprotection predicts the development of functional somatic symptoms in young adolescents. *The Journal of Pediatrics*, 154, 918.
- Jellesma, F.C. (2007). The somatic complaint list: validation of a self-report questionnaire assessing somatic complaints in children. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 399.
- Jellesma, F.C., Rieffe, C., & Terwogt, M.M. (2008). Do parents reinforce somatic complaints in their children? *Health Psychology* 27, 280.
- Kristjansdottir, G., & Rhee, H. (2002). Risk factors of back pain frequency in schoolchildren: a search for explanations to a public health problem. *Acta Paediatrica*, 91, 849.
- Kuppens, S., Grietens, H., Onghena, P., & Michiels, D. (2009). Measuring parenting dimensions in middle childhood. *European Journal of Psychological Assessment*, 25, 133.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In E.M. Hetherington (Ed.), *Mussen manual of child psychology (pp. 1-101)*. New York: Wiley.
- Merlijn, V.P.B.M., Hunfeld, J.A.M., & Van der Wouden J.C. (2003). Psychosocial factors associated with chronic pain in adolescents. *Pain*, 101, 33.
- Office of the United Nations Commissioner for Human Rights (1989). Convention on the rights of the child. Verkregen op 19 november, 2011, via <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>
- Pachter, L.M., Auinger, P., Palmer, R., Weitzman, M. (2006). Do parenting and the home environment, maternal depression, neighborhood, and chronic poverty affect child behavioral problems differently in different racial-ethnic groups? *Pediatrics*, 117, 1329.
- Perquin, C.W., Hazebroek-Kampschreur, A.A.J.M., Hunfeld, J.A.M., Bohnen, A.M., van Suijlekom-Smit, L.W.A., Passchier, J. et al. (2000). Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain*, 87, 51.
- Peterson, C.C., & Palermo, T.M. (2004). Parental reinforcement of recurrent pain: the moderating impact of child depression and anxiety on functional disability. *Journal of Pediatric Psychology*, 29, 331.
- Rhee, H., Holditch-Davis, D., Miles, F., & Miles, M. (2005). Patterns of physical symptoms and relationships with psychosocial factors in adolescents. *Psychosomatic Medicine*, 67, 1006.
- Roth-Isigkeit, A. (2007). Reports of pain among German children and adolescents: an epidemiological study. *Acta Paediatrica*, 93, 258.
- Santalahti, P., Aromaa, M., Sourander, A., Helenius, H., & Piha, J. (2005). Have there been changes in children's psychosomatic symptoms? a 10-year comparison from Finland. *Pediatrics*, 115, 434.
- Schonert-Reichl, K.A., & Muller, J.R. (1996). Correlates of help-seeking in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 705.
- Steinberg, L. (1990). Autonomy, conflict, and harmony in the family relationship. At the threshold: the developing adolescent. In Feldman, S.S., & Elliott, G.R. (Eds.), *At the Threshold: The Developing Adolescent (pp. 255-276)*. Harvard: Harvard College.
- Steinberg, L., & Silk, J.S. (2002). Parenting Adolescents. In Bornstein, M.H. (Ed.), *Handbook of Parenting (pp 103-133)*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Taylor, S.E., Repetti, R.L., & Seeman, T. (1997). Health psychology: what is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual Review of Psychology*, 48, 411.
- Upton, P. (2008). Parent-child agreement across child health-related quality of life instruments: a review of the literature. *Quality of Life Research*, 17, 895.

Vanaelst, B., De vriendt, T., Ahrens, W., Bammann, K., Hadjigeorgiou, C., Konstabel, K., et al. (2012). Prevalence of psychosomatic and emotional symptoms in European school-aged children and its relationship with childhood adversities: results from the IDEFICS study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21, 253.

Vandenbroeck, M., Boonaert, T., Van der Mespel, S., & De Brabandere, K. (2007). *Opvoeden in Brussel*. Gent-Brussel: UGent – VBJK – VCOK – VGC.

Van Leeuwen, K.G. and Vermulst, A.A. (2004). Some psychometric properties of the Ghent parental behavior scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 283.

Van Slyke, D.A. and Walker, L.S. (2006). Mothers' responses to children's pain. *The Clinical Journal of Pain*, 22, 387.

Walker, L., Garber, J., & Greene, J.W. (1994). Somatic complaints in pediatric patients: a prospective study of the role of negative life events, child social and academic competence, and parental somatic symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1213.

Wood, B.L., Lim, J., Miller, B.D., Cheah, P., Zwetsch, T., Ramesh, S., & Simmens, S. (2008). Testing the biobehavioral family model in *pediatric asthma: pathways of effect*. *Family Process*, 47, 21.

WHO (2011). The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 36. World Health Organization. November 2001 (revised).

Yerden, I. (2010). Opvoedingshulp kan het beste via school. Verkregen op 20 november, 2011, via <http://www.brigitkooijman.nl/wordpress/wp-content/uploads/2010/06/interview-ibrahim-yerden-bb-juni-2010.pdf>.

Zwaanswijk, M., Verhaak, P.F.M., Bensing, J.M., van der Ende, J., & Verhulst, F.C. (2003) Help seeking for emotional and behavioural problems in children and adolescents. A review of recent literature. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 153.

¹ Onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek, KU Leuven

² Dienst Jeugdgezondheidszorg, KU Leuven

³ Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie, UGent

⁴ Belgisch: Beide ouders zijn geboren in België en hebben de Belgische Nationaliteit; WHO-A: moeder en/of vader is geboren in een land van de WHO-A regio en/of heeft de nationaliteit van een land van de WHO-A regio (eventueel in combinatie met België); WHO-B/D: moeder en/of vader is geboren in een land van de WHO-B/D regio en/of heeft de nationaliteit van een land uit de WHO-B/D regio (eventueel in combinatie met België en/of een ander WHO-A land). De WHO-A regio bevat landen met zeer lage mortaliteitsprevalenties; de WHO-B/D regio bestaat uit landen met hogere mortaliteitsprevalenties (WHO, 2011).

⁵ Deze jongeren geven aan met problemen enkel naar zichzelf, zus, broer, familielid, beste vriend of partner, vriend en/of mensen met dezelfde problemen te gaan. Hoewel hier sporadisch een 'opvoedingsverantwoordelijke' kan tussenzitten (bijvoorbeeld familielid, oudere broer en zus), achten we de hulp van deze groep over het algemeen van een andere orde (niet te verwarren met minder belangrijk).

Contactgegevens SWVG

U kan contact opnemen met het Steunpunt WVG via swvg@med.kuleuven.be



Vrije
Universiteit
Brussel



SWVG

Kapucijnenvoer 39
B-3000 Leuven

0032 16 33 70 70

swvg@med.kuleuven.be
www.steunpuntwvg.be

V.U.: Ch. Van Audenhove