

Angst bij agressieve kinderen van ouders met en ouders zonder internaliserende klachten

*Thesis voor de master Orthopedagogiek,
werkveld Preventie en opvoedingsondersteuning
Universiteit Utrecht, 2008/2009*

Naam: Jolien Bareman

Studentnummer: 0360384

Thesis begeleidster: Jocelyne Posthumus

Thesis docent: Cathy van Tuijl

Datum: 22 juni 2009

Inhoudsopgave

Abstract.....	2
Inleiding.....	2
Methode.....	10
Resultaten.....	15
Discussie.....	23
Samenvatting.....	28
Literatuurlijst.....	29
Bijlage 1.....	34

Abstract

Background The aim of this study was to examine whether there was a difference in the amount of fear in aggressive children of parents with internalizing complaints and aggressive children of parents without internalizing complaints before and after the Incredible Years parenting program. *Methods* Participants were selected by means of the scores above the 80^{est} percentile of the Aggressive Behavior scale of the Child Behaviour Checklists 1½-5. Children and their parents were assigned to the intervention group or the non-intervention group on the basis of their place of residence. Then, the intervention group and the non-intervention group were both divided in two groups: a group with children of parents with internalizing complaints and a group with children of parents without internalizing complaints. *Results* The results showed that the internalizing complaints of the parents had an effect on the course of the amount of fear in the children. The combination of the intervention and the internalizing complaints of the parents had no effect on the course of the amount of fear in children. There was also no decline of the internalizing complaints of the parents and the amount of fear in the children over time for the intervention group. *Conclusion* These findings suggests that there is no difference in the amount of fear in aggressive children of parents with internalizing complaints and aggressive children of parents without internalizing complaints before and after the intervention. It can be concluded that the internalizing complaints of the parents had a small effect on the course of the amount of fear in the children.

Inleiding

Angst maakt onderdeel uit van de normale ontwikkeling van kinderen. Deze angst kan echter problematisch worden. Angst is een veel voorkomend probleem, dat veelal begint in de eerste levensjaren. Het wordt gekenmerkt door vrees, zorg of ontzetting. Dit kan betrekking hebben op een specifieke gebeurtenis of een situatie waar dreiging wordt waargenomen (Gregory & Eley, 2007). Er kan onderscheid gemaakt worden tussen normaal adaptieve vrees en maladaptieve vrees. Normaal adaptieve vrees houdt in dat er een nauwkeurige inschatting wordt gemaakt van de potentiële bedreiging die gevormd wordt door een stimulus of situatie. Maladaptieve vrees houdt in dat er een onnauwkeurige inschatting wordt gemaakt van de bedreiging voor het welzijn. Met dergelijke maladaptieve vrees wordt angst bedoeld (Ollendick, King, & Yule, 1994).

Angststoornis bij kinderen

Individen met een hoge mate van angst kunnen voldoen aan criteria voor een angststoornis (Gregory & Eley, 2007). Uit epidemiologisch onderzoek blijkt dat een angststoornis één van de meest voorkomende psychische stoornissen bij kinderen is (Boeting, Ferdinand, Barrett, & Dadds, 2002; Carr, 2006). Angststoornis wordt ingedeeld in verschillende types. De meest voorkomende angststoornissen bij kinderen zijn separatieangst, gegeneraliseerde angst, sociale fobie en specifieke fobie (Muris & Mayer, 2002). Separatieangst wordt gekenmerkt door extreme angst en lichamelijke klachten bij scheiding van degene aan wie het kind gehecht is, bijvoorbeeld de vader of moeder. Bij gegeneraliseerde angst is het kind aan het piekeren op een manier die moeilijk in de hand te houden is. Dit piekeren kan betrekking hebben op het eigen gedrag in het verleden, op gebeurtenissen die in de toekomst staan te gebeuren en op de eigen vaardigheden op verschillende gebieden. Andere symptomen die tot de gegeneraliseerde angststoornis behoren zijn behoefte aan geruststelling en prikkelbaarheid. Kinderen met een sociale fobie hebben angst voor situaties waarin men wordt beoordeeld door onbekenden. Deze angst is een sterke en aanhoudende angst voor één of meer situaties waarin het kind sociaal moet functioneren of iets moet presteren. Vaak is er sprake van overmatige emotionele reactiviteit, eenzaamheid en prikkelbaarheid. Bij een specifieke fobie heeft het kind een overdreven of onterechte angst voor een bepaald voorwerp of een specifieke situatie (Treffers, 2002).

Gegevens over de prevalentie van angststoornissen variëren sterk. Dit komt door de verschillen in populatie, leeftijdsgroep en methode bij de verschillende onderzoeken. Geschat wordt dat zeventien tot 21 procent van de kinderen uit de algemene populatie een angststoornis heeft (Boeting et al., 2002). Deze variatie in prevalentie blijkt tevens uit onderzoek van Anderson (1994). In een overzicht van belangrijke relevante epidemiologische studies, concludeert Anderson dat de prevalentie van een angststoornis bij kinderen uit de non-klinische populatie ongeveer twee tot negen procent is. Gekeken naar de verschillende types angststoornissen, komen zowel separatieangst, gegeneraliseerde angst als de specifieke fobie bij drie procent van de kinderen in de algemene bevolking voor. De prevalentie voor sociale fobie is één tot twee procent van de algemene bevolking (Treffers, 2002).

De prevalentiepercentages van Treffers (2002) verschillen sterk met de resultaten uit onderzoek van Boeting en collega's (2002). Verklaringen hiervoor kunnen zijn dat de onderzoeken waar Treffers (2002) zijn prevalentiegegevens baseert, niet alleen onderzoeken naar kinderen bevatten, maar ook onderzoeken naar adolescenten. Dit betekent dat de gegevens van beide onderzoeken betrekking hebben op verschillende leeftijdsgroepen. Een

andere verklaring voor dit grote verschil kan zijn dat de onderzoeken waar Treffers (2002) zijn gegevens baseert, gebruik hebben gemaakt van de DSM-III en DSM-III-R voor het stellen van de diagnose bij de kinderen. Boeting en collega's (2002) baseren hun schatting voornamelijk op onderzoek waarbij de kinderen gediagnosticeerd zijn aan de hand van de Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS), de Child Behavior Checklist (CBCL) en de DSM-IV. Dit betekent dat de gegevens van beide onderzoeken gebaseerd zijn op de uitkomsten van verschillende classificatie-instrumenten.

Comorbiditeit

Uit onderzoek blijkt dat 50 procent van de kinderen met een separatie- of gegeneraliseerde angststoornis, tevens lijdt aan een andere angststoornis (Craske, 1997). Ook uit onderzoek van Kendall, Brady en Verduin (2001), onder 173 kinderen tussen de acht en dertien jaar, blijkt een grote comorbiditeit tussen de verschillende angststoornissen. Al deze kinderen hebben een DSM-IV classificatie voor separatieangststoornis, gegeneraliseerde angststoornis of sociale fobie. Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat de meerderheid (79 procent) van deze kinderen tenminste twee diagnoses heeft. De diagnoses die het meest samen voorkomen zijn onder andere gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie en separatieangststoornis. De oorzaak van de comorbiditeit tussen de verschillende angststoornissen kan zijn dat aanwezigheid van een angststoornis een risicofactor is voor het ontstaan van andere angststoornissen. Ook kunnen de verschillende angststoornissen een aantal dezelfde symptomen hebben (Landelijk Platform Preventie Depressie en Angst, 2004).

Een andere internaliserende stoornis die vaak gelijktijdig met angststoornissen voorkomt is depressie. Zowel Essau (2003) als Selligman en Ollendick (1998) hebben onderzoek gedaan naar comorbiditeit bij angststoornissen en andere psychische stoornissen. Uit de resultaten blijkt dat comorbiditeit tussen angststoornissen en andere psychische stoornissen groot is. De meeste comorbiditeit bestaat tussen angststoornissen en depressie. Van de kinderen die zowel een angststoornis als een depressie hebben, heeft de meerderheid (72 procent) een angststoornis, voordat ze een depressie ontwikkelen (Essau, 2003). Een deel van de comorbiditeit kan worden verklaard door het feit dat bepaalde symptomen zowel bij angststoornissen als bij depressie voorkomen (Landelijk Platform Preventie Depressie en Angst, 2004).

Verschillende onderzoeken zijn gedaan naar de comorbiditeit tussen externaliserend en internaliserend gedrag. Zo blijkt uit onderzoek van Achenbach (1991) dat kinderen die een hoge mate van externaliserend (agressief, oppositioneel) gedrag vertonen, tevens geneigd zijn

om een hoge mate van internaliserend (angstig, teruggetrokken) gedrag te vertonen. Meer specifiek gekeken naar verschillende stoornissen, blijkt uit cross-sectioneel onderzoek dat de externaliserende stoornis 'aandacht- en concentratiestoornis met hyperactiviteit' (ADHD) vaak samen voorkomt met angststoornissen (Baldwin & Dadds, 2008). Uit zowel cross-sectioneel onderzoek van Garland en Garland (2001), als uit longitudinaal onderzoek van Lavigne en collega's (2001) blijkt dat ook de externaliserende stoornis 'oppositieel-opstandige gedragsstoornis' (ODD) vaak samen voorkomt met internaliserende stoornissen. Dat deze comorbiditeit met internaliserende stoornissen geldt voor zowel ADHD en ODD is niet verwonderlijk aangezien kinderen met deze stoornissen gelijksoortige cognitieve en sociale ontwikkelingsachterstanden en gedragsproblemen vertonen (Szatmari, Boylan, Vaillancourt, & Boyle, 2007).

Internaliserende en externaliserende stoornissen komen voor een deel voort uit dezelfde onderliggende oorzakelijke factoren (Lilienfeld, 2003). Een voorbeeld hiervan is negatieve affectiviteit. Hieronder wordt de mate van 'van streek zijn' verstaan waar onder andere boos, bang en droevig zijn onder vallen. Negatieve affectiviteit beïnvloedt zowel de ontwikkeling van externaliserende stoornissen als internaliserende stoornissen (Baldwin & Dadds, 2008). O'Connor, McGuire, Reiss, Hetherington en Plomin (1998) tonen aan dat het hebben van depressieve symptomen en symptomen van een antisociale gedragsstoornis kan worden verklaard door genetische invloeden en omgevingsinvloeden. Ongeveer 45 procent van het verband tussen depressieve symptomen en symptomen van een antisociale gedragsstoornis kan worden verklaard door gemeenschappelijke genetische invloeden.

Internaliserende klachten bij ouders

Depressieve stoornissen en angststoornissen vormen een belangrijk probleem voor de volksgezondheid (Smit, Bohlmeijer, & Cuijpers, 2003). De belangrijkste symptomen van een depressieve stoornis zijn een langdurige depressieve stemming, een onvermogen om te genieten en een verlies van interesse en plezier. Hierbij ervaart de persoon gevoelens van somberheid, wanhoop en uitzichtloosheid. Andere symptomen zijn een gebrek aan energie, gevoelens van waardeloosheid of onterechte schuld, verstoringen in de psychomotoriek en slaap, eetlust en concentratieproblemen. Bij een depressieve stoornis zijn minimaal vijf van de symptomen het grootste deel van de dag binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig en wijzen deze symptomen op een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren. Tenminste één van de symptomen is of het hebben van een depressieve stemming, of het verliezen van interesse en plezier (American Psychiatric Association [APA], 2000).

Uit epidemiologisch onderzoek naar de prevalentie van angststoornissen in 2003 blijkt dat naar schatting 1.701.000 personen van dertien jaar en ouder in Nederland (558.000 mannen en 1.143.000 vrouwen) lijden aan een angststoornis. Met name fobieën komen vaak voor; ongeveer 1,2 miljoen mensen lijden hieraan. Het percentage mensen (tussen de achttien en 64 jaar) met angststoornissen in Nederland is vergelijkbaar met dat in andere Europese landen (van Balkom, van Duyck, & Schoemaker, 2008). Als gekeken wordt naar de prevalentie van depressieve stoornissen, hebben in 2003 naar schatting 856.000 personen van dertien jaar en ouder in Nederland een depressie. Van deze mensen zijn ongeveer 737.000 personen gediagnosticeerd met een depressieve stoornis, en 317.000 personen met dysthymie, waarbij ongeveer 198.000 mensen voldoen aan de criteria voor beide diagnoses. Ook het percentage mensen met een depressie in Nederland komt overeen met het percentage in andere westerse landen (Spijker & Schoemaker, 2008).

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat er sekseverschillen bestaan in depressie en angst. Zo blijkt uit onderzoek van Angst en collega's (2002) dat depressie veel vaker voorkomt bij vrouwen als bij mannen. Uit onderzoek van Weismann en collega's (1996) blijkt zelfs dat de prevalentie van depressie twee keer zo hoog is bij vrouwen als bij mannen, gekeken. Ook uit onderzoek naar angst blijkt dat vrouwen ongeveer twee keer zo vaak gediagnosticeerd worden met een gegeneraliseerde angststoornis dan mannen (Wittchen, Zhao, Kessler, & Eato, 1994). Tevens blijkt uit onderzoek dat vrouwen hoger scoren op zelfrapportage over angst dan mannen (Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006).

Angst van het kind en internaliserende klachten van de ouder

Onderzoekers tonen veel belangstelling voor het verband tussen ouderlijke geestelijke gezondheid en het welzijn van het kind. Men verwacht dat kinderen van een ouder met een psychische stoornis meer problemen vertonen dan kinderen met twee gezonde ouders. Dit vanwege zowel de erfelijkheid als de verstoring van het gezinsleven bij dergelijke stoornissen (Phares, Duhig, & Watson, 2002). De aanwezigheid van een moeder of vader met een psychische stoornis is gerelateerd aan verstoorte emotionele en sociale ontwikkeling in jonge kinderen, evenals aan een hogere mate van internaliserend gedrag (bijvoorbeeld depressie en bezorgdheid) en externaliserend gedrag (bijvoorbeeld gedragsstoornissen) (Jaffee, Moffitt, Caspi, & Taylor, 2003; Ramchandani, Stein, Evans, & O'Connor, 2005).

Uit verschillende studies blijkt dat angst vaak voorkomt in het gehele gezin, bij zowel de ouders als de kinderen (Biederman, Rosenbaum, Bolduc, Faraone, & Hirshfeld, 1991; Last, Hersen, Kazdin, Orvaschel, & Perrin, 1991). Zo vergelijkt de studie van Turner, Beidel en

Costello (1987) angst in kinderen van patiënten met een angststoornis met angst in kinderen van patiënten met dysthymie, van patiënten zonder een psychische stoornis en van ouders die geen patiënt zijn. Uit de resultaten blijkt dat de kinderen van angstige ouders onder andere angstiger zijn en meer somatische klachten hebben. Bovendien hebben ze zeven keer meer kans om gediagnosticeerd te worden met een angststoornis in vergelijking tot de twee groepen kinderen waarvan de ouders geen psychische stoornis hebben. In vergelijking met de groep met dysthymie hebben ze twee keer meer kans om gediagnosticeerd te worden met een angststoornis. Onderzoeken van Beidel en Turner (1997) en Mancini, Van Ameringen, Szatmari, Fugere en Boyle (1996) bevestigen de resultaten van Turner en collega's (1987). Uit de resultaten van deze onderzoeken kan geconcludeerd worden dat kinderen van ouders met een angststoornis gemiddeld een drie keer zo grote kans hebben om een angststoornis te ontwikkelen in vergelijking met kinderen uit de algemene bevolking. Uit ander onderzoek blijkt dat kinderen van ouders met een angststoornis twee tot zeven keer meer risico lopen om een angststoornis te ontwikkelen dan kinderen van ouders zonder angststoornissen (Gregory & Eley, 2007; McClure, Brennan, Hammen, & Le Brocque, 2001). Uit onderzoek van Merikangas, Avenevoli, Dierker en Grillon (1999) naar kinderen van ouders die beide een angststoornis hebben, blijkt zelfs dat de kans dat deze kinderen een angststoornis ontwikkelen negen maal groter is dan voor kinderen uit de algemene bevolking. Echter, er is ook onderzoek dat deze resultaten tegenspreekt. Manuzza en collega's (2002) hebben eveneens onderzoek gedaan naar de relatie tussen angststoornissen bij kinderen en hun ouders. Uit deze resultaten blijkt dat kinderen van ouders met een angststoornis niet gevoeliger zijn voor angst dan kinderen van ouders zonder angststoornis.

Beidel en Turner (1997) hebben ook onderzoek gedaan naar kinderen van ouders met een depressieve stoornis. Uit de resultaten blijkt dat kinderen van ouders met een depressieve stoornis, net als kinderen van ouders met een angststoornis, gemiddeld een drie keer zo grote kans hebben om een depressieve stoornis te ontwikkelen dan kinderen uit de algemene bevolking. Ander onderzoek toont aan dat kinderen van klinisch depressieve moeders een hoger risico lopen voor het ontwikkelen van niet alleen een depressieve stoornis tijdens de kindertijd, maar ook andere psychologische en gedragsproblemen zoals angst- en gedragsstoornissen (Mowbray et al., 2004; Mufson, Nomura, & Warner, 2002). Uit onderzoek van Mufson, Weisman en Warner (1992) blijkt dat kinderen van ouders met een depressie een kans van 20 tot 30 procent hebben op het krijgen van psychische stoornissen, zoals angststoornissen of depressie. Hierbij zijn kinderen (6-17 jaar oud) van ouders met een primaire depressie en angststoornissen vergeleken met kinderen van ouders met alleen een

depressie of met kinderen uit de controlegroep. Uit de resultaten blijkt dat de kinderen van ouders met een primaire depressie en angststoornissen een verhoogd risico hebben voor zowel een depressie als een angststoornis. Als de ouder zowel een depressie heeft als een paniekstoornis en/of pleinvrees, vergroot dit het risico voor het kind om een depressie of angststoornis te ontwikkelen.

Aan de hand van de verschillende onderzoeken die zijn aangehaald in bovenstaande paragrafen kan geconcludeerd worden dat kinderen van ouders met een angststoornis en/of een depressieve stoornis meer kans hebben om gediagnosticeerd te worden met een angststoornis of een depressieve stoornis, dan kinderen uit de algemene bevolking. Bovendien hebben deze kinderen meer kans op het ontwikkelen van onder andere somatische klachten en andere psychologische en gedragsproblemen.

Interventie

Interventies om angst bij kinderen te verminderen zijn gericht op kinderen of op ouders van angstige kinderen. Uit onderzoek blijkt dat zowel angstige kinderen als hun ouders profijt kunnen hebben van oudergroepstherapie. Kinderen vertonen significante verbeteringen in de mate van angst. De oudergroepstherapie heeft eveneens een grote invloed op het gedrag van de ouder (Thienemann, Moore, & Tompkins, 2006).

In dit onderzoek wordt de Incredible Years oudertraining ingezet als interventie. De interventie is gericht op ouders van kinderen tussen drie en acht jaar oud met antisociale gedragsproblemen. Hieronder vallen de oppositioneel opstandige gedragstoornis (ODD) en conduct disorder (CD) (Reid & Webster-Stratton, 2001). Het programma bestaat uit onderwerpen zoals spel, aanmoediging, negeren, grenzen stellen, en time-out. Naast het leren van cognitieve gedragstherapeutische principes, worden de ouders geholpen om de individuele verschillen van hun kind in temperament, concentratieperiode, behoefte aan aandacht en de mogelijkheid om emoties te reguleren, te begrijpen en accepteren. Ook leren de ouders dat de unieke eigenschappen van hun kind bijzondere opvoedingsbenaderingen nodig hebben. Ouders komen zelf tot nieuwe ideeën en inzichten door een wederkerige relatie die zowel uitgaat van de kennis en sterke punten van de trainer als van de ouders zelf. Het ouderprogramma wordt twee uur in de week gehouden en duurt achttien weken. De groepen bevatten over het algemeen tien tot twaalf ouders (Reid & Webster-Stratton, 2001).

Jonge kinderen die in aanmerking komen voor behandeling van ODD en CD vertonen deze symptomen vaak in verschillende settings en vertonen vaak ook symptomen van internaliserende stoornissen zoals angst of depressie, zoals blijkt uit de onderzoeken die

eerder zijn besproken (Achenbach, 1991; Lilienfeld, 2003; O'Connor et al., 1998). Oudertrainingprogramma's voor behandeling van de agressieve gedragsproblemen van deze kinderen moeten flexibel en uitvoerig genoeg zijn om ook de internaliserende symptomen te behandelen (Reid & Webster-Stratton, 2001). Uit een casestudie van Reid en Webster-Stratton (2001) blijkt dat na inzet van het interventieprogramma Incredible Years zowel het agressieve gedrag als de internaliserende symptomen verminderd zijn.

Huidig onderzoek

Om nader te onderzoeken of na de interventie Incredible Years internaliserende symptomen verminderen, wordt in deze studie onderzoek gedaan naar de angst bij kinderen. Onderscheid wordt gemaakt tussen agressieve kinderen van ouders met en ouders zonder internaliserende problemen. De centrale vraag hierbij is: Is er een verschil in angst bij agressieve kinderen van ouders met internaliserende klachten en agressieve kinderen van ouders zonder internaliserende klachten voor en na de interventie de Incredible Years oudertraining? Vijf deelvragen worden onderzocht: 1) 'Is er een verschil tussen de scores gegeven door de vaders en de moeders in de mate van internaliserende klachten bij de ouders en de mate van angst bij de kinderen op de verschillende meetmomenten?', 2) 'Is er verschil bij de voormeting in de mate van angst bij de kinderen en de mate van internaliserende klachten bij de ouders tussen de interventiegroep en non-interventiegroep?', 3) 'Neemt de mate van zowel angst bij de kinderen als internaliserende klachten bij de ouder af na de interventie voor de interventiegroep en non-interventiegroep?', 4) 'Neemt de mate van zowel angst bij de kinderen van ouders met internaliserende klachten als van de kinderen van ouders zonder internaliserende klachten af na de interventie voor de interventiegroep en non-interventiegroep?' en 5) 'Neemt de mate van zowel angst bij de kinderen van ouders met internaliserende klachten als van de kinderen van ouders zonder internaliserende klachten af over tijd?'.

Verwacht wordt dat er verschil is tussen de scores gegeven door de vaders en de moeders in de mate van internaliserende klachten bij de ouders en de mate van angst bij de kinderen. Verder wordt verwacht dat er geen verschil is in de mate van angst bij de kinderen en de mate van internaliserende klachten bij de ouders tussen de interventiegroep en non-interventiegroep op de voormeting. Aangezien uit de literatuur blijkt dat zowel angstige kinderen als hun ouders profijt kunnen hebben van oudergroepstherapie, wordt verwacht dat zowel de angst bij de kinderen als de internaliserende klachten bij de ouders afgenomen zijn na de interventie bij

de interventiegroep. Bij de non-interventiegroep wordt geen afname verwacht van de angst bij de kinderen en de internaliserende klachten bij de ouder.

Methode

Participanten

De gegevens van het huidige onderzoek zijn afkomstig van het kleuterproject van het UMC Utrecht, waar longitudinaal onderzoek gedaan wordt naar de effectiviteit van de Incredible Years oudertraining in Nederland. De kinderen zijn geworven via de entadministratie van de provincie Utrecht. Er zijn 16002 ouders van vierjarige kinderen benaderd. Deze kinderen zijn geboren in het jaar 2000 (wave 1) en in 2001 (wave 2). Zij werden gevraagd om de Child Behavior Checklist (CBCL) 1 ½ -5 jaar (Achenbach & Rescorla, 2000) in te vullen over hun kind. Hiervan hebben 8632 gezinnen een ingevulde CBCL 1 ½ -5 teruggestuurd. Voor het onderzoek werden de gezinnen van de kinderen die boven het 80^{ste} percentiel scoorden op de agressieschaal van de CBCL 1 ½ -5 geselecteerd. Deze gezinnen zijn verdeeld in een interventiegroep en een non-interventiegroep. Deze verdeling is gemaakt op grond van de plaats waar de gezinnen wonen zodat de interventie in de buurt kon worden aangeboden. Het design van huidig onderzoek is non-randomized quasi-experimental. Beide groepen bestaan uit kinderen met agressief gedrag. Aangezien de kinderen die deelnemen aan dit onderzoek agressief zijn, is gekozen om de interventie Incredible Years te gebruiken in plaats van een interventieprogramma wat zich enkel richt op de angst bij kinderen.

De totale onderzoeksgroep in huidig onderzoek heeft een omvang van 197 kinderen. Van sommige kinderen hebben beide ouders de vragenlijst ingevuld, van 34 kinderen heeft alleen de moeder (N=28) of alleen de vader (N=6) de vragenlijst ingevuld. De kinderen zijn verdeeld over twee groepen, de interventiegroep en de non-interventiegroep. Vervolgens zijn de interventiegroep en de non-interventie groep ook opgedeeld in twee groepen, namelijk een groep met kinderen van ouders met internaliserende klachten (MET I.K.) en een groep met kinderen van ouders zonder internaliserende klachten (ZONDER I.K.). Als een kind tot de groep MET I.K. behoort, heeft minstens één van de ouders (vader of moeder) angstige klachten en/of depressieve klachten. In Tabel 1 zijn de beschrijvende statistieken per groep aangegeven. Hierbij zijn het aantal, de leeftijd, het IQ en sekse aangegeven voor de kinderen en het percentage ouders per opleidingsniveau. Er waren geen verschillen tussen de groepen op de beschrijvende variabelen.

Procedure

De vragenlijsten die voor dit onderzoek zijn gebruikt zijn naar de ouders van de kinderen opgestuurd en beide ouders hebben deze ingevuld. De vragenlijsten zijn op vier meetmomenten ingevuld; voor de interventie, direct na de interventie, één jaar na de interventie en twee jaar na de interventie. Dit geldt voor zowel de interventiegroep als de non-interventiegroep.

Voor de afname van de vragenlijsten is er toestemming gegeven door de ouders en door de Medisch Ethische Toetsingscommissie. Ouders kregen na afloop van ieder meetmoment een financiële vergoeding.

Interventie

De ouders uit de interventiegroep namen deel aan de Incredible Years Basic + Advance videotape modeling oudertraining. Het doel van deze interventie was om positief gedrag te bevorderen en negatief of antisociaal gedrag van het kind te verminderen door het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden van de ouders. De training ging uit van het 'collaborative training model' waarbij empowerment van de ouders een belangrijke rol speelt. Dit betekent dat ouders en trainer op gelijk niveau samenwerken (Webster-Stratton & Hancock, 1998). De oudertraining bestond uit achttien bijeenkomsten van twee uur per sessie, waarvan elf bijeenkomsten onder het Basic programma vielen en zeven onder het Advance programma. Deze bijeenkomsten werden begeleid door twee trainers. De belangrijkste onderwerpen die in het Basic programma aan bod kwamen waren: spelen met het kind, prijzen, motiveren door belonen, het stellen van grenzen en omgaan met ongewenst gedrag (Webster-Stratton, 2001). Het Advance programma was gericht op het oplossen van problemen, omgaan met boosheid, communicatie, omgaan met depressie en het geven en krijgen van steun (Webster-Stratton, 2002). Al deze punten werden besproken en geoefend door middel van het uitwisselen van ervaringen, bekijken van videofragmenten, het doen van rollenspellen en opdrachten om thuis mee te oefenen. Gezinnen uit de non-interventiegroep kregen geen oudertraining aangeboden, maar zij konden wel te allen tijde zelf hulp zoeken. De trainers zijn van te voren getraind in het geven van de cursus. Zij hebben deelgenomen aan een driedaagse workshop, hebben daarnaast supervisie gekregen over twee groepen en zijn gecertificeerd om de oudercursus te geven.

Tabel 1. *Beschrijvende statistieken per groep*

		Interventie	Non-interventie	Interventie met ouders MET I.K.	Interventie met ouders ZONDER I.K.	Non- interventie met ouders MET I.K.	Non- interventie met ouders ZONDER I.K.
N		78	119	49	29	64	55
Kinderen							
Leeftijd	m (sd)	52,90 (2,44)	53,50 (3,12)	52,88 (2,58)	52,93 (2,24)	53,95 (3,30)	52,96 (2,84)
IQ	m (sd)	106,42 (10,72)	108,55 (10,95)	106,15 (11,02)	106,86 (10,38)	108,86 (10,54)	108,18 (11,49)
Jongens	N (%)	54 (69)	58 (49)	34 (69)	20 (69)	32 (50)	26 (47)
Percentage ouders							
Basisonderwijs		1,3	1,7	2,0	0	1,6	1,8
Middelbaar onderwijs		5,1	5,0	6,1	3,4	4,7	5,5
MBO		29,5	30,3	32,7	24,1	32,8	27,3
HBO		35,9	31,9	32,7	41,4	35,9	27,3
WO		26,9	25,2	24,5	31,0	18,8	32,7

Onderzoeksinstrumenten

WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence)

De intelligentie van de kinderen werd gemeten aan de hand van de WPPSI. Dit is een intelligentietest voor kinderen vanaf twee en een half tot zeven jaar. In deze test wordt het intellectuele functioneren van de kinderen gemeten op basis van het verbale en performale IQ. De schatting van het totaal IQ werd in dit onderzoek gebaseerd op vier subtests, te weten woordenschat, blokpatronen, overeenkomsten en onvolledige tekeningen. De correlatie tussen deze vier subtests en het totaal IQ is $r = .92$ (Sattler, 1992).

SCL-90

De SCL-90 is een multidimensionale klachtenlijst gebaseerd op zelfbeoordeling door volwassenen. De lijst wordt gebruikt als screeningsinstrument en wordt ingezet bij de evaluatie van behandelingsresultaten. Het doel is het identificeren van relevante psychologische symptomen bij de ouders van de kinderen (Arrindell et al., 2003). De SCL-90 bestaat uit 90 items verdeeld over acht symptoomdimensies of schalen. In dit onderzoek worden 26 items gebruikt van alleen de schalen Angst (10 items) en Depressie (16 items). De vragen zijn gericht op psychische klachten waarvan de ouder moet aangeven in welke mate hij/zij daar last van heeft gehad in de afgelopen week. Er wordt gemeten op een vijfpuntsschaal variërend van 1 (helemaal niet) tot en met 5 (heel erg). De schaal Angst meet het angstniveau en klachten die duiden op spanning, paniekaanvallen, onheilspellende gedachten en gegeneraliseerde angst. De schaal Depressie meet klachten die duiden op een neerslachtige stemming, onvermogen tot genieten, hopeloosheid, dood en lusteloosheid. Er zijn verschillende normscores waaronder scores voor niet-psychiatrische personen. Deze normscores zijn gebruikt voor het indelen van de verschillende groepen. In huidig onderzoek is de betrouwbaarheid gemeten over alle items van de vragenlijst. Voor de moeder is $\alpha = .94$ en voor de vader $\alpha = .91$. Ook is de betrouwbaarheid gemeten per schaal. Voor de moeder is voor de schaal angst $\alpha = .84$ en voor de schaal depressie $\alpha = .92$. Voor de vader is de betrouwbaarheid voor de schaal angst $\alpha = .77$ en voor de schaal depressie $\alpha = .88$.

In totaal zijn er vier schalen met totaalscores, namelijk *angstklachten moeder*, *angstklachten vader*, *depressieve klachten moeder* en *depressieve klachten vader*. Voor elk van deze schalen is aan de hand van de normscores aangegeven tot welke categorie de score behoort: 1 = Zeer hoog, hoog, boven gemiddeld 2 = Gemiddeld 3 = Beneden gemiddeld, laag, zeer laag. Vervolgens is aangegeven of er sprake is van internaliserende klachten, hierbij moet bij één van vier schalen een 1 gescoord zijn. Hierdoor zijn er twee groepen ontstaan:

groep 1 = een ouder met internaliserende klachten (MET I.K.) en groep 2 = een ouder zonder internaliserende klachten (ZONDER I.K.).

CBQ (Gedragsvragenlijst voor kinderen)

De Children's Behavior Questionnaire (CBQ) is van origine een temperamentschaal, en meet specifiek reactieve en zelfregulatieve temperamentpatronen bij jonge kinderen. De lijst kan worden gebruikt bij kinderen van drie tot zeven jaar (Rothbart, Ahadi, Hershey, & Fisher, 2001). Voor dit onderzoek was het doel angst te meten bij de kinderen. De CBQ bestaat uit 195 items verdeeld over vijftien schalen. In dit onderzoek werd alleen de schaal Fear (13 items) gebruikt. De originele CBQ laadt op drie factoren, extraversion/surgency; negative affectivity (waar Fear toe behoort) en effortful control. De CBQ meet op een zeven-punts Likertschaal, variërend van 1 (helemaal niet van toepassing) tot en met 7 (volledig van toepassing). Ook kunnen de ouders aangeven dat ze het kind nooit in die situatie hebben gezien. De interne consistentie is gemeten over alle vijftien schalen en deze is goed ($\alpha = .80$) (Ahadi, Rothbart, & Ye, 1993; Kochanska, DeVet, Goldman, Murray, & Putnam, 1994). Bij vier- en vijfjarigen is er voor de schaal Fear een interne consistentie gevonden van $\alpha = .70$ (Rothbart et al., 2001). Ouders komen redelijk overeen wanneer zij beide de lijst invullen. Voor Fear is de correlatie tussen beide ouders $r = .44$ (Rothbart et al., 2001). In huidig onderzoek is de betrouwbaarheid gemeten over de schaal Fear. Deze is voor de moeder $\alpha = .67$ en voor de vader $\alpha = .68$.

In totaal zijn er twee schalen met totaalscores, namelijk *angst kind* ingevuld door moeder en *angst kind* ingevuld voor vader. De scores van deze schalen zijn ingedeeld in twee groepen: groep 1 = een ouder met internaliserende klachten (MET I.K.) en groep 2 = een ouder zonder internaliserende klachten (ZONDER I.K.) Vervolgens zijn beide groepen onderverdeeld in de interventiegroep en de non-interventiegroep.

Data-analyse

Bij de analyses is gebruik gemaakt van SPSS 15. Na invoering van de data is een controle uitgevoerd voor extreme waarden en missende waarden. Wanneer bij de CBQ is aangegeven dat de ouder het kind nooit in die situatie heeft gezien, wordt dit meegenomen als een missende waarde. Bij de missende waarden is de ruwe score aangevuld tot een 100 % - score, wanneer er minder dan 25 % van het totaal aantal items miste. Dit is gedaan aan de hand van vijf stappen (zie bijlage 1). Wanneer een score een afwijking had van drie standaarddeviaties of meer, is deze niet meegenomen bij de analyses. In Tabel 2 zijn het aantal missende

waarden weergegeven per meetmoment voor zowel de SCL-90 als de CBQ. Bij de voormeting zijn het aantal respondenten weergegeven. Uit deze tabel blijkt dat meer missende waarden zijn bij de vaders dan bij de moeders en meer missende waarden bij de follow-upmetingen dan bij de nameting.

Tabel 2. *Missende waarden per meetmoment voor de SCL-90 en CBQ*

Meetmoment	SCL-90				CBQ	
	Angst moeder	Angst vader	Depressie moeder	Depressie vader	Angst kind door moeder	Angst kind door vader
	Aantal respondenten					
Voormeting	185	167	185	167	184	139
	Missende waarden					
Nameting	10	30	12	30	22	31
Follow-up 1	18	42	18	43	22	30
Follow-up 2	26	43	24	43	26	32

Allereerst is de betrouwbaarheid van de vragenlijsten CBQ en SCL-90 gemeten door middel van Cronbach's Alpha. Daarna is het verschil in de mate van internaliserende klachten bij de ouders en de mate van angst bij de kinderen in de interventiegroep en de non-interventiegroep op de voormeting gemeten door middel van een t-toets voor niet-gekoppelde steekproeven (Independent-Samples t-Test). Vervolgens is het verloop van angst bij kinderen en het verloop van internaliserende klachten bij de ouders in de interventiegroep en non-interventiegroep gemeten met een Repeated Measures ANOVA.

Resultaten

1) Verschil in scores tussen moeders en vaders op de CBQ en SCL-90

Om het verschil in angst bij de kinderen gegeven door de vaders en de moeders op de verschillende meetmomenten te onderzoeken, is een Paired Samples T-test uitgevoerd. Bij geen van de vier meetmomenten is er een significant verschil tussen de scores die de moeders geven en de scores die de vaders geven (zie Tabel 3).

Vervolgens is een Paired Samples T-test uitgevoerd om het verschil in scores gegeven door de vaders en de moeders op de SCL-90 op de verschillende meetmomenten te onderzoeken. Op alle vier de meetmomenten is een significant verschil tussen de scores van de moeders en van de vaders. De moeders rapporteren meer internaliserende klachten dan de vaders. Dit geldt voor zowel de scores op angst als voor de scores op depressie (zie Tabel 3).

Deze resultaten hebben tot gevolg dat in verdere analyses de gegevens van de vaders en de moeders apart worden geanalyseerd.

Tabel 3. *Beschrijvende statistieken voor het verschil in scores op de CBQ en de SCL-90, voor zowel depressie als angst, gegeven door de vaders en de moeders over de vier meetmomenten*

Meetmoment	Moeders		Vaders		<i>t</i> (df)	<i>p</i>
	M	SD	M	SD		
	CBQ					
Voormeting	50.86	11.02	50.26	10.88	1.70 (136)	.09
Nameting	39.63	11.54	39.76	11.36	-0.13 (127)	.90
Follow-up 1	38.74	11.67	37.87	11.46	0.97 (128)	.34
Follow-up 2	38.13	12.23	36.70	11.28	1.59 (127)	.11
	SCL-90 angst					
Voormeting	13.87	3.75	12.30	2.47	5.00 (157)	< .0005
Nameting	13.67	3.08	11.68	2.02	6.27 (139)	< .0005
Follow-up 1	13.06	3.01	11.67	1.90	5.10 (127)	< .0005
Follow-up 2	12.50	2.96	11.70	2.18	2.64 (122)	0.01
	SCL-90 depressie					
Voormeting	25.01	7.87	20.56	5.07	6.89 (157)	< .0005
Nameting	23.71	5.94	19.51	4.19	7.87 (138)	< .0005
Follow-up 1	22.67	6.49	18.74	3.39	6.98 (125)	< .0005
Follow-up 2	21.71	5.41	19.47	4.79	4.10 (124)	< .0005

2) *Verschillen bij de voormeting tussen de interventiegroep en de non-interventiegroep*

Om het verschil in de mate van internaliserende klachten bij de ouders tussen de interventiegroep en de non-interventiegroep op de voormeting te onderzoeken, is een Independent-Samples T-test uitgevoerd. Deze is uitgevoerd voor zowel de vaders als de moeders en voor zowel de score op *angstklachten* als de score op *depressieve klachten*. Er is geen significant verschil gevonden in de scores op *angstklachten* bij moeders tussen de interventiegroep ($M = 13.86$, $SD = 3.48$) en non-interventiegroep, $M = 13.83$, $SD = 3.91$; $t(183) = 0.05$, $p = .96$ (two-tailed). Ook is geen significant verschil gevonden in de scores op *angstklachten* bij vaders tussen de interventiegroep ($M = 12.77$, $SD = 2.78$) en non-interventiegroep, $M = 12.16$, $SD = 2.40$; $t(119.03) = 1.45$, $p = .15$ (two-tailed). Verder is geen significant verschil gevonden in de scores op *depressieve klachten* bij moeders tussen de interventiegroep ($M = 25.13$, $SD = 7.37$) en non-interventiegroep, $M = 24.72$, $SD = 7.82$; $t(183) = 0.35$, $p = .73$ (two-tailed). Tevens is geen significant verschil gevonden in de scores op *depressieve klachten* bij vaders tussen de interventiegroep ($M = 21.17$, $SD = 5.35$) en non-interventiegroep, $M = 20.45$, $SD = 5.27$; $t(165) = 0.86$, $p = .39$ (two-tailed).

Vervolgens is een Independent-Samples T-test uitgevoerd om het verschil in de mate van *angst* bij de kinderen, gerapporteerd door zowel de vaders als de moeders, tussen de interventiegroep en de non-interventiegroep op de voormeting te onderzoeken. Er is geen significant verschil gevonden in de scores op *angst* bij de kinderen gerapporteerd door de moeders tussen de interventiegroep ($M = 50.58, SD = 11.77$) en de non-interventiegroep, $M = 50.00, SD = 10.80; t(182) = 0.34, p = .73$ (two-tailed). Ook is geen significant verschil gevonden in de scores op *angst* bij de kinderen gerapporteerd door de vaders tussen de interventiegroep ($M = 51.41, SD = 10.76$) en de non-interventiegroep, $M = 49.36, SD = 10.93; t(137) = 1.09, p = .28$ (two-tailed).

Geconcludeerd kan worden dat voor zowel de mate van angst bij de kinderen als voor de mate van internaliserende klachten bij de ouders er geen verschillen zijn op de voormeting tussen de interventiegroep en de non-interventiegroep. Dit betekent dat de groepen goed met elkaar te vergelijken zijn.

3a) Verschillen tussen de interventiegroep en de non-interventiegroep in het verloop van internaliserende klachten over tijd

Om het verloop van de mate van internaliserende klachten bij de vaders en de moeders in de interventiegroep en non-interventiegroep over de vier meetmomenten (voormeting, nameting, follow-up 1 en follow-up 2) te onderzoeken, is een Mixed between-within Repeated Measures ANOVA uitgevoerd.

Er is geen significant verschil tussen de twee groepen over tijd voor de *angstklachten* bij de moeders, Wilks Lambda = .98, $F(3, 152) = 1.26, p = .29$. Wel is een hoofdeffect voor meetmoment gevonden, Wilks Lambda = .86, $F(3, 152) = 7.99, p < .0005$, waarbij beide groepen een afname van *angstklachten* laten zien gekeken naar voormeting en de twee follow-upmetingen (zie Tabel 4). Het hoofdeffect voor de twee groepen is niet significant, $F(1, 154) = 0.08, p = .78, d = 0.21$, wat suggereert dat de interventie geen effect heeft op het verloop van de mate van *angstklachten* van de moeders (zie Tabel 4).

Er is geen significant verschil tussen de twee groepen over tijd voor de *angstklachten* bij de vaders, Wilks Lambda = .97, $F(3, 106) = 0.96, p = .42$. Wel is een hoofdeffect voor meetmoment gevonden, Wilks Lambda = .91, $F(3, 106) = 3.43, p = .02$, waarbij beide groepen een afname van *angstklachten* laten zien over alle vier de meetmomenten (zie Tabel 4). Het hoofdeffect voor de twee groepen is niet significant, $F(1, 108) = 1.48, p = .23, d = 0.29$, wat suggereert dat de interventie geen effect heeft op het verloop van de mate van *angstklachten* van de vaders (zie Tabel 4).

Er is geen significant verschil tussen de twee groepen over tijd voor *depressieve klachten* bij de moeders, Wilks Lambda = .99, $F(3, 155) = 0.61$, $p = .61$. Wel is een hoofdeffect voor meetmoment gevonden, Wilks Lambda = .86, $F(3, 155) = 8.26$, $p < .0005$, waarbij beide groepen een afname van *depressieve klachten* laten zien over alle vier de meetmomenten (zie Tabel 4). Het hoofdeffect voor de twee groepen is niet significant, $F(1, 157) = 0.15$, $p = .70$, $d = 0.08$, wat suggereert dat de interventie geen effect heeft op het verloop van de mate van *depressieve klachten* van de moeders (zie Tabel 4).

Er is geen significant verschil tussen de twee groepen over tijd voor *depressieve klachten* bij de vaders, Wilks Lambda = .99, $F(3, 108) = 0.25$, $p = .86$. Wel is een hoofdeffect voor meetmoment gevonden, Wilks Lambda = .86, $F(3, 108) = 6.01$, $p = .001$, waarbij beide groepen een afname van *depressieve klachten* laten zien over drie meetmomenten. Alleen bij de tweede follow-upmeting is de mate van *depressieve klachten* weer iets gestegen (zie Tabel 4). Het hoofdeffect voor de twee groepen is niet significant, $F(1, 110) = 1.60$, $p = .21$, $d = 0.13$, wat suggereert dat de interventie geen effect heeft op het verloop van de mate van *depressieve klachten* van de vaders (zie Tabel 4).

Kortom, de interventie heeft geen effect op het verloop van de mate van internaliserende klachten van de ouders.

Tabel 4. *Beschrijvende statistieken per groep over de vier meetmomenten voor angst en depressie van de moeders en de vaders*

Meetmoment	Interventiegroep			Non-interventiegroep		
	n	M	SD	n	M	SD
Angstklachten moeders						
Voormeting	62	13.69	3.45	94	13.41	3.56
Nameting	62	13.71	3.12	94	13.44	3.00
Follow-up 1	62	13.18	2.87	94	12.84	3.04
Follow-up 2	62	12.34	2.57	94	12.79	2.98
Angstklachten vaders						
Voormeting	46	12.61	2.77	64	11.80	1.78
Nameting	46	11.91	2.28	64	11.58	1.86
Follow-up 1	46	11.67	1.93	64	11.56	1.83
Follow-up 2	46	11.61	2.01	64	11.45	1.67
Depressieve klachten moeders						
Voormeting	63	24.56	6.34	96	24.33	7.55
Nameting	63	24.11	4.90	96	23.19	6.21
Follow-up 1	63	23.02	5.79	96	22.61	6.56
Follow-up 2	63	21.97	5.42	96	22.28	6.05
Depressieve klachten vaders						
Voormeting	46	21.09	5.51	66	20.00	4.76
Nameting	46	20.00	4.52	66	18.95	3.70
Follow-up 1	46	18.98	3.19	66	18.48	3.42
Follow-up 2	46	19.11	4.03	66	18.64	3.72

3b) Verschillen tussen de interventiegroep en de non-interventiegroep in het verloop van angst over tijd

Er is een Mixed between-within Repeated Measures ANOVA uitgevoerd om het verloop van de mate van angst bij de kinderen, gerapporteerd door zowel de vaders als de moeders, in de interventiegroep en non-interventiegroep over de vier meetmomenten (voormeting, nameting, follow-up 1 en follow-up 2) te onderzoeken.

Er is geen significant verschil tussen de twee groepen over tijd voor *angst* bij de kinderen gerapporteerd door de moeders, Wilks Lambda = .98, $F(3, 142) = 5.56$, $p = .40$. Wel is een hoofdeffect voor meetmoment gevonden, Wilks Lambda = .63, $F(3, 142) = 27.43$, $p < .0005$, waarbij de interventiegroep een afname van *angst* bij de kinderen laat zien over voormeting en nameting en over voormeting en de twee follow-upmetingen. De non-interventiegroep laat een afname van *angst* bij de kinderen laat zien over alle vier de meetmomenten (zie Tabel 5). Het hoofdeffect voor de twee groepen is niet significant, $F(1, 144) = 0.19$, $p = .66$, $d = -0.10$, wat suggereert dat de interventie geen effect heeft op het verloop van de mate van *angst* bij de kinderen gerapporteerd door de moeders (zie Tabel 5).

Er is geen significant verschil tussen de twee groepen over tijd voor *angst* bij de kinderen gerapporteerd door de vaders, Wilks Lambda = .93, $F(3, 92) = 2.27$, $p = .09$. Wel is een hoofdeffect voor meetmoment gevonden, Wilks Lambda = .54, $F(3, 92) = 25.66$, $p < .0005$, waarbij de interventiegroep een afname van *angst* bij de kinderen laat zien gekeken naar voormeting, nameting en de tweede follow-upmeting en de non-interventiegroep een afname van *angst* bij de kinderen laat zien over alle vier de meetmomenten (zie Tabel 5). Het hoofdeffect voor de twee groepen is niet significant, $F(1, 94) = 1.62$, $p = .21$, $d = 0.02$, wat suggereert dat de interventie geen effect heeft op het verloop van de mate van *angst* bij de kinderen gerapporteerd door de vaders (zie Tabel 5).

Kortom, de interventie heeft geen effect op het verloop van de mate van angst bij de kinderen.

Tabel 5. Beschrijvende statistieken per groep over de vier meetmomenten voor de mate van angst bij de kinderen gerapporteerd door de moeders en de vaders

Meetmoment	Interventiegroep			Non-interventiegroep		
	n	M	SD	n	M	SD
			Moeders			
Voormeting	62	50.63	12.02	84	50.56	11.03
Nameting	62	39.90	10.85	84	40.32	12.20
Follow-up 1	62	40.92	11.31	84	39.07	12.60
Follow-up 2	62	40.10	12.60	84	38.89	12.27
			Vaders			
Voormeting	40	52.10	10.04	56	49.14	11.15
Nameting	40	40.08	9.84	56	40.57	12.45
Follow-up 1	40	40.88	9.89	56	36.89	12.78
Follow-up 2	40	39.30	10.86	56	36.68	11.57

4) Verschillen tussen interventiegroep en non-interventiegroep in het verloop van angst bij kinderen van ouders met en zonder internaliserende klachten

Er is een Mixed between-within Repeated Measures ANOVA uitgevoerd om het verloop van de mate van angst bij de kinderen van ouders met en ouders zonder internaliserende klachten, gerapporteerd door zowel de vaders als de moeders, in de interventiegroep en non-interventiegroep over de vier meetmomenten (voormeting, nameting, follow-up 1 en follow-up 2) te onderzoeken. De centrale vraag hierbij is: verschilt het interventie-effect tussen ouders met en ouders zonder internaliserende klachten?

Moeders

Er is geen significant verschil tussen de vier groepen over tijd voor de *angst* bij de kinderen gerapporteerd door de moeders, Wilks Lambda = .91, $F(9, 340.87) = 1.52$, $p = .14$, partial eta squared = .03. Wel is een hoofdeffect voor meetmoment gevonden, Wilks Lambda = .64, $F(3, 140) = 25.79$, $p < .0005$, partial eta squared = .36. De interventiegroep met ouders MET I.K. laat een afname van *angst* bij de kinderen zien tussen voormeting en nameting, tussen voormeting en de eerste follow-upmeting en tussen voormeting en de tweede follow-upmeting. De interventiegroep met ouders ZONDER I.K. laat een afname van *angst* bij de kinderen zien tussen voormeting en nameting, tussen voormeting en de eerste follow-upmeting, tussen voormeting en de tweede follow-upmeting, tussen nameting en de tweede follow-upmeting en tussen de eerste follow-upmeting en de tweede follow-upmeting. De non-interventiegroep met ouders MET I.K. laat een afname van *angst* bij de kinderen zien over alle vier de meetmomenten. De non-interventiegroep met ouders ZONDER I.K. laat een afname van *angst* bij de kinderen zien gekeken naar voormeting en nameting, tussen

voormeting en de eerste follow-upmeting, tussen voormeting en de tweede follow-upmeting en tussen nameting en de eerste follow-upmeting (zie Tabel 6). Het hoofdeffect voor de vier groepen is niet significant, $F(3, 142) = 2.35$, $p = .08$, partial eta squared = .05, wat suggereert dat de interventie en de aanwezigheid van internaliserende klachten bij de ouders geen effect hebben op het verloop van de mate van *angst* bij de kinderen gerapporteerd door de moeders (zie Tabel 6).

Vaders

Er is geen significant verschil tussen de vier groepen over tijd voor de *angst* bij de kinderen gerapporteerd door de vaders, Wilks Lambda = .91, $F(9, 219.19) = 0.94$, $p = .49$, partial eta squared = .03. Wel is een hoofdeffect voor meetmoment gevonden, Wilks Lambda = .55, $F(3, 90) = 24.82$, $p < .0005$, partial eta squared = .45. De interventiegroep met ouders MET I.K. laat een afname van *angst* bij de kinderen zien tussen voormeting en nameting, tussen voormeting en de eerste follow-upmeting, tussen voormeting en de tweede follow-upmeting en tussen de eerste follow-upmeting en de tweede follow-upmeting. De interventiegroep met ouders ZONDER I.K. laat een afname van *angst* bij de kinderen zien over alle vier de meetmomenten, waarbij de mate van *angst* bij de nameting en de eerste follow-upmeting gelijk is. De non-interventiegroep met ouders MET I.K. laat een afname van *angst* bij de kinderen zien over alle vier de meetmomenten. De non-interventiegroep met ouders ZONDER I.K. laat een afname van *angst* bij de kinderen zien tussen voormeting en nameting, tussen voormeting en de eerste follow-upmeting, tussen voormeting en de tweede follow-upmeting, tussen nameting en de eerste follow-upmeting en tussen nameting en de tweede follow-upmeting (zie Tabel 6). Het hoofdeffect voor de vier groepen is niet significant, $F(3, 92) = 2.63$, $p = .06$, partial eta squared = .08, wat suggereert dat de interventie en de aanwezigheid van internaliserende klachten bij de ouders geen effect hebben op het verloop van de mate van *angst* bij de kinderen gerapporteerd door de vaders (zie Tabel 6).

Samenvattend blijkt dat de combinatie van de internaliserende klachten van de ouders en de interventie geen effect hebben op het verloop van de mate van angst bij de kinderen als deze zowel door de vaders als door de moeders gerapporteerd worden.

Tabel 6. Beschrijvende statistieken per groep over de vier meetmomenten voor de mate van angst bij de kinderen gerapporteerd door de moeders en de vaders

Meetmoment	Interventiegroep met ouders MET I.K.			Interventiegroep met ouders ZONDER I.K.			Non-interventie groep met ouders MET I.K.			Non-interventie groep met ouders ZONDER I.K.		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
moeders												
Voormeting	37	53.49	12.52	25	46.40	10.06	44	52.27	9.64	40	48.68	12.23
Nameting	37	41.32	11.06	25	37.80	10.38	44	41.77	12.96	40	38.73	11.26
Follow-up 1	37	42.00	12.24	25	39.32	9.80	44	40.86	12.35	40	37.10	12.73
Follow-up 2	37	43.30	12.47	25	35.36	11.44	44	38.98	11.92	40	38.80	12.79
Vaders												
Voormeting	22	55.14	8.97	18	48.39	10.26	27	50.30	9.44	29	48.07	12.60
Nameting	22	41.18	9.66	18	38.72	10.17	27	42.96	13.03	29	38.34	11.66
Follow-up 1	22	42.64	9.13	18	38.72	10.61	27	39.44	14.11	29	34.52	11.13
Follow-up 2	22	41.82	10.23	18	36.22	11.09	27	38.85	12.81	29	34.66	10.09

5) Verschillen tussen kinderen van ouders met en zonder internaliserende klachten in het verloop van angst

Aangezien uit eerdere analyses blijkt dat er geen verschil is in het verloop van angst bij de kinderen tussen de vier groepen, is het geoorloofd om in verdere analyses geen onderscheid gemaakt tussen interventiegroep en non-interventiegroep. Dit wordt gedaan omdat hierdoor grotere groepen ontstaan, waardoor de power groter wordt.

Om het verloop van de mate van angst bij de kinderen, gerapporteerd door zowel de vaders als de moeders, van ouders met en ouders zonder internaliserende klachten over de vier meetmomenten (voormeting, nameting, follow-up 1 en follow-up 2) te onderzoeken, is een Mixed between-within Repeated Measures ANOVA uitgevoerd.

Moeders

Er is geen significant verschil tussen de twee groepen over tijd voor de angst bij de kinderen gerapporteerd door de moeders, Wilks Lambda = .996, $F(3, 142) = 0.20$, $p = .90$. Wel is een hoofdeffect voor meetmoment gevonden, Wilks Lambda = .63, $F(3, 142) = 27.65$, $p < .0005$, waarbij zowel de groep met ouders MET I.K. als de groep met ouders ZONDER I.K. een afname van angst bij de kinderen laten zien over alle vier de meetmomenten (zie Tabel 7). Het hoofdeffect voor de twee groepen is eveneens significant, $F(1, 144) = 6.28$, $p = .01$. Het effect van de twee hoofdeffecten is klein, $d = 0.10$. Dit suggereert dat de internaliserende klachten van de ouders een klein effect hebben op het verloop van de mate van angst bij de kinderen gerapporteerd door de moeders. De afname van angst bij de kinderen is iets groter bij de groep met ouders MET I.K. dan bij de groep met ouders ZONDER I.K.

Vaders

Er is geen significant verschil tussen de twee groepen over tijd voor de *angst* bij de kinderen gerapporteerd door de vaders, Wilks Lambda = .995, $F(3, 92) = 0.14$, $p = .94$. Wel is een hoofdeffect voor meetmoment gevonden, Wilks Lambda = .54, $F(3, 92) = 26.42$, $p < .0005$, waarbij zowel de groep met ouders MET I.K. als de groep met ouders ZONDER I.K. een afname van *angst* bij de kinderen laten zien over alle vier de meetmomenten (zie Tabel 7). Het hoofdeffect voor de twee groepen is eveneens significant, $F(1, 94) = 6.62$, $p = .01$. Het effect van de twee hoofdeffecten is klein, $d = -0.05$. Dit suggereert dat de internaliserende klachten van de ouders een klein effect hebben op het verloop van de mate van *angst* bij de kinderen gerapporteerd door de vaders. De afname van angst bij de kinderen is iets groter bij de groep met ouders ZONDER I.K. dan bij de groep met ouders MET I.K.

Samenvattend blijkt dat de internaliserende klachten van de ouders een klein effect hebben op het verloop van de mate van angst bij de kinderen, zowel als die door de vaders als door de moeders gerapporteerd worden.

Tabel 7. Beschrijvende statistieken per groep over de vier meetmomenten voor de mate van angst bij de kinderen gerapporteerd door de moeders en de vaders

Meetmoment	Ouders MET I.K.			Ouders ZONDER I.K.		
	n	M	SD	n	M	SD
			Moeders			
Voormeting	81	52.83	10.99	65	47.80	11.42
Nameting	81	41.57	12.06	65	38.37	10.86
Follow-up 1	81	41.38	12.24	65	37.95	11.66
Follow-up 2	81	40.95	12.29	65	37.48	12.31
			Vaders			
Voormeting	49	52.47	9.46	47	48.19	11.64
Nameting	49	42.16	11.56	47	38.49	11.00
Follow-up 1	49	40.88	12.12	47	36.13	11.01
Follow-up 2	49	40.18	11.70	47	35.26	10.39

Discussie

Huidig onderzoek is uitgevoerd om nader te onderzoeken of er een verschil is in angst bij agressieve kinderen van ouders met internaliserende klachten en agressieve kinderen van ouders zonder internaliserende klachten voor en na de interventie de Incredible Years oudertraining.

Allereerst werd verwacht dat er significante verschillen gevonden zouden worden tussen vaders en moeders op zowel de internaliserende klachten bij de ouders als de angst bij de

kinderen. Gekeken naar de angst bij de kinderen, zijn er geen significante verschillen gevonden tussen de scores gegeven door de moeders en de scores gegeven door de vaders. Gekeken naar de internaliserende klachten van de ouders, blijkt echter dat moeders hoger scoren op angstklachten en depressieve klachten dan vaders. Dit betekent dat ouders hun kind niet significant verschillend beoordelen, maar zelf wel verschillen in internaliserende klachten. Dit komt overeen met ander onderzoek waaruit blijkt dat de prevalentie van depressie twee keer zo hoog is bij vrouwen als bij mannen (Weismann et al., 1996). Tevens blijkt uit ander onderzoek dat vrouwen hoger scoren op zelfrapportage over angst dan mannen (Spitzer et al., 2006).

Met betrekking tot de mate van internaliserende klachten bij de ouders en de mate van angst bij de kinderen werd verwacht dat er geen verschillen gevonden zouden worden tussen de interventiegroep en de non-interventiegroep op de voormeting. Zowel de vaders als de moeders uit de interventiegroep en de non-interventiegroep blijken niet te verschillen op de voormeting. Ook voor de mate van angst bij de kinderen zijn voor zowel de scores gegeven door de moeders als door de vaders geen significante verschillen gevonden op de voormeting tussen de interventiegroep en de non-interventiegroep. Doordat er geen verschillen waren op de voormeting waren de twee groepen goed met elkaar te vergelijken.

Met betrekking tot de internaliserende klachten van de ouders werd verwacht dat zowel de klachten van de moeders als van de vaders significant zouden afnemen na de interventie voor de interventiegroep, maar dat de internaliserende klachten bij de moeders en de vaders in de non-interventiegroep gelijk zouden blijven. Uit de resultaten blijkt dat de interventie geen effect lijkt te hebben op het verloop van de mate van angstklachten en depressieve klachten van zowel de vaders als de moeders. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de interventie die gebruikt is bij dit onderzoek niet gericht is op het verminderen van internaliserende klachten van de ouders. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat er een samenhang is tussen de internaliserende klachten van de ouders en de angst bij kinderen (Gregory & Eley, 2007; McClure et al., 2001; Mowbray et al., 2004; Mufson et al., 2002; Ramchandani et al., 2005). Dit hoeft echter niet te betekenen dat een interventie gericht op de klachten bij kinderen ook invloed heeft op de klachten van ouders. Een andere verklaring voor het ontbreken van effecten van de interventie op internaliserende klachten bij de ouders kan zijn dat uit de analyses blijkt dat de interventie geen effect heeft op de angst bij de kinderen. Dit kan tot gevolg hebben dat hierdoor de angstklachten en depressieve klachten bij de ouders ook niet zijn verminderd. Uit onderzoek van Bögels en Brechman-Toussaint (2006) blijkt namelijk dat de angststoornis van kinderen van invloed is op de angst van ouders.

Ook werd verwacht dat de angst bij de kinderen gerapporteerd door zowel de vaders als de moeders significant zou afnemen na de interventie in de interventiegroep, maar dat de angst bij de kinderen in de non-interventiegroep gelijk zou blijven. Uit de resultaten blijkt dat de interventie geen effect lijkt te hebben op het verloop van de mate van angst van de kinderen bij zowel de gerapporteerde scores van de moeders als van de vaders. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de Incredible Years oudertraining die bij dit onderzoek is gebruikt niet specifiek bedoeld is voor kinderen met angst. Uit verschillende onderzoeken (Achenbach, 1991; Baldwin & Dadds, 2008; Lavigne et al., 2001) blijkt dat kinderen die een hoge mate van externaliserend gedrag vertonen, tevens geneigd zijn om een hoge mate van internaliserend gedrag te vertonen en dat deze stoornissen voor een deel voortkomen uit dezelfde onderliggende oorzakelijke factoren (Lilienfeld, 2003). Dit hoeft echter niet te betekenen dat een interventie gericht op agressie bij kinderen ook invloed heeft op de angst bij kinderen. Verder komen de resultaten niet overeen met de casestudie van Reid en Webster-Stratton (2001) waaruit blijkt dat na inzet van het interventieprogramma Incredible Years zowel het agressieve gedrag als de internaliserende symptomen van de kinderen verminderd zijn. Uit onderzoek naar het verloop van temperament bij kinderen blijkt dat bij een normale ontwikkeling kinderen die tijdens vroege kindertijd angst vertonen, in de late kindertijd een hogere mate van angst vertonen (Aksan et al., 1999; Komsı et al., 2006). Dit kan betekenen dat de interventie in huidig onderzoek misschien wel effect heeft gehad op het verloop van de mate van angst bij de kinderen, omdat ook geen significante stijging van de mate van angst is gevonden. Wel moet hier bij vermeld worden dat bij de onderzoeken van Aksan en collega's (1999) en Komsı en collega's (2006) sprake was van een normale populatie, terwijl de kinderen in huidig onderzoek een hoge mate van agressie vertoonden. Een andere verklaring voor het ontbreken van effecten van de interventie op angst bij de kinderen kan zijn dat de power van huidig onderzoek niet groot genoeg is, waardoor er geen sprake is van een significante daling van de mate van angst in de interventiegroep.

Met betrekking tot de angst bij kinderen werd verwacht dat de angst bij kinderen uit de interventiegroep significant zou afnemen na de interventie voor zowel de kinderen van ouders met internaliserende klachten als de kinderen van ouders zonder internaliserende klachten. Verder werd verwacht dat bij de kinderen uit de non-interventiegroep de mate van angst gelijk zou blijven voor zowel de kinderen van ouders met internaliserende klachten als de kinderen van ouders zonder internaliserende klachten. Uit de resultaten blijkt dat de combinatie van interventie en de aanwezigheid van internaliserende klachten bij de ouders geen effect lijkt te hebben op het verloop van de mate van angst bij de kinderen bij zowel de gerapporteerde

scores van de moeders als van de vaders. Een verklaring hiervoor kan zijn dat, doordat de respondenten zijn verdeeld over vier groepen, de power van huidig onderzoek niet groot genoeg is.

Tenslotte werd verwacht dat de angst bij kinderen van ouders met internaliserende klachten significant hoger zou zijn dan bij de kinderen van ouders zonder internaliserende klachten voor alle vier de meetmomenten. Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat de internaliserende klachten van de ouders een klein effect hebben op het verloop van de mate van angst bij de kinderen bij zowel de gerapporteerde scores van de moeders als van de vaders. Dit komt overeen met ander onderzoek waaruit blijkt dat de aanwezigheid van een moeder of vader met een psychische stoornis, zoals een angststoornis of depressie, is gerelateerd aan een hogere mate van internaliserend gedrag bij jonge kinderen (Ramchandani et al., 2005). Uit meerdere onderzoeken blijkt dat angst vaak voorkomt in het gehele gezin, bij zowel de ouders als de kinderen (Biederman et al., 1991; Last et al., 1991). Ook als gekeken wordt naar depressie blijkt uit andere onderzoeken dat kinderen van depressieve moeders een hoger risico lopen voor het ontwikkelen van niet alleen een depressieve stoornis tijdens de kindertijd, maar ook andere psychologische en gedragsproblemen zoals angst- en gedragsstoornissen (Mowbray et al., 2004; Mufson et al., 2002). Een verklaring voor deze resultaten kan zijn dat een kind dat wordt opgevoed door een ouder met internaliserende klachten enkel een model van voorzichtigheid en angstigheid geboden wordt, waardoor het meer ontvankelijk is voor het ontwikkelen van een angststoornis (Biederman et al., 1991). Het kind leert dan alleen om op een voorzichtige en angstige manier met situaties om te gaan. Een andere verklaring hiervoor kan zijn dat er sprake is van interactie tussen het temperament van een kind en de omgeving waarin het kind opgroeit. En het is deze interactie die de directe aanleiding kan zijn voor de ontwikkeling van psychische stoornissen. Ook is er sprake van interactie tussen het temperament en de omgeving en een genetische aanleg voor het ontwikkelen van deze stoornissen. Dit betekent dat een kind meer kans heeft om dezelfde stoornis te ontwikkelen die zijn ouder heeft (Mufson et al., 2002). Dit komt overeen met onderzoek waaruit blijkt dat angst- en depressieve stoornissen erfelijk zijn. (Phares et al., 2002). Een laatste verklaring voor het effect van internaliserende klachten van de ouders op het verloop van de mate van angst bij de kinderen kan zijn dat ouders met internaliserende klachten het gedrag van hun kind negatiever kunnen zien dan dat het in werkelijkheid is. Hierdoor kunnen de scores die zij invullen bij de vragenlijsten over de angst van het kind hoger zijn dan dat ze in werkelijkheid zijn.

Huidig onderzoek heeft een aantal sterke en zwakke punten. Een sterk punt is dat huidig onderzoek één van de eerste onderzoeken is naar het effect van de Incredible Years oudertraining op het verloop van de mate van angst bij kinderen en het verloop van de mate van internaliserende klachten bij ouders bij twee jaar follow-up in Nederland. Bij het onderzoek is gebruik gemaakt van betrouwbare meetinstrumenten. Op de voormeting waren er geen verschillen tussen de interventiegroep en de non-interventiegroep voor zowel de mate van angst bij de kinderen als voor de mate van internaliserende klachten bij de ouders. Hierdoor waren de twee groepen goed met elkaar te vergelijken. Verder waren er geen verschillen tussen de interventiegroep en de non-interventiegroep in opleidingsniveau van de ouders en leeftijd, IQ en sekse van de kinderen.

Naast deze sterke punten kent huidig onderzoek ook enkele zwakke punten. Zo is er alleen gebruik gemaakt van zelfrapportages van de ouders en niet van objectieve observaties door onderzoeker of rapportage door andere informanten. De klachten van de ouders kunnen hun kijk op de klachten van het kind beïnvloeden wat tot gevolg kan hebben dat de gegevens niet volledig betrouwbaar zijn (Eddy, Dishion, & Stoolmiller, 1998). Verder zijn de groepen niet even groot. Hierdoor is het moeilijker om de groepen met elkaar te vergelijken en betrouwbare conclusies te trekken. Verder zijn de participanten in meerdere groepen verdeeld, waardoor de groepen niet groot waren. Hierdoor was de power van het onderzoek klein. Tenslotte is er geen rekening gehouden met mogelijke andere factoren die van invloed kunnen zijn op de uitkomsten. Dit kan tot gevolg hebben dat de gevonden resultaten niet alleen verklaard kunnen worden door de oudertraining.

Naar aanleiding van deze zwakke punten kunnen er een aantal aanbevelingen worden gedaan voor verder onderzoek. Allereerst wordt aanbevolen om objectieve observaties naar de mate van angst bij de kinderen te laten doen door onderzoekers om de invloed van de klachten van de ouders op hun kijk op de klachten van hun kind zo veel mogelijk te verminderen. Ook wordt aanbevolen om gebruik te maken van rapportages door andere informanten zoals gegevens over de mate van angst bij de kinderen gerapporteerd door leerkrachten en gegevens over de internaliserende klachten van moeders en vaders gerapporteerd door de andere ouder. Verder wordt aanbevolen om gebruik te maken van een grotere onderzoeksgroep, waardoor de power groter wordt. Vervolgens wordt aanbevolen om bij de interventie meer aandacht te besteden aan de angst bij de kinderen, omdat uit onderzoek blijkt dat externaliserend gedrag vaak samen voorkomt met internaliserend gedrag (Achenbach, 1991; Baldwin & Dadds, 2008; Lavigne et al., 2001). Tenslotte wordt aanbevolen meer onderzoek te doen naar de effecten van de interventie op de internaliserende klachten van de ouders, omdat uit huidig

onderzoek blijkt dat de internaliserende klachten van de ouders effect hebben op het verloop van de mate van angst bij kinderen. Zoals hierboven ook is genoemd, komt externaliserend gedrag vaak samen voor met internaliserend gedrag (Achenbach, 1991; Baldwin & Dadds, 2008; Lavigne et al., 2001). Verder hebben de internaliserende klachten van de ouders invloed op de angst van het kind (Beidel & Turner, 1997). Hierdoor is het mogelijk dat de internaliserende klachten van de ouders ook effect hebben op het verloop van agressie bij kinderen. Hierbij is het van belang dat in de interventie aandacht wordt besteed aan de internaliserende klachten van ouders. Dit wordt al gedaan in het Advance programma waar onder andere in wordt gegaan op het verminderen negatieve gedachten en het vermeerderen van positieve gedachten. Wel is het van belang dat onderzoek wordt gedaan naar de effecten van dit programma op de internaliserende klachten van de ouders.

Het doel van dit onderzoek was om te onderzoeken of er een verschil is in angst bij agressieve kinderen van ouders met internaliserende klachten en agressieve kinderen van ouders zonder internaliserende klachten voor en na de interventie. Uiteindelijk kan geconcludeerd kan worden dat er geen verschil is in angst bij agressieve kinderen van ouders met internaliserende klachten en agressieve kinderen van ouders zonder internaliserende klachten voor en na de interventie de Incredible Years oudertraining. Ook kan geconcludeerd worden dat de mate van angst bij kinderen en de mate van internaliserende klachten van de ouders niet significant zijn gedaald en dat de interventie hierop geen effect hier op heeft. Wel kan geconcludeerd worden dat de internaliserende klachten van de ouders een klein effect hebben op het verloop van de mate van angst bij de kinderen. Verder onderzoek naar het effect van de Incredible Years oudertraining naar de angst bij kinderen en de internaliserende klachten bij ouders wordt sterk aanbevolen.

Samenvatting

Het doel van deze studie was om te onderzoeken of er een verschil is in angst bij agressieve kinderen van ouders met internaliserende klachten en agressieve kinderen van ouders zonder internaliserende klachten voor en na de Incredible Years oudertraining. *Methode* De Participanten zijn geselecteerd aan de hand van de scores boven het 80^{ste} percentiel op de agressieschaal van de Child Behaviour Checklists 1½-5. De kinderen en hun ouders werden ingedeeld in een interventiegroep en een non-interventiegroep op basis van hun woonplaats. Vervolgens zijn de interventiegroep en de non-interventie groep beide ook opgedeeld in twee groepen, namelijk een groep met kinderen van ouders met internaliserende klachten en een groep met kinderen van ouders zonder internaliserende klachten. De internaliserende klachten

van de ouders zijn gemeten met de SCL-90 en de angst bij de kinderen is gemeten met de CBQ. *Resultaten* Uit de resultaten blijkt dat de internaliserende klachten van de ouders effect hebben op het verloop van de mate van angst bij de kinderen. De combinatie van de internaliserende klachten van de ouders en de interventie hebben geen effect op het verloop van de mate van angst bij de kinderen. Ook was er geen afname van internaliserende klachten bij de ouders en de angst bij kinderen. *Conclusie* Uit de resultaten blijkt dat er geen verschil is in angst bij agressieve kinderen van ouders met internaliserende klachten en agressieve kinderen van ouders zonder internaliserende klachten voor en na de interventie. Ook blijkt de interventie geen effect heeft op de mate van angst bij de kinderen en de mate van internaliserende klachten bij de ouders. Wel kan geconcludeerd worden dat de internaliserende klachten van de ouders een klein effect hebben op het verloop van de mate van angst bij de kinderen.

Literatuurlijst

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual of the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Ahadi, S. A., Rothbart, M. K., & Ye, R. M. (1993). Children's temperament in the US and China: similarities and differences. *European Journal of Personality*, 7, 359-377.
- Aksan, N., Goldsmith, H. H., Smider, N. A., Essex, M. J., Clark, R., Hyde, J. S., et al., (1999). Derivation and prediction of temperament types among preschoolers. *Developmental Psychology*, 35, 958-971.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (4th ed. TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, J. (1994). Epidemiological issues. In T. Ollendick, N. King, & W. Yule (Eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 43-66). New York: Plenum.
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J. P., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 201-209.

- Arrindell, W., Ettema, H., Groenman, N., Brook, F., Janssen, I., Slaets, J., et al., (2003). De groeiende inbedding van de Nederlandse SCL-90-R. Psychodiagnostisch gereedschap. *De psycholoog*, 38, 576-582.
- Baldwin, J. S. & Dadds, M. R. (2008). Examining alternative explanations of the covariation of ADHD and anxiety symptoms in children: a community study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36 (1), 67-79.
- Balkom, A. J. L. M., van, Dyck, R., van, & Schoemaker, C. (2008). *Angststoornissen samengevat*. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM
- Beidel, D. C. & Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety: I. psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 918-924.
- Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Bolduc, E. A., Faraone, S. V., & Hirshfeld, D. R. (1991). A high risk study of young children of parents with panic disorder and agoraphobia with and without comorbid major depression. *Psychiatry Research*, 37, 333-348.
- Boeting, M.A., Ferdinand, R.F., Barrett, P.M., & Dadds, M.R., (2002). Interventie- en preventieve programma's voor angst en depressie. *Kind en Adolescent*, 23 (4), 300-312.
- Bögels, S. M. & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review* 26, 834-856.
- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology*. London: Routledge.
- Craske, M. G. (1997). Fear and anxiety in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61 (2), A4-A36.
- Eddy, J. M., Dishion, T. J., & Stoolmiller, M. (1998). The analysis of intervention change in children and families: methodological and conceptual issues embedded in intervention studies. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26 (1), 53-69.
- Essau, C. A. (2003). Comorbidity of anxiety disorders in adolescents. *Depression and Anxiety*, 18 (1), 1-6.
- Garland, E. J. & Garland, O. M. (2001). Correlation between anxiety and oppositionality in a children's mood and anxiety disorder clinic. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46 (10), 953-958.
- Gregory, A. M. & Eley, T. C. (2007). Genetic influences on anxiety in children: what we've learned and where we're heading. *Clinical Child and Family Psychology*, 10, 199-212.

- Jaffee, S. R., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Taylor, A. (2003). Life with (or without) father: the benefits of living with two biological parent depend on the father's antisocial behavior. *Child Development, 74*, 109 – 126.
- Kendall, P. C., Brady, E. U., & Verduin, T. L. (2001). Comorbidity in childhood anxiety disorders and treatment outcome. *Child and Adolescent Psychiatry, 40* (7), 787-794.
- Kochanska, G., DeVet, K., Goldman, M., Murray, M., & Putnam, S. (1994). Maternal reports of conscience, development, and temperament in young children. *Child Development, 65*, 852-868.
- Komsi, N., Räikkönen, K., Pesonen, A. K., Heinonen, K., Keskivaara, P., Järvenpää, A. L., et al., (2006). Continuity of temperament from infancy to middle childhood. *Infant Behavior & Development, 29*, 494-508.
- Landelijk Platform Preventie Depressie en Angst (2004). *Preventie programma depressie en angst bij kinderen en jongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A. E., Orvaschel, H., & Perrin, S. (1991). Anxiety disorders in children and their families. *Archives of General Psychiatry, 48*, 928–934.
- Lavigne, J. V., Cicchetti, C., Gibbons, R. D., Binns, H. J., Larsen, L., & DeVito, C. (2001). Oppositional defiant disorder with onset in preschool years: longitudinal stability and pathways to other disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40* (12), 1393-1400.
- Lilienfeld, S. O. (2003). Comorbidity between and within childhood externalizing and internalizing disorders: Reflections and directions. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31* (3), 285–291.
- Mancini, C., Van Ameringen, M., Szatmari, P., Fugere, C., & Boyle, M. (1996). A high-risk pilot study of the children of adults with social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 1511-1517.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Moulton, J. L., Scarfone, N., Malloy, P., Vosburg, S. K., et al., (2002). Anxiety sensitivity among children of parents with anxiety disorder: a controlled high-risk study. *Journal of Anxiety Disorders, 16*, 135-148.
- McClure, E. B., Brennan, P. A., Hammen, C., & Le Brocque, R. M. (2001). Parental anxiety disorders, child anxiety disorders, and the perceived parent-child relationship in an Australian high risk sample. *Journal of Abnormal Child Psychology, 29*, 1-10.
- Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Dierker, L., & Grillon, C. (1999). Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders. *Biological Psychiatry, 46*, 1523-1535.

- Mowbray, C. T., Bybee, D., Oyserman, D., Allen-Meares, P., MacFarlane, P., & Hart-Johnson, T. (2004). Diversity of outcomes among adolescent children of mothers with mental illness. *Journal of Emotional and Behavior Disorders, 12*, 206 – 221.
- Mufson, L., Nomura, Y., & Warner, V. (2002). The relationship between parental diagnosis, offspring temperament and offspring psychopathology: A longitudinal analysis. *Journal of Affective Disorders, 71*, 61 – 69.
- Mufson, L., Weissman, M. M., & Warner, V. (1992). Depression and anxiety in parents and children: a direct interview study. *Journal of Anxiety Disorders, 6* (1), 1-13.
- Muris, P. & Mayer, B. (2002). Vroegtijdige behandeling van angststoornissen bij kinderen. *Gedrag en Gezondheid, 28* (4), 235-242.
- O'Connor, T. G., McGuire, S., Reiss, D., Hetherington, E. M., & Plomin, R. (1998). Co-occurrence of depressive symptoms and antisocial behavior in adolescence: a common genetic liability. *Journal of Abnormal Psychology, 107* (1), 27–37.
- Ollendick, T. H., King, N. J., & Yule, W. (1994). *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Plenum Press.
- Phares, V., Duhig, A. M., & Watkins, M. M. (2002). Family context: fathers and other supports. In S. Goodman & I. Gotlib (Eds.), *Children of depressed parents: mechanisms of risk and implications for treatment* (pp. 203 – 225). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., & O'Connor, T. G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet, 365*, 2201 – 2205.
- Reid, M. J. & Webster-Stratton, C. (2001). The incredible years parent, teacher, and child intervention: Targeting multiple areas of risk for a young child with pervasive conduct problems using a flexible, manualized treatment program. *Cognitive and Behavioral Practice, 8* (4), 377-386.
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., Hershey, K. L., & Fisher, P. (2001). Investigations of temperament at three to seven years: the children's behavior questionnaire. *Child Development, 72* (5), 1394-1408.
- Sattler, J.M. (1992). *Assessment of children: WISC-III and WPPSI-R supplement*. San Diego, CA: Jerome M. Sattler, Publisher, Inc.
- Seligman, L. D. & Ollendick, T. H. (1998). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: an integrative review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 1* (2), 125-144.

- Smit, F., Bohlmeijer, E., & Cuijpers, P. (2003). *Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie; epidemiologie, aangrijpingspunten, huidige praktijk, nieuwe richtingen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Spijker, J. & Schoemaker, C. (2008). *Depressie samengevat*. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166 (10), 1092-1097.
- Szatmari, P., Boylan, K., Vaillancourt, T., & Boyle, M. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16 (8), 484-494.
- Thienemann, M., Moore, P., & Tomkins, K. (2006). A parent-only group intervention for children with anxiety disorders: pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45 (1), 37-46.
- Treffers, D. A. (2002). De diagnostische validiteit van angststoornissen bij kinderen en adolescenten. *Kind en Adolescent*, 23 (4), 219-133.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disordered patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (2), 229–235.
- Webster-Stratton, C. (2001). *The incredible years: parents and children videotape series: a parenting course (BASIC)*. Seattle, WA: Incredible Years.
- Webster-Stratton, C. (2002). *The incredible years: parents and children videotape series: a parenting course (ADVANCE)*. Seattle, WA: Incredible Years.
- Webster-Stratton, C. & Hancock, L. (1998). Training for parents of young children with conduct problems: content, methods, and therapeutic processes. In C. Schaefer & J. Briesmeister (Eds.), *Handbook of Parent Training*, (pp. 98-152). New York: John Wiley & Sons.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G., et al. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 276, 293-299.
- Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51 (5), 355-364.

Bijlage 1

1. Maak de variabele die nodig is, bijvoorbeeld ‘angst T5’
2. Bereken het aantal missings binnen deze schaal voor elke ouder en maak een nieuwe variabele ‘Missings_angst’. Het berekenen van de missings in SPSS:

Transform→ Count values within cases. Onder Target variable en Target label wordt de naam van de nieuwe variabele (dus Missings_angst) gezet. Bij Variables worden alle items die onder de schaal vallen gezet. In dit voorbeeld dus de items van de schaal ‘angst T5’. Bij Define values wordt System-missing aangeklikt. Nu kan SPSS het aantal missings berekenen.

3. Wanneer de angst van de primaire opvoeder wordt berekend, kunnen de items van de moeder worden aangeklikt bij Variables. Als het aantal missings is berekend en de variabele ‘Missings_angst’ in het databestand staat, kunnen er een aantal missings corrigeert worden, omdat de vader primaire opvoeder is. Dit gebeurt gewoon met de hand.
4. Als er minder dan 25 % van de items per schaal mist, wordt de ruwe score aangevuld tot 100 %. Bij het berekenen van het aantal items dat mag missen, wordt naar beneden afgerond.

Bijvoorbeeld: de schaal ‘angst T5’ bestaat uit 11 items. Er mogen dus 2 items missen. Ander voorbeeld: als een schaal uit 26 items bestaat, mogen er 6 items missen.

Stel dat er 1 item van de 11 items mist. In dit geval wordt een gecorrigeerde score berekend. Dit gebeurt met de hand, a.d.h.v. een kruistabel:

$$\begin{array}{r} 11 = 100 \% \\ 10 = 90,91 \% \end{array}$$

Stel dat de ruwe score 36 was: $39,6 = 100 \%$
 $36 = 90,91 \%$

De gecorrigeerde score is dus 39,6. Afgerond naar beneden dus 39.

5. Er wordt weer een nieuwe variabele aangemaakt ‘angst T5_gecorrigeerd’. Als er geen missings zijn, is deze score hetzelfde als de ruwe score en anders komt hier de score gecorrigeerd voor 100 % te staan. Of er komt een missing (dus een ‘puntje’) te staan wanneer er meer dan 25 % van de items niet is ingevuld.

Met de variabele ‘angst T5_gecorrigeerd’ worden de analyses draaien.