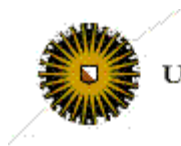


Vroeg ouderverlies

De psychologische en fysieke lange termijn effecten en de invloed op hechting in de volwassenheid



Universiteit Utrecht

Masteronderzoek
N. Kool (3064409)
W.H. Kraan (3054942)
Begeleider: H. Schut
Datum: 02 februari 2009

ABSTRACT

This study originally focuses on the long term psychological and physical consequences of the loss of a parent during adolescence (between the ages of 10-20). Also, the long term consequences of early parental loss on the attachment during adulthood were examined. The effects of loss, as assessed by the VROPSOM, ECR-R and other measures, were considered in relation to a number of independent factors. With respect to sex, we examined the impact of the loss of a mother versus the loss of a father, and a possible interaction-effect between the sex of the child and the sex of the deceased parent. A total of 179 people participated in the study, of which 77 experienced early parental loss. The other 102 people grew up in intact families (control group). The results of this study indicate that when compared to the control group, people with early parental loss report more depressive and physical complaints and judge their own health worse. However there was no significant difference in the degree of anxiety between the loss group and the control group. In addition there was no significant difference in attachment during adulthood between the two groups. Finally, no sex differences were found.

Inhoudsopgave

	Pag.
Inleiding	4
Methoden	12
Resultaten	17
Discussie	21
Referentielijst	26
Bijlage 1 De vragenlijst	29

Inleiding

“Ik had je nog zo veel willen vragen...”

Het lijkt de natuurlijke gang van zaken om onze ouders te verliezen wanneer we zelf volwassen zijn. De realiteit leert echter, dat men ook op jonge leeftijd geconfronteerd kan worden met het verlies van een ouder. Dit is een zeer ingrijpende gebeurtenis die nog tientallen jaren haar sporen kan nalaten (Raveis, Siegel & Karus, 1999). De sporen die het verlies op jonge leeftijd kan nalaten, worden onder meer beïnvloed door het begrip van het concept ‘dood’, en door het ontwikkelingsniveau van kinderen (Schlozman, 2003). Zo geloven kinderen jonger dan zeven jaar dat hun gedachten of gevoelens de dood kunnen veroorzaken of terug kunnen draaien. Adolescenten daarentegen weten dat de dood het staken van de lichamelijke functies inhoudt, en houden zich veelal bezig met de (on)eerlijkheid van de dood en existentiële vragen zoals wat het doel van het leven is (Dowdney, 2008).

Een aantal algemene uitingen van rouw zijn een initiële schok, verwarring en ongelof, somberheid, verlangen naar de overleden persoon, concentratieproblemen, slaap en eetproblemen, en woede (Dowdney, 2008). Deze tekenen van rouw zijn echter niet gelijk aan pathologie. Meestal zijn kinderen veerkrachtig en zijn de rouwsymptomen slechts tijdelijk. Sommige kinderen reageren zelfs positief na het verlies van een ouder: ze worden onafhankelijker, hebben meer inlevingsvermogen en vertonen persoonlijke en/of spirituele groei (Dowdney, 2008). Ondanks dit feit richt onderzoek naar vroeg ouderverlies zich vaak op complicaties en op de relatie tussen het verlies en de ontwikkeling van psychische stoornissen. De mate waarin psychische stoornissen worden gevonden bij rouwende kinderen varieert tussen studies en hangt af van factoren als inclusie/exclusie criteria voor stoornissen, gebruikte meetinstrumenten en van de tijd sinds het overlijden.

Deze studie zal zich richten op de lange termijn effecten van het verlies van een ouder in de adolescentie. Hierbij zal gekeken worden of mensen die in de adolescentie een ouder hebben verloren meer psychische en lichamelijke klachten ervaren dan mensen van wie beide ouders nog in leven waren tijdens de adolescentie. Ook zal het effect van jong ouderverlies op hechting worden onderzocht. Alvorens naar de onderzoeksvragen over te gaan, zal eerst een overzicht worden gegeven van eerder onderzoek en theoretische noties.

Lange termijn effecten van het verlies van een ouder

Psychische effecten

Alhoewel de dood van een ouder één van de grootste stressoren is die een kind mee kan maken, zijn de psychische gevolgen ervan nog niet duidelijk (Cerel, Fristad, Verducci, Weller & Weller, 2006). Er is een breed scala aan potentiële negatieve mentale gezondheidsuitkomsten onderzocht. Zo is het verlies van een ouder op jonge leeftijd gelinkt aan zelfmoord, alcoholisme, sociale introversie en afhankelijkheid (Mack, 2001). Daarnaast is gebleken dat volwassenen die op jonge leeftijd een ouder hebben verloren voor zichzelf een kortere levensspanne voorspellen, zich meer druk maken om hun eigen dood en zichzelf meer kwetsbaar achten voor toekomstige verliezen dan individuen wiens ouders nog in leven zijn. Ook hebben zij meer moeite intimiteit aan te houden en woede te uiten (Mack, 2001).

Er is betrekkelijk weinig onderzoek gedaan naar de relatie tussen vroeg ouderverlies en psychische klachten op de lange termijn. Het review van Dowdney (2000) onderzocht de directe effecten van vroeg ouderverlies, en nam enkel studies mee die methodologisch bevredigend zijn. Gebleken is dat de meeste kinderen die op jonge leeftijd (2-17 jaar) een

ouder hebben verloren, verdriet, somberheid en wanhoop laten zien. Omdat er weinig longitudinale studies zijn verricht is het echter moeilijk het verloop van de gevonden klachten na het eerste jaar nauwkeurig vast te stellen.

Echter, veel studies hebben de rol van het verlies van een ouder op jonge leeftijd bij de ontwikkeling van verschillende vormen van psychopathologie onderzocht; een relatie waar psychiaters al bijna 100 jaar door geïntregeerd zijn (Agid et al., 1999). De meest onderzochte associatie is die tussen vroeg ouderverlies en het ontwikkelen van een kwetsbaarheid voor depressie en depressieve stoornissen. De meeste (retrospectieve) studies rapporteren dat volwassenen met jong ouderverlies meer geneigd zijn een zekere mate van depressie te ervaren dan mensen waarvan beide ouders in de kindertijd nog in leven waren (Cerel et al., 2006). Zo brengt Gray (1987) verslag uit over 50 participanten die tussen hun 12^e en 19^e jaar een ouder hebben verloren. Dit verlies had minimaal 6 maanden en maximaal 5 jaar geleden plaatsgevonden. Een controlegroep ontbrak, waardoor er geen vergelijking gemaakt kon worden met adolescenten die geen ouder hebben verloren. De auteur heeft de resultaten uit de studie van Kaplan, George, Hong en Weinhold (1984), die de depressie onderzochten onder Amerikaanse middelbare scholierstudenten (tussen de 11 en 18 jaar), gebruikt om toch een vergelijking te kunnen maken. Hoewel de leeftijd tussen de vergeleken groepen verschilt en geen goede vergelijking toestaat, duidt het feit dat Kaplan et al. (1984) een incidentie van depressieve stoornissen van bijna 9% constateerden wel op het frequenter voorkomen van affectieve stoornissen onder jongeren die in de adolescentie een ouder hebben verloren. Ook Mack (2001) vond dat volwassenen, die voor hun 19^{de} levensjaar een ouder verloren hebben, een hogere mate van depressie ervaren dan volwassenen die opgegroeid zijn in intacte families. De studie onderzocht de resultaten van een groot Amerikaans survey, met respondenten vanaf 19 jaar, die voor hun 19^{de} levensjaar een ontvricting van het gezin hebben ervaren (scheiding/overlijden). De leeftijd van de participanten lag tussen de 17 en 73 jaar. Een gebrek aan deze studie is dat er niet duidelijk gespecificeerd is om welke ouder het ging die overleden is. Tevens is geen onderscheid gemaakt tussen verschillende leeftijdsgroepen, namelijk kinderen en adolescenten. Het onderzoek van Cerel et al. (2006) is het eerste grootschalige onderzoek naar kinderen en adolescenten met vroeg ouderverlies, bij wie zowel de kinderen als de overlevende ouders met regelmatige tussenpozen (2, 6, 13, 25 maanden na het overlijden) geïnterviewd zijn en vervolgens vergeleken zijn met cohorten van klinisch depressieven en kinderen uit de gemeenschap om op deze wijze het longitudinale beloop van psychopathologie te bepalen. Uit de studie is naar voren gekomen dat de groep die op jonge leeftijd (tussen 6^e en 17^e jaar) een ouder heeft verloren, meer symptomen rapporteren van 20 DSM III-R stoornissen en depressie dan de cohort van kinderen uit de gemeenschap. Echter, de symptomen zijn minder ernstig dan van de klinisch depressieve groep.

Daarentegen concluderen een aantal onderzoekers dat vroeg ouderverlies wellicht weinig effect heeft op depressieve symptomen in de volwassenheid. Agid et al. (1999) onderzochten de rol van het verlies van een ouder (voor het 17^e levensjaar) in de pathogenese van verschillende stoornissen. De patiëntgroep was geworven bij een aantal grote medische centra en was daarna zorgvuldig gekoppeld aan een controlegroep (op leeftijd, sekse, etnische afkomst, immigratiestatus). 19.2% van de patiënten (tussen de 36 en 65 jaar) met een depressieve stoornis heeft voor hun 17^e jaar een verlies van een ouder door dood ervaren, ten opzichte van 7.6% van de controlegroep (waarbij de leeftijd varieerde van 34 tot 64 jaar). Dit verschil was *niet* significant bevonden. Daarnaast concluderen Crook en Elliot (1980) in hun review van 20 studies, dat er geen goede basis van empirische data bestaat om de veronderstelde relatie tussen jong ouderverlies (waarbij jong ouderverlies in de meeste studies werd geoperationaliseerd als het verliezen van een ouder voor het 15^e levensjaar) en depressie tijdens de volwassenheid te ondersteunen. Studies die een hogere incidentie van jong ouderverlies onder depressieve patiënten dan onder niet depressieve participanten hebben

gevonden, vertonen methodologische gebreken (controleren bijvoorbeeld niet voor factoren als leeftijd, en sociale status). Daarentegen is er een aantal studies dat geen verschil in incidentie van ouderverlies op jonge leeftijd tussen depressieve en niet-depressieve participanten heeft gevonden, redelijk goed gecontroleerd (daarbij werden de twee groepen gematched op leeftijd, sekse, burgerlijke staat en sociale status). In een reactie van Nelson (1982) op het review van Crook en Elliot (1982) lag de focus op twee additionele facetten van depressie die wellicht sterker gerelateerd zijn aan vroeg ouderverlies dan ongedifferentieerde concepten van depressie, namelijk zware depressie en poging tot zelfdoding. Het review bespreekt acht studies die de relatie tussen vroeg ouderverlies (tussen de 0 en 17 jaar) en ernst van depressie hebben onderzocht. De meeste studies hebben een associatie gevonden tussen ernst van depressie en jong ouderverlies. Echter, ook deze studies hebben methodologische beperkingen. Slechts één studie heeft voor zowel leeftijd, sekse als SES gecontroleerd; maar drie van de acht studies hebben de inter - beoordelaarbetrouwbaarheid bepaald en bij één studie waren de beoordelaars blind voor de hypothesen en de status van de participanten met betrekking tot vroeg ouderverlies. In het review wordt de conclusie getrokken dat er een relatie bestaat tussen vroeg ouderverlies en zware depressie. In het licht van de methodologische tekortkomingen is deze conclusie twijfelachtig te noemen.

Ten slotte heeft een aantal studies de rol van vroeg ouderverlies bij de ontwikkeling van andere vormen van psychopathologie tijdens de volwassenheid onderzocht. Zo rapporteren Agid et al. (1999) dat patiënten met schizofrenie vaker een verlies van een ouder meegemaakt hebben dan gezonde controleparticipanten. Ook wordt vroeg ouderverlies geassocieerd met een verhoogd risico op paniekstoornissen en fobische stoornissen (Luecken, 2008). Gerelateerd hieraan is de bevinding dat adolescenten die een ouder hadden verloren in de loop van de tijd meer angst en vrees ervaren dan adolescenten die geen ouder hadden verloren (Worden, 1996 geciteerd in M. Stroebe, Hanson, W. Stroebe & Schut, 2004). Dowdney (2000) rapporteerde dat er weinig bewijs is voor een relatie tussen vroeg ouderverlies en de ontwikkeling van een gegeneraliseerde angststoornis. Specifieke angsten met betrekking tot separatie en de dood zouden daarentegen veelvoorkomend zijn. Zo rapporteren zowel ouders als kinderen zelf een verhoogde mate van angst, waarvan de inhoud grotendeels beperkt is tot specifieke zorgen over de veiligheid van de overlevende ouder en andere familieleden, en separatieangst. Een mogelijke verklaring voor deze bevinding is dat de dood van een ouder heeft geleid tot een gebrek aan voorspelbaarheid in hun leven; de levensovertuigingen en basisassumpties die voorheen hun leven stuurde zijn verpletterd (Brewin, 2003).

Een mogelijke verklaring voor de inconsistenties in de literatuur betreft de methodologische beperkingen waarvan er reeds een aantal besproken zijn. Naast methodologische beperkingen, is een additionele verklaring voor inconsistenties in de literatuur wellicht te vinden in het feit dat de psychische lange termijn effecten van jong ouderverlies gemiddeld/gemodereerd worden door vele variabelen. Zo blijkt de leeftijd waarop het overlijden van de ouder plaatsvindt, de expressie van rouw, stressvolle gebeurtenissen na het overlijden, de mentale gezondheid van de overlevende ouder en de kwaliteit van de relatie tussen de overgebleven ouder belangrijke mediërende of modererende variabelen te zijn. De literatuur is het meest consistent over de bevinding dat verwaarloosd ouderschap en slechte coping van de overgebleven ouder belangrijke risicofactoren zijn voor het ontwikkelen van depressie in volwassenheid (Dowdney, 2000; Leucken, 2008).

Gegeven het beperkt aantal methodologisch goed uitgevoerde studies, zijn conclusies over de effecten van jong ouderverlies noodzakelijkerwijs voorzichtig. Ondanks deze beperking komen enkele consistenties naar voren. Zo ervaren kinderen op korte termijn over het algemeen verdriet, somberheid en wanhoop na het verliezen van een ouder (Dowdney, 2000).

Wanneer goede methodologie wordt toegepast, worden psychiatrische stoornissen slechts bij een klein aantal die op jonge leeftijd een ouder hebben verloren, gevonden. Wanneer er klinische stoornissen gevonden worden, nemen deze meestal de vorm aan van een depressie (Cerel et al., 2006; Gray, 1987; Mack, 2001; Nelson, 1982). Angststoornissen komen weinig voor (Luecken, 2008). Wel wordt er vaak toegenomen angst met betrekking tot volgend verlies, de veiligheid van familieleden en separatie gevonden (Dowdney, 2000; Stroebe et al., 2004). De effecten van vroeg ouderverlies hangen van veel variabelen af. Belangrijke moderatoren en mediators zijn onder andere de band met de overgebleven ouder en de copingstijl van de overgebleven ouder (Dowdney, 2000; Leucken, 2008).

Er zijn echter ook mensen met klachten die niet voldoen aan de criteria van een stoornis (Cerel et al., 2006), maar die wel degelijk invloed hebben op hun leven. Dit onderzoek zal zich dan ook richten op psychische klachten.

Lichamelijke klachten en medische consumptie

Niet alleen kan jong ouderverlies gepaard gaan met psychische klachten, maar ook met fysieke klachten. In een review van M. Stroebe, Schut en W. Stroebe (2007) komt naar voren dat sommige onderzoekers meer fysieke gezondheidsklachten rapporteren bij mensen die een verlies hebben meegemaakt dan bij een gematchte controle groep. Deze fysieke symptomen lopen uiteen van hoofdpijn, duizeligheid, spijsverteringsmoeilijkheden en buikpijn, tot hoge mate van onbekwaamheid en ziekte, meer gebruik van medische diensten en drugsgebruik (M. Stroebe, Schut, & W. Stroebe, 2007). Een belangrijke opmerking die bij deze resultaten geplaatst dient te worden, is dat de studies die gebruikt zijn in het review met name betrekking hebben op mensen die hun partner verloren hebben. Het is dan ook maar de vraag of deze resultaten tevens van toepassing zijn op mensen die op jonge leeftijd een ouder hebben verloren.

Een aanwijzing die pleit voor het vóórkomen van bovengenoemde symptomen onder mensen met jong ouderverlies, komt uit een reeds eerder besproken studie van Agid et al. (1999). Uit een analyse op de controlegroep kwam naar voren dat participanten die op jonge leeftijd een ouder hadden verloren, meer fysieke ziekten rapporteerden in vergelijking met participanten die geen ouder verloren hadden. De bevindingen van Krause (2008), waarbij de participanten 65 jaar of ouder waren, indiceren dat de gecombineerde effecten van vroeg ouderverlies en recente stressvolle gebeurtenissen, geassocieerd zijn met zowel een afname in de globale beoordeling van de gezondheid, als met het aantal chronische en acute aandoeningen. Uit het review van Luecken en Lemery (2004) komt naar voren dat een aantal studies een associatie tussen vroeg ouderverlies en een hogere bloeddruk, een verhoogde kans op borstkanker en andere gezondheidsproblemen heeft gevonden.

In tegenstelling tot de hierboven genoemde onderzoeken zijn er ook onderzoekers die geen relatie gevonden hebben tussen het verlies van een ouder op vroege leeftijd met gezondheidsproblemen in de volwassenheid. In een studie van Maier en Lachman (2000) werd de impact van het overlijden van een ouder of scheiding voor de leeftijd van 17 jaar onderzocht met betrekking tot fysiek en mentaal welbevinden. Het aantal jaar sinds het overlijden van de ouder lag tussen de 15 en de 60 jaar. Uit de studie komt naar voren dat het overlijden van een ouder voor de leeftijd van 17 geen voorspeller is van gezondheidsproblemen, zowel niet voor mannen als vrouwen.

De discrepanties in de literatuur brengen wederom de kwestie van moderatoren/mediators naar voren. Één manier waarop vroeg ouderverlies de fysieke gezondheid kan beïnvloeden, is door het ontwikkelen van slecht gezondheidsgedrag, zoals roken, overmatige alcoholconsumptie en een sedentaire levensstijl (Luecken, 2008). Onderzoek impliceert dat karakteristieken van vroege familierelaties een rol spelen bij gezondheidsgedrag. Zo blijkt uit een studie van Agid et al. (1999) dat participanten met vroeg

ouderverlies meer roken dan participanten waarvan beide ouders in leven waren tijdens de adolescentie. Daarnaast suggereert onderzoek met niet-menselijke primaten dat verstoorde zorg tijdens de ontwikkeling, een neurobiologische basis kan vormen voor een gevoeligheid voor middelenmisbruik later in het leven (Luecken, 2008).

Een andere moderator dat het verlies van een ouder op jonge leeftijd kan linken aan de fysische en psychische gezondheid tijdens de volwassenheid, betreft fysiologische stressreacties. Het verlies van een ouder op vroege leeftijd is geassocieerd met een stressverhoging in de volwassenheid. Normaal gesproken zijn stressreacties adaptief. Echter, wanneer stressreacties overdreven, aanhoudend of ontoereikend zijn, kunnen deze reacties bijdragen aan het ontstaan van fysische en psychologische ziekten als hypertensie, hartziekten, depressie, cognitieve beperkingen en infectieziekten (Luecken, 2008; Luecken & Lemery, 2004). Een aanwijzing voor de relatie tussen vroeg ouderverlies en stressverhoging in de volwassenheid, komt uit een studie van Tyrka et al. (2008). In deze studie werd een groep individuen die een ouder verloren hadden (door middel van overlijden of separatie; leeftijd lag tussen de 19 en 38 jaar) voor de leeftijd van 18 jaar, vergeleken met een gematchte groep (met een leeftijd tussen de 18 en 37) die geen geschiedenis had van vroege scheiding van hun ouders. Het verlies op jonge leeftijd is geassocieerd met veranderingen in de volwassen neuro-endocrine functies. Zo wordt er een toegenomen cortisolrespons gevonden in zowel de overlijden- als de separatiegroep vergeleken met de groep die beide ouders nog hadden in de kindertijd. Een gebrek aan de studie is dat de gebruikte steekproef niet representatief is voor de algemene populatie, vanwege de bescheiden steekproef en de manier van werving. Een soortgelijk resultaat is terug te vinden in een studie van Nicolson (2004). De studie vergeleek verschillende groepen mannen van 28 tot 55 jaar. Gebleken is dat het verlies van een ouder voor het 17^{de} levensjaar geassocieerd is met hogere dagelijkse cortisolniveaus in vergelijking met een groep volwassenen waarvan beide ouders nog in leven waren op de leeftijd van 17 jaar. Er dient echter voorzichtig met deze resultaten omgesprongen te worden, aangezien de verliesgroep uit slechts negen participanten bestond. Daarnaast bestaat de controlegroep enkel uit mannen van blanke achtergrond.

Ten slotte lijkt het, net als naar voren komt in de literatuur met betrekking tot psychische uitkomsten, waarschijnlijk dat de impact van vroeg ouderverlies op negatieve fysiologische uitkomsten groter zal zijn wanneer er sprake is van gelijktijdige risico's. Zo blijkt de kwaliteit van de relatie met de overgebleven ouder een belangrijke moderator te zijn (Luecken, 2000; Tyrka et al., 2008). Echter, de psychobiologische gevolgen van het verlies van een ouder kunnen gereduceerd worden wanneer een alternatieve hechtingspersoon beschikbaar is voor het kind (Luecken, 2000).

In tegenstelling tot de psychische effecten van vroeg ouderverlies, is er nog betrekkelijk weinig onderzoek verricht naar de fysiologische effecten van vroeg ouderverlies (Krause, 2008). Over het algemeen vinden de studies die gedaan zijn een associatie tussen vroeg ouderverlies en lange termijn fysieke gezondheidssuitkomsten (Agid et al., 1999; Kraus, 2008; Luecken & Lemery, 2004). Mogelijke mechanismen die vroeg ouderverlies kunnen linken aan de fysische (en psychische gezondheid) tijdens de volwassenheid, betreffen het ontwikkelen van slecht gezondheidsgedrag (Agid et al., 1999; Luecken, 2008) en fysiologische stressreacties (Luecken & Lemery, 2004; Luecken, 2008; Nicolson, 2004; Tyrka et al., 2008). Daarnaast lijken de kwaliteit van de relatie met de overgebleven ouder en de beschikbaarheid van een alternatieve hechtingspersoon belangrijke moderatoren te zijn (Luecken, 2000; Tyrka et al., 2008).

Mate van veilige hechting

Één van de grote thema's van de hechtingstheorie is dat wat we denken, voelen, en hoe we ons gedragen, de geschiedenis van onze hechting reflecteert (Fraley, 2002). Kinderen raken al op vroege leeftijd emotioneel gehecht aan hun primaire verzorgers en vertonen dan ook duidelijk de voorkeur voor deze primaire verzorgers (Bowlby, 1969 geciteerd in M. Stroebe, Hanson, W. Stroebe & Schut, 2004). Onderzoekers hebben verschillende hechtingsstijlen geïdentificeerd (Stroebe et al., 2004). Gebleken is dat deze hechtingsstijlen redelijk consistent blijven gedurende de levensloop (Fraley, 2002), maar dat deze kunnen veranderen door ingrijpende gebeurtenissen (Waters, Merrick, Treboux, Crowell & Albersheim, 2000). Het verlies van een ouder is zo'n ingrijpende gebeurtenis en kan leiden tot een nadelig effect op het ontwikkelen van intieme relaties in het latere leven. Zo blijkt uit een studie van Meshot en Leitner (1993) dat een mogelijk hoofdeffect van een verlieservaring tussen het 12^e en 18^e levensjaar, het ontwikkelen van een interpersoonlijke stijl is die gemarkeerd wordt door de sterke wil om opgenomen te worden door anderen (de leeftijd lag tussen de 18 en 27 jaar). Eveneens komt in de studie een sekseverschil naar voren. Mannen die tijdens de adolescentie een ouder hebben verloren worden gekarakteriseerd als meer overpersoonlijk (ze zoeken hechte relaties met vrijwel iedereen) in vergelijking met de controle groep. Vrouwen die een ouder verloren hebben in de adolescentie zijn in vergelijking met de controle groep meer onderpersoonlijk en vermijden juist hechte relaties. Een groot gebrek van deze studie is dat zowel de groep met een overleden ouder als de controlegroep slechts uit 22 personen bestond. Een andere aanwijzing voor de mogelijke associatie tussen vroeg ouderverlies en latere hechting is te vinden in een studie van Brennan en Shaver (1998). In hun studie werd onderzocht of de volwassen hechtingsstijl en persoonlijkheidsstoornissen eenzelfde onderliggende structuur hebben, en of beide variabelen gerelateerd zijn met overlijden van een ouder, scheiding en de hedendaagse relatie met de ouders. De participantengroep bestond in zijn totaliteit uit 1407 psychologie studenten met een leeftijd van 18 tot 50 jaar; de groep met vroeg ouderverlies bestond uit 66 participanten. Naar voren kwam dat de hechtingsstijl geassocieerd is met het overlijden van een ouder. Zo blijkt dat de participanten die een ouder verloren hadden meer geneigd zijn om een afwijzende (*dismissing*) hechtingsstijl te hebben dan de participanten van wie beide ouders nog in leven waren. Afwijzende mensen hebben een positief beeld van zichzelf, maar een negatief beeld van anderen. Afwijzende mensen komen 'koud' over en worden beschreven als competitief, autocratisch en introvert. Een gebrekkig punt aan de studie is dat niet gespecificeerd is op welke leeftijd de participant zijn of haar ouder verloren heeft. Eveneens wordt er niet gespecificeerd of het overlijden betrekking heeft op de moeder of de vader.

Ook zijn andere facetten van hechting onderzocht. Zo onderzocht Corak (2001) de lange termijn consequenties van vroeg ouderverlies waarbij de studie vooral was gericht op economische factoren, maar ook huwelijksgedrag was meegenomen. De studie bestond uit een groep met gescheiden ouders, een groep waarvan een ouder was overleden en een intacte groep. De steekproef om het huwelijksgedrag te meten bestond uit 811 mannen en 979 vrouwen uit de General Social Survey uit de Canadese populatie, waarbij de leeftijd van de participanten tussen de 25 en 32 lag. Uit de studie komt naar voren dat de groep participanten die een ouder verloren hadden in de adolescentie geen verschil in huwelijksgedrag (wat geoperationaliseerd was als trouwen, uit elkaar gaan en/of scheiden) vertoonde in vergelijking met mensen uit de groep waarvan beide ouders nog in leven waren en nog getrouwd waren (Corak, 2001).

De literatuur met betrekking tot de lange termijn effecten van vroeg ouderverlies op de latere hechting, is zeer beperkt. Een aantal onderzoeken vindt een associatie tussen vroeg

ouderverlies en latere hechting (Brennan & Shaver, 1998; Meshot & Leitner, 1993); anderen weer niet (Corak, 2001).

Sekseverschillen

De literatuur over kinderen die op jonge leeftijd een ouder hebben verloren, suggereert dat verschillende achtergrondkarakteristieken van het kind, de ouder en de familie van invloed zijn op het rouwproces en de uitkomsten daarvan. Onder de variabelen die het meest zijn onderzocht, behoren de sekse van de overleden ouder en de sekse van het kind (Raveis et al., 1999).

Umberson (2003) stelt op grond van ouder - kindrelaties dat de dood van een moeder meer impact heeft dan de dood van een vader. Kinderen van alle leeftijden zijn geneigd meer betrokken te zijn en zich meer verbonden te voelen met hun moeders dan met hun vaders (Umberson, 2003). Zo is gebleken dat de relatie tussen volwassen kinderen en hun moeders vaker wordt gekarakteriseerd door gedeelde waarden, een grotere affectieve verbondenheid en meer stabiliteit dan de relatie met hun vaders (Umberson & Chen, 1994). Agid et al. (1999) lijken deze vooronderstelling te ondersteunen en concludeerden in hun review dat er een trend lijkt te bestaan waarbij het verlies van een moeder meer geassocieerd is met depressie dan het verlies van een vader.

Wat betreft de sekse van het kind blijkt uit een studie van Meshot en Leitner (1993, geciteerd in Lenhardt & McCourt, 2000) dat vrouwen die de dood van een ouder in de adolescentie hebben meegemaakt, langer en intenser verdriet rapporteren dan mannen met vroeg ouderverlies (de leeftijd van de participanten lag tussen de 18 en 27 jaar). Een groot gebrek van de studie is dat er geen controlegroep is gebruikt waardoor het sekseverschil niet zonder meer als rouwreactie te interpreteren valt. Daarnaast hebben er slechts 10 mannen en 10 vrouwen hebben deelgenomen aan het onderzoek. Andere studies rapporteren juist een meer problematische aanpassing van jongens na het verlies van een ouder. Zo kwam uit een review van Dowdney (2000) naar voren dat jongens die op jonge leeftijd een ouder hadden verloren meer psychische moeilijkheden met meer agressief gedrag lieten zien dan meisjes, die meer internaliserende symptomen vertoonden. Dit waren echter uitkomsten op de korte termijn. Weer andere studies rapporteren geen sekseverschil (Raveis et al., 1999).

De inconsistenties tussen de besproken studies zijn wellicht gedeeltelijk te verklaren door methodologische gebreken, waaronder het gebrek aan controlegroepen. Een andere verklaring ligt in resultaten die suggereren dat een interactie tussen de sekse van het kind en van de overleden ouder de uitkomsten van jong ouderverlies modereert (Dowdney, 2000; Raveis et al., 1999). Zo blijkt uit een onderzoek van Marks, Jun en Song (2007), waarbij de participanten 19 jaar of ouder waren, dat de dood van een vader tot meer negatieve effecten leidt voor zoons dan voor dochters, en dat de dood van een moeder tot meer negatieve effecten leidt voor dochters dan voor zoons. Het verlies van een vader gaat gepaard met een grotere toename van depressieve symptomen en een minder hoge zelfwaarde bij zonen dan bij dochters in een periode van 5 jaar na het overlijden. Het verlies van een moeder is geassocieerd met een grotere kans op intensief alcoholgebruik in een korte tijdspanne (*binge drinking*), een lager gerapporteerd globaal geluk, een minder hoge zelfwaarde, en een lager niveau van persoonlijke controle (*mastery*) bij dochters dan bij zoons in een periode van 5 jaar na het overlijden.

Een mogelijke verklaring voor dit interactie-effect zou kunnen zijn dat kinderen al op vroege leeftijd gesocialiseerd worden zich te identificeren met de ouder van dezelfde sekse, en dat ze op deze wijze wat meer afstand creëren met de ouder van de andere sekse (Marks, Jun & Song, 2007). Deze theoretische oriëntatie wordt gevalideerd door het empirische bewijs dat de moederdochter band gekarakteriseerd wordt door de grootste nabijheid van alle

generatiewisselingbanden en dat vaders en zoons een complexe relatie laten zien waarin meer wordt gedeeld dan vaders en dochters doen (Marks, Jun & Song, 2007).

Opgemerkt moet worden dat overgebleven vaders vaak minder bereid zijn mee te doen aan onderzoek. Deze disbalans bemoeilijkt het onderzoeken van de invloed van sekse op het rouwproces (Lenhardt & McCourt, 2000).

Doelstellingen en hypothesen

Aan dit onderzoek liggen drie doelstellingen ten grondslag:

- 1.** Het krijgen van inzicht in de lange termijn effecten van het verlies van een ouder tijdens de adolescentie in de Nederlandse samenleving. Verwacht wordt dat volwassenen die tijdens de adolescentie een ouder hebben verloren, meer psychische en lichamelijke klachten rapporteren dan volwassenen die zijn opgegroeid in een intact gezin.
- 2.** Het onderzoeken van het lange termijn effect van het verlies van een ouder in de adolescentie op de hechting in de volwassenheid. Verwacht wordt dat volwassenen met vroeg ouderverlies meer angstig en vermijdend zijn met betrekking tot hechting dan volwassenen die zijn opgegroeid in een intact gezin.
- 3.** Het onderzoeken van sekseverschillen. Hierbij zal zowel gekeken worden naar de impact van het verlies van een moeder versus het verlies van een vader, naar het verschil in rouw tussen mannen en vrouwen als naar een mogelijk interactie-effect tussen de sekse van het kind en de sekse van de overleden ouder. Er wordt een hoofdeffect verwacht, waarbij het overlijden van een moeder meer impact heeft dan het overlijden van een vader. Daarnaast wordt een interactie-effect verwacht waarbij de dood van een vader tot meer negatieve effecten zal leiden voor zonen dan voor dochters, en de dood van een moeder tot meer negatieve effecten zal leiden voor dochters dan voor zoons. Ook zal de samenhang met de uitkomstmetingen van een aantal additionele factoren onderzocht worden, zoals onder andere gezondheidsgedrag, de band met de overledene vlak voor het overlijden, en de abruptheid van het overlijden.

Methode

Onderzoeksdesign

Het onderzoek is een quasi experimenteel surveyonderzoek, waarbij van een 2 (wel/niet ouder verloren) x 2 (sekse ouder) x 2 (sekse respondent) design gebruik gemaakt is.

Benaderingsprocedure

De participanten zijn middels flyer en advertenties op het internet benaderd. De dataverzameling gebeurde met behulp van het online programma NetQuestionnaires. De online vragenlijst werd omstreeks 24 november 2008 online aangeboden en omstreeks 7 januari 2009 gesloten. Gekozen is voor het programma NetQuestionnaires vanwege het grote aantal items waaruit de vragenlijst bestaat. Daarnaast kan het onderwerp gevoelig liggen en kan het invullen van de vragenlijst gepaard gaan met pijnlijke reacties. Op deze wijze konden participanten op hun eigen wijze en in hun eigen omgeving de vragenlijst invullen. De participanten werden van tevoren op de hoogte gebracht van het doel van het onderzoek en de procedures, zodat ze een weloverwogen keuze konden maken alvorens aan het onderzoek deel te nemen (*informed consent*). Benadrukt is dat de gegevens van de participant anoniem verwerkt zouden worden en dat de participant op elk gewenst moment het invullen van de vragenlijst mocht staken.

Participanten werden opgenomen in het onderzoek wanneer zij voldeden aan de inclusiecriteria. Vanwege de homogeniteit van de groep participanten, beperkt het onderzoek zich tot het verlies van een ouder door de dood tijdens de adolescentie, dus tijdens het 10^e en 20^e levensjaar (Wereldgezondheidsorganisatie, 2008). Daarnaast moet het verlies van de ouder minimaal 2 jaar voor het invullen van de vragenlijst hebben plaatsgevonden. Dit onderzoek richt zich namelijk op de lange termijn effecten, en niet op de onmiddellijke rouwreactie. Exclusiecriteria zijn (1) als de andere ouder in of voor de adolescentie (naast de ouder die in de adolescentie overleden is) overleden is (2) als de overgebleven ouder in de afgelopen 2 jaar overleden is. Aan de controle groep zijn geen voorwaarden verbonden. In totaal hebben 401 mensen de link naar de vragenlijst aangeklikt; 123 hebben de vragenlijst direct na het lezen van de beschrijving van het onderzoek weggeklikt, 86 mensen hebben de vragenlijst gedeeltelijk ingevuld, en 192 mensen hebben de vragenlijst helemaal afgerond.

Achtergrond van de respondenten

Aan dit onderzoek hebben 179 participanten deelgenomen, waaronder 36 mannen en 143 vrouwen. De leeftijd van de participanten lag tussen de 18 en 81 jaar, met een gemiddelde van 31 jaar ($SD = .81$). De verliesgroep bestond uit 77 participanten, bij wie één ouder overleden was tijdens de adolescentie. In 34 gevallen was de overleden ouder de moeder, in 43 gevallen betrof het de vader. De leeftijd van de participanten ten tijde van het overlijden lag tussen de 10 en 20 jaar, met een gemiddelde van 15 jaar ($SD = .4$). De tijd tussen het overlijden en het invullen van de vragenlijst lag tussen de 2 en 70 jaar, met een gemiddelde van 17.8 jaar ($SD = 1.5$). De controlegroep, van wie beide ouders in de adolescentie nog in leven waren, bestond uit 102 participanten. Tabel 1 toont de demografische gegevens van zowel de verliesgroep als de controlegroep. In Tabel 2 worden de verlieskarakteristieken van de verliesgroep beschreven. Alvorens de hypothesen te toetsen, zijn eventuele verschillen tussen de verliesgroep en de controlegroep getoetst. Uit deze analyses is naar voren gekomen dat de groepen significant verschilden op leeftijd, opleiding en burgerlijke staat. De bewuste achtergrondvariabelen hingen echter niet samen met de afhankelijke variabelen (VROPSOM,

ANGschaal, SOMschaal en de ECR schalen), waardoor het opnemen van deze variabelen als covariaat niet geïndiceerd was.

Tabel 1 Demografische gegevens van de verliesgroep en de controlegroep

	Verliesgroep (N = 77)	Controlegroep (N = 102)
Leeftijd, gemiddelde (SD)	33.1 (12.4)	29.4 (9.3)
Sekse N (%)		
Vrouw	63 (44.1)	80 (55.9)
Man	14 (38.9)	22 (61.1)
Nationaliteit N (%)		
Nederlands	77 (43.8)	99 (56.2)
Andere nationaliteit	0 (0.0)	3 (100.0)
Burgerlijke staat N (%)		
Alleenstaand	29 (32.2)	61 (67.8)
Samenwonend	17 (42.5)	23 (57.5)
Gehuwd	28 (65.1)	15 (34.9)
Gescheiden	3 (50.0)	3 (50.0)
Opleiding N (%)		
Geen opleiding	2 (33.3)	4 (66.7)
Mbo	24 (54.5)	20 (45.5)
Hbo	32 (50.8)	31 (49.2)
Wo	10 (26.3)	28 (73.7)
Andere opleiding	9 (32.1)	19 (67.9)

Tabel 2 Verlieskarakteristieken voor de verliesgroep

Leeftijd ten tijde van het verlies (jaren)	
Gemiddelde (SD)	15 (.4)
Range	10-20
Tijd sinds overlijden (jaren)	
Gemiddelde (SD)	17.8 (1.5)
Range	2-70
Sekse van de overleden ouder (N)	
Moeder	34
Vader	43
Doodsoorzaak (N)	
Natuurlijke dood	63
Ongeval	7
Zelfmoord	5
Moord	1
Euthanasie	1

Meetinstrumenten

De belangstelling gaat in dit onderzoek uit naar de lange termijn psychische en fysieke gevolgen van een verlies van een ouder tijdens de adolescentie. Daarnaast ligt de interesse bij de vorm van hechting na het verlies. De meetinstrumenten die in deze paragraaf worden besproken, betreffen derhalve voornamelijk dit terrein.

Algemene gegevens

Om een beeld te kunnen vormen van eventuele mediërende en modererende factoren, is een aantal korte vragen met betrekking tot de demografische gegevens, zoals geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, nationaliteit, opleiding, gezinssamenstelling en - situatie, afgenomen. Tevens zijn vragen voorgelegd met betrekking tot het verlies van een/beide ouder(s). Deze vragen dienden tevens ter selectie van de participanten.

Daarnaast is ingegaan op de toedracht van het overlijden. Vragen hadden betrekking op de doodsoorzaak, de leeftijd van de participant op het moment van overlijden, de leeftijd van de overledene, en de mate waarin de dood onverwacht was. Ook is navraag gedaan naar de band van de participant met beide ouders voor het overlijden van de ouder(s), en naar een eventueel nieuwe relatie van de overlevende ouder.

De afsluitende vraag van de vragenlijst had betrekking op belangrijke recent meegemaakte gebeurtenissen, om zodoende voor de invloed van een andere recente belangrijke gebeurtenis te kunnen controleren.

Psychische gezondheid

Voor wat betreft de inventarisatie van psychische klachten bij de respondenten is in het onderzoek gebruik gemaakt van de volgende lijsten:

VROPSOM

Om de psychische gesteldheid van de respondenten te inventariseren is gebruik gemaakt van de VROPSOM-M (Rooijen, 1986). De VROPSOM is een instrument dat gebruikt kan worden ter bepaling van het depressief affect. De VROPSOM bepaalt in hoeverre een depressieve gemoedsgesteldheid bij iemand aanwezig is. Dat wil zeggen, dat de mate waarin de persoon nare, onprettige stemmingen of gevoelens ervaart en prettige emoties mist, bepaald wordt. Andere tot het klinische depressiesyndroom behorende somatische symptomen, cognitieve processen of gedragsuitingen worden er niet mee vastgesteld. De VROPSOM-M is de Nederlandse bewerking van de Depression Adjective Checklist van Lubin uit 1965 door Van Rooijen (Rooijen, 1986).

De vragenlijst bestaat uit 34 woorden die stemmingen of gevoelens weergeven. De lijst bestaat uit twee schalen, de dysforie-subschaal, bestaande uit 22 woorden die onplezierige gevoelens uitdrukken en de euforie-subschaal, bestaande uit 12 woorden die plezierige gevoelens uitdrukken. De respondenten dienen alle woorden aan te kruisen die beschrijven hoe zij zich *in het algemeen* voelen. De COTAN-beoordeling uit 1981 beoordeelt bij de VROPSOM-lijsten de betrouwbaarheid goed, de begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit als voldoende (Cotan, 1981). De Chronbach's α was .86 voor deze studie, wat beoordeeld kan worden als goed.

Bewerkte angstschaal gebaseerd op de angstsubschaal uit de SCL-90 (ANGschaal)

Om angstklachten onder de respondenten te inventariseren, is gebruik gemaakt van een bewerkte angstschaal gebaseerd op de angst subschaal uit de SCL-90. De angstschaal bestaat uit 10 items (klachten) die gescoord dienen te worden op een 5-puntsschaal, welke loopt van 'helemaal niet' tot 'heel erg'. De participant dient aan te geven in welke mate deze zich in de afgelopen maand gehinderd voelde door de klachten. Voor de interne consistentie van de

schaal kan een alpha coëfficiënt verwacht worden die sterk overeenkomt met die van de oorspronkelijke subschaal uit de SCL-90 vanwege minimale aanpassingen. Zo blijkt de alpha coëfficiënt voor de interne consistentie van de angstsubschaal uit de SCL-90, onderzocht bij 17 proefgroepen, een laagste alpha van .71 te hebben en een hoogste alpha van .91. De Chronbach's α voor deze studie was .90, wat als goed beoordeeld kan worden.

Fysieke gezondheid

Voor wat betreft de inventarisatie van de fysieke gezondheid bij de respondenten is in het onderzoek gebruik gemaakt van:

Bewerkte somatisatieschaal gebaseerd op de somatisatieschaal uit de SCL-90 (SOMSchaal)

De somatische schaal bestaat uit 12 items (klachten), die gescoord dienen te worden op een 5-puntsschaal welke loopt van 'helemaal niet' tot 'heel erg'. De participant dient aan te geven in welke mate deze zich in de afgelopen maand gehinderd voelde door de klachten. Voor de interne consistentie van de schaal kan een alpha coëfficiënt verwacht worden die sterk overeenkomt met die van de somatische schaal uit de SCL-90 vanwege minimale aanpassingen. Zo blijkt de alpha coëfficiënt voor de interne consistentie van de somatische subschaal uit de SCL-90, onderzocht bij 17 proefgroepen, een laagste alpha van .74 te hebben en een hoogste alpha van .89. De Chronbach's α die voor deze studie berekend is, betrof .83, wat als goed kan worden beoordeeld.

Vragen met betrekking tot het gezondheidsgedrag en medische consumptie

Tevens is er een aantal vragen afgenomen met betrekking tot het gezondheidsgedrag (roken/beweging/alcoholische consumptie en drugsgebruik) en de medische consumptie van de participant. Zo werden er vragen gesteld met betrekking tot doktersbezoek, ziekenhuisbezoek, het hebben van ziekten en het gebruik van pijnstillers.

Hechting

The Revised Experiences in Close Relationships questionnaire(ECR-R)

Om de mate van hechting te meten aan mensen waarmee een intieme relatie bestaat (partner, familie, vrienden) in de volwassenheid is er gebruik gemaakt van de Revised Experiences in Close Relationships Self-Report vragenlijst (ECR-R). De schaal meet de twee dimensies, hechtingsgerelateerde angst en hechtingsgerelateerde vermijding, die onderliggend voor het hechtingsconstruct zijn. De schaal bestaat uit 36 items die romantische hechting meten. De ECR-R bestaat uit twee subschalen, de angst subschaal en de vermijding subschaal, beide bestaande uit 18 stellingen die gescoord moeten worden op een 7-punts likertschaal (1 = sterk mee oneens; 7 = sterk mee eens).

Uit een onderzoek van Sibley en Liu (2004) blijkt dat de betrouwbaarheid voor de vermijding subschaal een alfa van .93 heeft en voor de angst subschaal een alfa van .95. Tevens is gebleken uit de studie dat 86 % van de variantie in een herhaalde meting overeenkomt in zowel de vermijding subschaal als in de angst subschaal na een periode van zes weken. Dit suggereert dat de ECR-R een stabiele schatting geeft van de hechtingstrek.

Uit een studie van Sibley, Fischer en Liu (2005) waarin de betrouwbaarheid en de validiteit van de ECR-R vragenlijst onderzocht werd, blijkt dat de temporele stabiliteit en factor structuur van de ECR op zowel de angst subschaal als de vermijding subschaal een gedeelde variantie hebben van 84% en 85% voor een periode van 3 weken. Ook blijkt dat de ECR-R nauwkeurig de twee dimensies angst en vermijding meet. Eveneens blijkt dat de ECR-R een geschikte convergente en discriminatieve validiteit heeft (Sibley et al., 2005).

Gebleken uit de literatuur is dat ECR-R een goede betrouwbaarheid heeft, een geschikte discriminatieve en convergente validiteit en voor ongeveer 85% constant blijft in variantie na

een korte periode van een aantal weken. Gekozen is voor de ECR-R omdat dit instrument geschikt is voor een betrouwbare meting van de hechting. De Chronbach's α was .91 voor deze studie, wat als goed kan worden beoordeeld.

Resultaten

Psychische en lichamelijke klachten

Alvorens de analyses uit te voeren, zijn de correlaties tussen de VROPSOM, de ANGschaal en de SOMschaal berekend. De schalen hangen significant met elkaar samen (zie Tabel 3). Om kanskapitalisatie te verkleinen, is gebruik gemaakt van een MANOVA.

Tabel 3 Correlaties tussen de VROPSOM, ANGschaal en SOMschaal

Schaal	VROPSOM	ANGschaal	SOMschaal
VROPSOM	1.0	.61**	.57**
ANGschaal	.61**	1.0	.67**
SOMschaal	.57**	.67**	1.0

** significant op $p < .01$

Om te onderzoeken of volwassenen, die tijdens de adolescentie een ouder verloren hebben, meer psychische klachten rapporteren dan volwassen die zijn opgegroeid in een intact gezin, zijn de VROPSOM en de ANGschaal afgenomen.

Een MANOVA (waarbij gebruik werd gemaakt van Wilks' Lambda) liet geen significant verschil zien met betrekking tot de VROPSOM, de ANGschaal en de SOMschaal ($F(1,177) = 1.88$, $p > .05$). Er lijkt echter wel een trend te bestaan waarbij de verliesgroep meer depressieve klachten en angstklachten rapporteert. Deze trend, in combinatie met de lage power, heeft doen besluiten de univariate resultaten toch in ogenschouw te nemen.

Tabel 4 toont de gemiddelde scores en standaarddeviaties op deze schalen voor zowel de verliesgroep als de controlegroep. In vergelijking met de controlegroep, rapporteert de verliesgroep significant meer depressieve gevoelens ($F(1,177) = 6.52$, $p < .05$, partial $\eta^2 = .036$). Gezondheidsgedrag hangt niet significant samen met deze uitkomst ($F(1,176) = .03$, $p > .05$, partial $\eta^2 = .00$), belangrijke gebeurtenissen in de afgelopen twee jaar verklaren daarentegen wel een gedeelte van de variantie ($F(1,176) = 5.89$, $p < .05$, partial $\eta^2 = .03$). Op de ANGschaal zijn geen groepsverschillen gevonden ($F(1,177) = 1.97$, $p > .05$, partial $\eta^2 = .011$). Met betrekking tot de psychische klachten kan gesteld worden dat volwassenen met vroeg ouderverlies meer depressieve gevoelens, maar niet meer angstklachten, rapporteren dan volwassenen die opgegroeid zijn in een intact gezin.

Tabel 4 Gemiddelden en SD op de VROPSOM, ANGschaal en de SOMschaal.

Schaal	Verliesgroep N = 77	Controlegroep N = 102	Totaal N = 179
VROPSOM, gemiddelde, (SD)	12.51 (6.79)*	10.33 (4.58)*	11.27 (5.72)
ANGschaal, gemiddelde, (SD)	6.66 (6.73)	5.37 (5.56)	5.93 (6.11)
SOMschaal, gemiddelde, (SD)	7.55 (6.53)*	5.21 (4.53)*	6.21 (5.59)

* significant op $p < .05$

Ten behoeve van de inventarisatie van de fysieke klachten onder beide groepen is gebruik gemaakt van de SOMschaal (zie Tabel 4 voor de gemiddelde scores en standaarddeviaties). Zoals verwacht rapporteert de verliesgroep significant meer fysieke klachten dan de groep waarvan beide ouders nog in leven waren tijdens de adolescentie ($F(1,177) = 8.00$, $p < .05$, partial $\eta^2 = .04$). Wanneer gecontroleerd wordt voor gezondheidsgedrag, blijkt dat een gedeelte van de variantie op de SOMschaal verklaard kan worden door het

gezondheidsgedrag ($F(1,176) = 4.62, p < .05, \text{partial } \eta^2 = .03$). Eveneens blijken belangrijke gebeurtenissen die in de afgelopen twee jaar hebben plaatsgevonden een gedeelte van de variantie op de SOMschaal te verklaren ($F(1,176) = 4.24, p < .05, \text{partial } \eta^2 = .02$). Tevens zijn groepsverschillen gevonden met betrekking tot de subjectieve beoordeling van de eigen gezondheid ($F(1,177) = 3.99, p < .05, \text{partial } \eta^2 = .02$). De verliesgroep beoordeelt de eigen gezondheid slechter dan de controlegroep. Er werd echter geen significant verschil gevonden voor zaken als doktersbezoek, ziekenhuisbezoek, medicatiegebruik het hebben van griep en ziekten.

Toedracht van het overlijden

Om nuances in de resultaten tot uiting te brengen, zijn een aantal extra variabelen in de analyses meegenomen. Zo blijkt de leeftijd van de participant ten tijde van het overlijden significant samen te hangen met ECR angstsubscalaal ($r = -.262, p < .05$).

De leeftijd van de participant ten tijde van het overlijden blijkt van invloed te zijn op de angstsubscalaal van de ECR, hoe ouder de participant hoe lager men scoort op de ECR angstsubscalaal. Om deze reden is gecontroleerd voor leeftijd ten tijde van het overlijden. Gebleken is dat een deel van de variantie op de ECR-angstsubscalaal door deze factor verklaard wordt ($F(1,75) = 5.5, p < .05, \eta^2 = .07$).

De tijd die verstreken is tussen het overlijden en het invullen van de vragenlijst hangt daarentegen niet significant samen met de uitkomstmetingen. Ook de doodsoorzaak hangt niet significant samen met de uitkomstmetingen. Opgemerkt moet worden dat de verdeling van doodsoorzaken scheef was (zie methodesectie, Tabel 2). Ten slotte is uit de analyses gebleken dat de impact van het verwacht of onverwacht overlijden niet significant verschilt.

Persoonlijke factoren

Er zijn drie persoonlijke variabelen in de analyses meegenomen. Ten eerste zijn sekseverschillen onderzocht. Gekeken is naar de impact van het verlies van een moeder versus het verlies van een vader en naar een mogelijk interactie-effect tussen de sekse van het kind en de sekse van de overleden ouder. Daarnaast is er gekeken of vrouwen en mannen in de verliesgroep verschillen in hun scores op de uitkomstmetingen.

Een MANOVA (waarbij gebruik werd gemaakt van Wilks' Lambda) liet geen significant verschil zien met betrekking tot de VROPSOM, de SOMschaal en de ANGschaal ($F(1,177) = .18, p > .05$). Ook hier zijn weer de univariate resultaten bekeken. Een vergelijking van de gemiddelde scores (van de groep die een moeder en van de groep die een vader heeft verloren) laat zien dat er geen hoofdeffect is voor de impact van het verlies van een moeder versus de impact van het verlies van een vader. Dit geldt zowel voor de psychische klachten, gemeten met de VROPSOM ($F(1,73) = .24, p > .05$) en de ANGschaal ($F(1,73) = .04, p > .05$), alsook voor de fysieke klachten, gemeten met de SOMschaal ($F(1,73) = .00, p > .05$). Eveneens laat de vergelijking geen hoofdeffect zien met betrekking tot hechting, gemeten met de ECR-vermijdingsdimensie ($F(1,73) = .02, p > .05$) en de ECR-angstdimensie ($F(1,73) = .10, p > .05$).

Ook het interactie-effect tussen de sekse van het kind en de sekse van de overleden ouder was niet significant bevonden voor de VROPSOM ($F(1,73) = .01, p > .05$), de ANGschaal ($F(1,73) = .36, p > .05$), de SOMschaal ($F(1,73) = 1.07, p > .05$), de ECR- vermijdingssubscalaal ($F(1,73) = .77, p > .05$) en de ECR- angstsubscalaal ($F(1,73) = 1.29, p > .05$). Voor de uitkomstmetingen is het niet van belang of de sekse van het kind en de sekse van de overleden ouder al dan niet overeenkomen. Deze bevindingen komen niet overeen met de hypothesen.

De laatste vergelijking met betrekking tot sekse liet zien dat de gemiddelde scores tussen mannen en vrouwen in de verliesgroep (zie Tabel 5) alleen significant van elkaar verschillen op gezondheidsgedrag ($F(1,75) = 4.41, p < .05, \text{partial } \eta^2 = .06$). Een analyse van het

interactie-effect tussen sekse en conditie (verlies of niet), liet echter geen significant resultaat zien ($F(1, 177) = 1.59, p > .05$). Het verschil in gezondheidsgedrag tussen mannen en vrouwen in de verliesgroep, is dus niet terug te voeren op het verlies van een ouder of niet. Mannen lijken over het algemeen slechter gezondheidsgedrag te hebben.

Tabel 5 Gemiddelde en SD van mannen en vrouwen op de VROPSOM, ANG-schaal, SOM-schaal, ECR vermijdingsschaal en de ECR angstschaal

Schaal	Man N = 14	Vrouw N = 63	Totaal N = 77
VROPSOM			
gemiddelde (SD)	11.64 (7.39)	12.70 (6.70)	12.51 (6.79)
ANG-schaal			
gemiddelde (SD)	5.21 (4.90)	6.98 (7.07)	6.66 (6.74)
SOM-schaal			
gemiddelde (SD)	6.71 (6.08)	7.73 (6.66)	7.55 (6.53)
ECR vermijdingsschaal			
gemiddelde (SD)	47.86(12.37)	52.33 (18.21)	51.52(17.31)
ECR angstschaal			
gemiddelde (SD)	36.79 (27.01)	43.75(21.69)	42.48(22.71)
Gezondheidsgedrag,			
gemiddelde (SD)	4.43 (2.24) *	3.17 (1.97)*	3.40 (2.07)

* significant op $p < .05$

De andere twee persoonlijke variabelen die onderzocht zijn, betreffen opleiding en leeftijd. Beide variabelen hangen niet significant samen met de uitkomstmetingen.

Interpersoonlijke factoren

Tot slot zijn er vier interpersoonlijke factoren onderzocht. In dit onderzoek is gebleken dat de band met de overleden ouder vlak voor het overlijden niet significant samenhangt met de uitkomstmetingen. Opgemerkt moet worden dat bijna alle respondenten deze band beschrijven als 'goed', hetgeen wellicht verklaard wordt door het retrospectieve karakter van de wijze waarop dit is geïnventariseerd. Eveneens blijkt de band met de overgebleven ouder vlak voor het overlijden niet significant samen te hangen met de uitkomstmetingen.

Uit de analyses is daarnaast gebleken dat het aangaan van een nieuwe relatie door de overgebleven ouder met geen enkele uitkomstmeting samenhangt. Tevens blijkt scheiding van de ouders (bij de controlegroep) niet samen te hangen met de uitkomstmetingen.

Mate van hechting

Om te onderzoeken of volwassenen met vroeg ouderverlies meer angstig en vermijgend gehecht zijn binnen intieme relaties dan volwassenen die opgegroeid zijn in intacte families, is de ECR afgenomen. In Tabel 6 zijn de gemiddelde scores en de standaarddeviaties op deze schaal voor zowel de verliesgroep als de controlegroep terug te vinden. Tegen de verwachting in werd géén significant verschil gevonden tussen de verliesgroep en de controlegroep. Deze

bevinding heeft betrekking op zowel de ECR-vermijdingsdimensie ($F(1,177) = 1.56, p > .05$, $\text{partial } \eta^2 = .01$) als op de ECR-angstdimensie ($F(1,177) = 1.34, p > .05$, $\text{partial } \eta^2 = .01$). Omdat het niet uit te sluiten is dat de leeftijd ten tijde van het overlijden van invloed is op de ECR schalen, waarbij patronen elkaar kunnen neutraliseren, is een MANOVA uitgevoerd waarin de verliesgroep is opgesplitst in twee groepen (10-15 jaar en 16-20 jaar). De gemiddelde scores op de ECR vermijdingsschaal verschillen niet significant ($F(1,75) = .19, p > .05$), evenals de scores op de ECR angstschaal ($F(1,75) = 1.57, p > .05$). Uit de analyses is daarnaast gebleken dat het aangaan van een nieuwe relatie door de overgebleven ouder niet significant samenhangt met de uitkomstmetingen. Tevens blijkt scheiding van de ouders (bij de controlegroep) niet samen te hangen met de uitkomstmetingen.

Tabel 6 Gemiddelde scores en SD op beide schalen van de ECR

Schaal	Verliesgroep N = 77	Controlegroep N = 102	Totaal N = 179
ECR-Vermijding, gemiddelde (SD)	51.52 (17.31)	48.2 (17.84)	49.63 (17.64)
ECR-Angst, gemiddelde, (SD)	42.48 (22.71)	38.84 (19.3)	40.41 (20.85)

* significant op $p < .05$

Discussie

Dit onderzoek sluit aan bij literatuur over de gevolgen van vroeg ouderverlies, en levert een bijdrage hieraan door: (1) de focus te leggen op *klachten* in plaats van op klinische stoornissen, (2) de *lange termijn effecten* te bestuderen en niet de directe gevolgen en ten slotte (3) door *adolescenten* als een afzonderlijke groep te beschouwen, met een eigen rouwproces. Een eerste doel van deze studie betrof het verkrijgen van inzicht in de psychische en fysieke lange termijn effecten van het verlies van een ouder tijdens de adolescentie in de Nederlandse samenleving. Een tweede doel was het onderzoeken van het lange termijn effect van het verlies van een ouder in de adolescentie op de hechting in de volwassenheid. Ten slotte zijn sekseverschillen in ogenschouw genomen.

Psychische en lichamelijke klachten

Het theoretische kader dat in de inleiding geschetst is, suggereert dat mensen met vroeg ouderverlies meer psychische en lichamelijke klachten zouden ondervinden dan mensen van wie beide ouders in de adolescentie nog in leven waren. Deze hypothese wordt gedeeltelijk ondersteund door de resultaten van dit onderzoek. Hoewel een MANOVA (waarbij gebruik werd gemaakt van Wilks' Lambda) geen significant verschil liet zien met betrekking tot de VROPSOM, de ANG-schaal en de SOM-schaal, lijkt er echter wel een trend te bestaan waarbij de verliesgroep meer depressieve klachten en angstklachten rapporteert. Deze trend, in combinatie met de lage power, heeft doen besluiten de univariate resultaten toch in ogenschouw te nemen.

Met betrekking tot de psychische klachten werd in deze studie een associatie gevonden tussen het verlies van een ouder in de adolescentie en het ervaren van depressieve gevoelens. Deze bevinding is consistent met eerder onderzoek, dat liet zien dat vroeg ouderverlies op de korte termijn over het algemeen gepaard gaat met verdriet en somberheid (Dowdney, 2000). Ook sluit deze bevinding aan bij onderzoek dat heeft aangetoond dat wanneer er op de lange termijn klinische stoornissen gevonden worden, deze meestal de vorm aannemen van een depressie (Cerel et al., 2006; Gray, 1987; Mack, 2001; Nelson, 1982). Uit de analyses is verder gebleken dat belangrijke gebeurtenissen die in de afgelopen 2 jaar hebben plaatsgevonden een gedeelte van de variantie op de VROPSOM verklaren. Belangrijke gebeurtenissen in de afgelopen 2 jaar spelen dus, zoals verwacht, een rol bij het ervaren van de depressieve gevoelens.

Echter, tegen de verwachting in rapporteren volwassenen met vroeg ouderverlies niet meer angstklachten dan volwassenen die opgegroeid zijn in een intact gezin. Er zijn drie plausibele verklaringen voor deze bevinding. Ten eerste zijn de items uit de ANG-schaal wellicht te algemeen. De angst subschaal uit de SLC-90, de schaal waarop de ANG-schaal gebaseerd is, kan opgevat worden als een aanduiding van gegeneraliseerde angst (Arrindell & Ettema, 1986). Dowdney (2000) stelde echter dat er weinig bewijs is voor een relatie tussen vroeg ouderverlies en de ontwikkeling van een gegeneraliseerde angststoornis. Specifieke angsten met betrekking tot separatie en dood zouden daarentegen veelvoorkomend zijn. De inhoud van de angsten zou grotendeels beperkt zijn tot specifieke zorgen over de veiligheid van de overlevende ouder en andere familieleden, en separatieangst. Zoals een respondent vermeldde aan het eind van de vragenlijst: "Wat blijft is de angst om mensen te verliezen. Als die kern wordt geraakt, door de paar mensen waar ik heel veel van hou, kan ik weer helemaal panisch worden". Wellicht dat er wel een significant verschil gevonden zal worden wanneer er gebruik wordt gemaakt van een schaal met verliesgerelateerde angstitems. Een tweede verklaring vormt de lage power van de analyse; deze verkleint de kans op het vinden van een

significant resultaat. Een derde verklaring vormt het gegeven dat er wellicht daadwerkelijk geen significant verschil bestaat.

Met betrekking tot fysieke klachten is gevonden dat de verliesgroep significant meer fysieke klachten rapporteert dan de groep waarvan beide ouders nog in leven waren tijdens de adolescentie. Dit ondersteunt de bevinding van M. Stroebe, Schut en W. Stroebe (2007). In hun review kwam naar voren dat sommige onderzoekers meer fysieke gezondheidsklachten rapporteren bij mensen die een verlies hebben meegemaakt dan bij een gematchte controle groep. De resultaten uit de review hadden echter met name betrekking op mensen die hun partner hebben verloren. Dit onderzoek heeft aangetoond dat bovengenoemde bevinding tevens van toepassing is op mensen die in de adolescentie een ouder hebben verloren.

Tevens zijn de resultaten met betrekking tot gezondheidsgedrag in overeenstemming met eerdere bevindingen (Agid et al., 1999; Luecken, 2008). Ook in dit onderzoek vormt gezondheidsgedrag een mechanisme dat vroeg ouderverlies kan linken aan de fysieke gezondheid; een gedeelte van de variantie op de SOMschaal verklaard worden door gezondheidsgedrag. Zo kan slecht gezondheidsgedrag, zoals roken, overmatige alcoholconsumptie en een sedentaire levensstijl de gezondheid, en dus ook het ontwikkelen van fysieke klachten, beïnvloeden (Luecken, 2008).

Ook verklaren belangrijke gebeurtenissen die in de afgelopen twee jaar hebben plaatsgevonden een gedeelte van de variantie op de SOMschaal¹. Daarnaast blijkt de subjectieve beoordeling van de eigen gezondheid significant te verschillen tussen de verliesgroep en de controlegroep. Deze resultaten zijn in lijn met de bevindingen van Krause (2008). In zijn onderzoek kwam naar voren dat de gecombineerde effecten van vroeg ouderverlies en recente stressvolle gebeurtenissen, geassocieerd zijn met zowel een afname in de globale beoordeling van de gezondheid als met het aantal chronische en acute aandoeningen.

De analyses lieten echter geen significant verschil zien voor zaken als doktersbezoek, ziekenhuisbezoek en medicatiegebruik, wat niet overeenkomt met de bevindingen van M. Stroebe, Schut en W. Stroebe (2007). Deze discrepantie kan verklaard worden door het gegeven dat de resultaten uit de review, zoals reeks eerder vermeld, voornamelijk betrekking hadden op mensen met partnerverlies. Ook kan een te lage power geresulteerd hebben in het vinden van geen significant resultaat. Eveneens werd er geen significant verschil gevonden tussen de verliesgroep en de controlegroep met betrekking tot griep en ziekte. Dit is in tegenspraak met de bevindingen van Agid et al. (1999) waarbij meer fysieke ziekten gerapporteerd werden door mensen die op vroege leeftijd een ouder verloren hadden.

Achtergrondkarakteristieken

Aangezien gebleken is dat verschillende achtergrondkarakteristieken van het kind, de ouder en de familie van invloed kunnen zijn op het rouwproces en de uitkomsten daarvan, is het van belang deze variabelen in ogenschouw te nemen (Raveis et al., 1999).

Met betrekking tot sekse is gekeken naar de impact van het verlies van een moeder versus het verlies van een vader en naar een mogelijk interactie-effect tussen de sekse van het kind en de sekse van de overleden ouder. Daarnaast is er gekeken of vrouwen en mannen in de verliesgroep verschillen in hun scores op de uitkomstmetingen.

Uit de literatuur komt naar voren dat het verlies van een moeder meer impact zou hebben dan het verlies van een vader. Zo zouden kinderen van alle leeftijden geneigd zijn om meer betrokken te zijn en zich meer verbonden te voelen met hun moeders dan met hun vaders (Umberson, 2003). In dit onderzoek is echter geen significant verschil voor de impact van het

¹ De belangrijke gebeurtenissen die mensen beschreven, betroffen onder andere de dood van een dierbare, scheiding en ontslag.

verlies van een moeder versus de impact van het verlies van een vader gevonden. Dit geldt zowel voor de psychische klachten, de fysieke klachten als ook met betrekking tot hechting. Er bestaan veel ingesleten gedragspatronen en verwachtingspatronen ten aanzien van de verdeling van arbeid en zorg tussen de seksen (Zanden, 2000). De gezinssituatie werd in de jaren '50 en '60 op vanzelfsprekende wijze beschreven als die waarin moeder thuis voor de kinderen zorgt en vader de kostwinnaar is. Gesteld werd dat de moeder per definitie een zeer bijzondere band had met de kinderen. Ze zou een stempel drukken op het kind, die het kind nooit meer zou verliezen (Wubs, 2000). Tegenwoordig worden andere eisen gesteld aan vaders. Verwacht wordt dat ze meer betrokkenheid tonen bij de opvoeding en zorgzame, affectieve relaties ontwikkelen met hun kinderen (Wubs, 2000). Wellicht zijn de rolpatronen veranderd, waarbij vaders meer zorg dragen voor de kinderen. Dit zou kunnen verklaren waarom de impact van het verlies van een moeder niet groter is dan het verlies van een vader. Eveneens is geen significant interactie-effect gevonden tussen de sekse van het kind en de sekse van de overleden ouder. Het lijkt voor de uitkomstmetingen niet van belang te zijn of de sekse van het kind en de sekse van de overleden ouder al dan niet overeenkomen. Dit is in tegenspraak met de bevindingen van Marks, Jun en Song (2007). Deze onderzoekers vonden dat de dood van een vader tot meer negatieve effecten leidt voor zoons dan voor dochters, en dat de dood van een moeder tot meer negatieve effecten leidt voor dochters dan voor zoons. Mogelijk zijn de bevindingen van dit onderzoek in lijn met de verklaring van Downey (geciteerd in Chillot, 1998). Downey stelde dat de overgebleven ouder de rol van de overleden ouder aanneemt; de overgebleven ouder wordt zowel moeder als vader. Om deze reden zou het niet erger zijn de ouder van dezelfde sekse te verliezen.

Tot slot liet de vergelijking van mannen en vrouwen in de verliesgroep op de uitkomstmetingen zien dat de er alleen een significant verschil bestaat tussen de groepen op het gezondheidsgedrag. Zo vertonen mannen slechter gezondheidsgedrag dan vrouwen. Dit verschil was echter niet toe te schrijven aan het verlies van een ouder. Een mogelijke verklaring voor de niet significante resultaten zou kunnen liggen in het feit dat rouw een complex fenomeen is, en dat het effect van risicofactoren vaak zit in de interactie van factoren. Zo zou sekse kunnen interacteren met de band met de overledene, de band met de overgebleven ouder, en met hoe men de ouderlijke zorg waarneemt (Kitmanura, Sugawara, Shima & Toda, 1999).

Met betrekking tot het onderzoek naar sekseverschillen dient tot slot opgemerkt te worden dat gegeven de scheve sekseverdeling en het kleine aantal mannen (N=36), er geen definitieve interpretatie kan worden toegeschreven aan de bevindingen.

Hechting

Tegen de verwachting in werd in deze studie geen verschil gevonden tussen volwassenen met vroeg ouderverlies en de controlegroep met betrekking tot hechting. Dit resultaat is inconsistent met de bevindingen van Brennan en Shaver (1998). In hun studie kwam naar voren dat de participanten die een ouder verloren hadden meer geneigd waren om een afwijzende hechtingsstijl te hebben (ofwel hoog scoren op de vermijdingsdimensie uit de ECR) dan de participanten van wie beide ouders nog in leven waren.

Een mogelijke verklaring voor deze discrepantie is dat de resultaten meer consistent zijn met de bevindingen van Fraley (2002), welke impliceren dat hechtingspatronen het beste worden verklaard door het prototype perspectief. Volgens dit perspectief worden representaties van vroege ervaringen behouden over de tijd en blijven deze een invloedrijke rol spelen bij hechtingsgedrag gedurende de levensduur. Dus ondanks dat het leven vaak vol zit met ingrijpende gebeurtenissen, zoals het overlijden van een ouder, zouden mensen de neiging hebben relatief dichtbij hun originele hechtingspatroon te blijven.

Een andere verklaring is dat het verlies van de hechttingspersoon gecompenseerd wordt door de overlevende ouder. Dit zou consistent zijn met de stresstheorie, die stelt dat het verlies van een dierbare leidt tot tekorten in het steunsysteem die kunnen worden gecompenseerd door anderen (Stroebe et al., 2004).

Overige factoren

Om nuances in de resultaten tot uiting te brengen, zijn een aantal extra variabelen in de analyses meegenomen. Ten eerste is er gekeken naar de factoren rond de toedracht van het overlijden. Zo blijkt de leeftijd van de participant ten tijde van het overlijden een deel van de variantie op de ECR-vermijdingsschaal te verklaren. Factoren die niet samen hangen met de uitkomstmetingen, betreffen de tijd die verstreken is tussen het overlijden en het invullen van de vragenlijst en de doodsoorzaak. Opgemerkt moet worden dat de verdeling van doodsoorzaken scheef was, en dat doodsoorzaak in meerdere studies geen significante predictor is gebleken (Melhem, Walker, Moritz & Brent, 2008; Stroebe et al., 2004). Ook blijkt de abruptheid van het overlijden niet samen te hangen met de scores van de uitkomstmetingen, wat in tegenspraak is met zowel de stresshypothese als de attachment theorie. Deze stellen dat de geleidelijkheid van de verandering (plotseling of langzame dood) en de tijd die men heeft om daaraan te wennen, van invloed zijn op latere klachten (Stroebe et al., 2004). Een mogelijke verklaring voor de discrepantie tussen de literatuur en de bevindingen, is dat de abruptheid van het overlijden interacteert met andere factoren. Zo blijkt de impact van een (on)verwacht overlijden samen te hangen met de zelfwaarde van de persoon en van de locus of control (Stroebe et al., 2004). In de studie van Gray (1987) is daarnaast gebleken dat de abruptheid van het overlijden interacteert met de relatie met de overlevende ouder, voor het overlijden.

In de tweede plaats zijn er vier interpersoonlijke factoren onderzocht. In dit onderzoek is gebleken dat de band met de overleden ouder vlak voor het overlijden niet samenhangt met de uitkomstmetingen, wat in tegenspraak is met eerder onderzoek (Stroebe et al., 2004). Eveneens blijkt de band met de overgebleven ouder vlak voor het overlijden, het aangaan van een nieuwe relatie door de overgebleven ouder en scheiding van de ouders (bij de controlegroep) niet significant samen te hangen met de uitkomstmetingen. Ook dit komt niet overeen met eerdere bevindingen (Dowdney, 2000; Leucken, 2008).

Beperkingen

Er moet opgemerkt worden dat, gegeven de beperkingen van het onderzoek, er geen definitieve interpretatie kan worden toegeschreven aan de bevindingen.

In de eerste plaats dient men rekening te houden met het feit dat het aantal participanten beperkt is, wat heeft geleid tot een kleinere power dan gewenst voor de uitgevoerde analyses. Mogelijk heeft deze kleinere power geleid tot de niet significante resultaten. Gegeven het bescheiden aantal participanten betreft een andere beperking de mogelijkheid dat de onderzoeksgroep niet representatief is voor de algemene populatie.

Ten tweede is er sprake van een scheve sekseverdeling in zowel de verliesgroep als in de controlegroep. Daarnaast is het aantal mannen in zowel de verliesgroep als de controlegroep zeer klein (respectievelijk N=14 en N=22), waardoor de mogelijkheid om definitieve interpretaties aan de resultaten met betrekking tot sekse toe te schrijven nog meer verkleind wordt.

Ten derde dient opgemerkt te worden dat er mogelijk sprake is geweest van een *referral bias*, waarbij mensen met vroeg ouderverlies die meer klachten ervaren dan mensen met vroeg ouderverlies die weinig klachten ervaren, meer geneigd zijn te participeren aan het onderzoek. Ten vierde beperken het cross-sectionele design en de retrospectieve aard van de metingen de conclusies met betrekking tot causale effecten van vroeg ouderverlies. Daarnaast is de studie

wegens het cross-sectionele design en de subjectieve aard van de metingen onderworpen aan de bias als gevolg van de huidige mentale staat.

Een vijfde beperking van het onderzoek betreft de band/relatie met de overledene vlak voor het overlijden. Gebleken is dat dit een predictor vormt van klachten op de lange termijn (Stroebe, et al. 2004). Deze variabele kon echter niet onderzocht worden, omdat de meeste participanten deze relatie als 'zeer goed' beschreven, hetgeen wellicht verklaard wordt door het retrospectieve karakter van de wijze waarop dit is geïnventariseerd. Om deze reden wordt prospectief onderzoek aangeraden. Ook was er geen vraag met betrekking tot de band met de overgebleven ouder na het overlijden opgenomen. Deze factor lijkt echter geassocieerd te zijn met verschillende uitkomstmetingen (Luecken, 2008).

Toekomstig onderzoek dient rekening te houden met bovenstaande beperkingen. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op culturele diversiteit aangezien het huidige onderzoek enkel betrekking heeft op de Nederlandse samenleving. Mogelijk spelen culturele verschillen en verschil in geloofsovertuiging een belangrijke rol bij de uitkomstmetingen. Daarnaast zou het interessant zijn de band met de overledene na het overlijden te onderzoeken. Uit onderzoek is gebleken dat het behouden of het verbreken van een band met de overledene mogelijk effect heeft op de uitkomstmetingen (Stroebe et al., 2004). Tot slot zou het interessant zijn verder onderzoek naar vroeg ouderverlies en latere hechting uit te voeren, aangezien nog maar weinig bekend is op dit terrein.

Referenties

- Agid, O., Shapira, B., Zislin, J., Ritsner, M., Hanin, B., Murad, H., Troudart, T., Bloch, M., Heresco-Levy, U., & Lerer, B. (1999). Environment and vulnerability to major psychiatric illness: A case control study of early parental loss in major depression, bipolar disorder and schizophrenia. *Molecular Psychiatry*, 4, 163-172.
- Arindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). SCL-90. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator.
- Brennan, K.A., & Shaver, P.R. (1998). Attachment styles and personality disorders: Their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *Journal of Personality*, 66, 5, 835-878
- Brewin, C.R. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* New Haven & London: Yale University Press.
- Cerel, J., Fristad, M.A., Verducci, J., Weller, R.A., & Weller, E.B. (2006). Childhood bereavement: Psychopathology in the 2 years postparental death. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 681-691.
- Chillot, R. (1998). What ever single parent needs to know. *Prevention*, 50, 34-37.
- Corak, M. (2001). Death and divorce: The long-term consequences of parental loss on adolescents. *Journal of Labor Economics*, 19, 3, 682-715.
- Crook, T. & Elliot, J. (1980). Parental death during childhood and adult depression: A critical review of the literature. *Psychological Bulletin*, 87, 252-259.
- Dowdney, L. (2000). Annotation: Childhood bereavement following parental death. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied Disciplines*, 41, 819-830.
- Dowdney, L. (2008). Children bereaved by parent or sibling death. *Psychiatry*, 7, 270-275.
- Evers, A., van Vliet-Mulder, J.C., & Groot, C.J. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland*. Amsterdam: NIP.
- Fraley, R.C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 123-151.
- Fraley, R.C. (2005). Information on the experiences in close relationships-revised (ECR-R) adult attachment Questionnaire.
- Gray, R.E. (1987). Adolescent response to the death of a parent. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 511-525.

- Kaplan S.L., Hong G.K., & Weinhold, C. (1984). Epidemiology of depressive symptomatology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 91-98.
- Kitamura, T., Sugawara, M., Shima, S., & Toda, M.A. (1999). Childhood adversities and depression: II. Parental loss, rearing, and symptom profile of antenatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 1, 175-182.
- Krause, N. (2008). Early parental loss, recent life events, and changes in health among older adults. *Journal of Aging and Health*, 10, 395-421.
- Lenhardt, A.M. & McCourt, B. (2000). Adolescent unresolved grief in response to the death of a mother. *Professional School of Counseling*, 3, 189- 197.
- Luecken, L.J. (2008). Long-term consequences of parental death in childhood: Psychological and physiological manifestations. In M. Stroebe, R.O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds). *Handbook of Bereavement Research and Practice: 21st Century Perspectives*. American Psychological Association Press.
- Luecken, L.J., & Lemery, K.S. (2004). Early caregiving and physiological stress responses. *Clinical Psychology Review*, 24, 171-191.
- Mack, K.Y. (2001). Childhood family disruptions and adult well-being: The differential effects of divorce and parental death. *Death studies*, 25, 419-443.
- Maier, E.H., & Lachman, M.E. (2000). Consequences of early parental loss and separation for health and well-being in midlife. *International Journal of Behavioral Development*, 24, 183-189.
- Marks, N.F., Jun, H., & Song, J. (2007). Death of parents and adult psychological and physical well-being: A prospective U.S. national study. *Journal of Family Issues*, 28, 1611-1638.
- Melhem, N.M., Walker, M., Mortitz, G., & Brent, D.A. (2008). Antecedents and sequelae of sudden parental death in offspring and surviving caregivers. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162, 403-410.
- Meshot, C.M., & Leitner, L.M. (1993). Death threat, parental loss, and interpersonal style: A personal construct investigation. *Death studies*, 17, 319-332.
- Nelson, G. (1982). Parental death during childhood and adult depression: Some additional data. *Social Psychiatry*, 17, 37-42.
- Nicolson, N.A. (2004). Childhood parental loss and cortisol levels in adult men. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 1012-1018.
- Raveis, V.H., Siegel, K., & Karus, D. (1999). Children's psychological distress following the death of a parent. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 165-180.

Rooijen, van, L. (1986). Depressiegevoelens bij de gewone bevolking. *Gezondheid & Samenleving*, 7, 115-124.

Schlozman, S.C. (2003). The pain of losing a parent. *Educational Leadership* 60, 91-92.

Sibley, C.G., & Liu, H. (2004). Short-term temporal stability and factor structure of the revised experiences in close relationships (ECR-R) measure of adult attachment. *Personality and Individual Differences*, 36, 969-975.

Sibley, C.G., Fischer, R., Liu, J.H. (2005). Reliability and validity of the revised experiences in close relationships (ECR-R) self-report measure of adult romantic attachment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31 (11), 1524-1536.

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370, 1960-1973.

Stroebe, M., Hansson, R.O., Stroebe, W. & Schut, H. (Eds.; 2004). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. Washington: American Psychological Association.

Tyrka, A.R., Wier, L., Price, L.H., Ross, N., Anderson, G.M., Wilkinson, C.W., & Carpenter, L.L (2008). Childhood parental loss and adult hypothalamic-pituitary-adrenal function. *Biological Psychiatry*, 63, 1147-1154.

Umberson, D. (2003). *Death of a parent: Transition into a new adult identity*. Cambridge University Press.

Umberson, D., & Chen, M.D. (1994). Effects of a parent's death on adult children: Relationship salience and reaction to loss. *American Sociological Review*, 59 (1), 152-168.

Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child development*, 71 (3), 684-689.

Wubs, J. (2000). Vaders gezin, moeders verantwoordelijkheid. *Pedagogiek*, 20, 65-70.

Internetbronnen

Adolescents Health & development door de WHO. (2008, 18 september). Gevonden op 29 september 2008, op <http://www.searo.who.int/en/Section13/Section1245.htm>

Bijlage 1 De vragenlijst

Beste participant,

Allereerst hartelijk bedankt voor uw medewerking aan dit onderzoek.

Dit onderzoek heeft als doel de lange termijn effecten van het verlies van een ouder in de adolescentie in kaart te brengen.

De vragenlijst zal van start gaan met enkele algemene vragen en vragen met betrekking tot uw ouders. Daarna zullen achtereenvolgend vragen aan bod komen over fysieke klachten, vragen met betrekking tot algemene angst, vragen met betrekking tot stemming en tot slot vragen met betrekking tot hechting.

De vragenlijst zal ongeveer 15-20 minuten in beslag nemen.

We willen hierbij benadrukken dat uw gegevens anoniem zullen worden verwerkt.

Hierna volgt een instructie voor het invullen van de vragenlijst.

Instructies voor het invullen van de vragenlijst:

Bij de vragen die gaan volgen is het de bedoeling dat u deze aandachtig en rustig doorleest en dat u steeds het meest juiste antwoord aanvinkt of invult.

Mocht u een vraag vergeten zijn, zal het programma dit zelf aangeven en kan er niet verder gegaan worden met de vragenlijst. Bekijk dan langzaam de pagina met antwoorden. In het rood zal aangegeven staan welke vraag nog niet beantwoord is. Na het invullen van de vergeten vraag kan weer verder gegaan worden met de vragenlijst.

Het is mogelijk gedurende het invullen van de vragenlijst een korte pauze te nemen om vervolgens weer door te gaan met het invullen van de vragenlijst. Al ingevulde antwoorden zullen hierdoor niet verloren gaan.

Het is te allen tijden mogelijk om met de vragenlijst te stoppen.

Nu zal er gestart worden met de vragenlijst.

Algemene gegevens.

1. Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

2. Wat is uw leeftijd?

3. Wat is uw nationaliteit?

- Nederlands
- Anders, namelijk

4. Wat is uw burgerlijke staat?

- Alleenstaand
- Samenwonend
- Gehuwd
- Gescheiden
- Verweduwd

5. Wat is uw hoogste (afgemaakte) opleiding?

- Geen
- Mbo
- Hbo
- Wo
- Anders, namelijk

6. Hoeveel kinderen heeft u?

- Geen
- Aantal zonen
- Aantal dochters

7. Hoeveel broers en / of zussen heeft u?

- Geen
- Aantal broers
- Aantal zussen

Vragen met betrekking tot uw ouders.

8. Leven uw beide ouders nog?

- Ja
- Nee

9. Leeft u vader nog?

- Ja
- Nee

10. Hoe oud was u toen uw vader stierf?

11. Wat was de leeftijd van uw vader toen hij stierf?

12. Wat was de doodsoorzaak?

- Natuurlijke dood (ziekte, hartinfarct, ouderdom, etc.)
- Ongeval
- Zelfmoord
- Moord
- Euthanasie

13. In hoeverre was het overlijden *on*verwachts?

- Geheel niet
- Een beetje
- Tamelijk veel
- Heel erg
- Zeer

14. Hoe goed was de band met uw vader, vlak voor het overlijden?

- Heel slecht
- Vrij slecht
- Redelijk
- Vrij goed
- Heel goed
- Niet van toepassing

15. Hoe goed was de band met uw moeder, vlak voor het overlijden van uw vader?

- Heel slecht
- Vrij slecht
- Redelijk
- Vrij goed
- Heel goed
- Niet van toepassing

16. Leeft uw moeder nog?

- Ja
- Nee

17. Hoe oud was u toen uw moeder stierf?

18. Wat was de leeftijd van uw moeder toen ze stierf?

19. Wat was de doodsoorzaak?

- Natuurlijke dood (ziekte, hartinfarct, ouderdom, etc.)
- Ongeval
- Zelfmoord
- Moord
- Euthanasie

20. In hoeverre was het overlijden *on*verwachts?

- Geheel niet
- Een beetje
- Tamelijk veel
- Heel erg
- Zeer

21. Hoe goed was de band met uw moeder, vlak voor het overlijden?

- Heel slecht
- Vrij slecht
- Redelijk
- Vrij goed
- Heel goed
- Niet van toepassing

22. Hoe goed was de band met uw vader, vlak voor het overlijden van uw moeder?

- Heel slecht
- Vrij slecht
- Redelijk
- Vrij goed
- Heel goed
- Niet van toepassing

De volgende vragen zijn alleen van toepassing wanneer u 1 ouder verloren heeft.

23. Heeft u 1 ouder verloren?

- Ja
- Nee

24. Is uw overgebleven ouder een nieuwe relatie aangegaan?

- Ja
- Nee

25. Hoe lang na het overlijden is uw overgebleven ouder een nieuwe relatie aangegaan?

26. Hoe is / was **uw** band met de nieuwe partner van uw overgebleven ouder?

- Heel slecht
- Vrij slecht
- Redelijk
- Vrij goed
- Heel goed

Nu volgen er enkele vragen die betrekking hebben over de band met uw ouders tijdens de adolescentie.

27. Hoe was de band met uw moeder over het geheel genomen tijdens uw adolescentie

- Heel slecht
- Vrij slecht
- Redelijk
- Vrij goed
- Heel goed

28. Hoe was de band met uw vader over het geheel genomen tijdens uw adolescentie

- Heel slecht
- Vrij slecht
- Redelijk
- Vrij goed
- Heel goed

29. Zijn uw ouders gescheiden?

- Ja
- Nee

30. Is uw vader een nieuwe relatie aangegaan?

- Ja
- Nee

31. Hoe is / was uw band met deze nieuwe partner van uw vader?

- Heel slecht
- Vrij slecht
- Redelijk
- Vrij goed
- Heel goed

32. Is uw moeder een nieuwe relatie aangegaan?

- Ja
- Nee

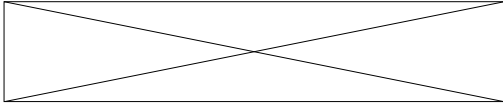
33. Hoe is / was uw band met de nieuwe partner van uw moeder?

- Heel slecht
- Vrij slecht
- Redelijk
- Vrij goed
- Heel goed

De volgende vragen zullen betrekking hebben op de fysieke gezondheid.

Het antwoord op de volgende vraag dient u aan te geven op een schaal van 1 - 10, waarbij 1 'heel slecht' en 10 'uitstekend' betekent.

34. Hoe zou u op dit moment uw gezondheid beoordelen?



Kruis bij de volgende vragen het meest juiste antwoord aan.

35. Hoe vaak beweegt of sport u doorgaans per week?

- Nooit
- Soms
- Geregeld
- Vaak

36. Hoe vaak per week gebruikt u drugs?

(Hierbij moet u denken aan hard- en softdrugs, en niet aan medicijnen, koffie, etc.)

- Nooit
- Soms
- Geregeld
- Vaak

37. Hoe vaak rookt u sigaretten in een gemiddelde week?

- Nooit
- Soms
- Geregeld
- Vaak

38. Hoe vaak nuttigt u alcoholische dranken in een typische week?

- Nooit
- Soms
- Geregeld
- Vaak

39. Geef bij de volgende klachten alstublieft aan in welke mate u zich in de afgelopen maand gehinderd voelde door de klachten:

	Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Tamelijk veel	Heel erg
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn in de borst of hartstreek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misselijkheid of de maag die van streek is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijnlijke spieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moeilijk adem kunnen krijgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U het soms warm, en dan weer erg koud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een verdoofd of tintelend gevoel ergens in uw lichaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een brok in uw keel hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U lichamelijk ergens slap voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een zwaar gevoel in armen of benen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bij de volgende drie vragen dient u het meeste juiste antwoord aan te vinken.

40. Heeft u vaak last van verkoudheid of griep?

- Helemaal niet
- Een beetje
- Nogal
- Tamelijk veel
- Heel erg

41. Heeft u (een) chronische lichamelijke ziekte(n)?

- Ja
- Nee

42. Slikt u voorgeschreven en/of niet voorgeschreven pijnstillers?

Ja

Nee

Bij onderstaande vragen dient u het een schatting te geven.

43. Hoe vaak heeft u de huisarts in de afgelopen 3 jaar bezocht?

44. Hoe vaak heeft u het ziekenhuis in de afgelopen 3 jaar bezocht?

45. Hoe vaak heeft u andere specialisten of andere behandelaars bezocht in de afgelopen 3 jaar?

De volgende vragen zullen betrekking hebben op angst.

46. Geef bij de volgende klachten alstublieft aan in welke mate u zich in de afgelopen maand gehinderd voelde door de klachten:

	Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Tamelijk veel	Heel erg
Zenuwachtig, of van binnen trillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zomaar plotseling schrikken of bang zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uzelf bang voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartkloppingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uzelf gespannen voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanvallen van angst of paniek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uzelf zo rusteloos voelen dat u niet stil kunt blijven zitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het gevoel dat u iets naars gaat overkomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedachten en voorstelling van angstige aard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Het volgende onderdeel van de vragenlijst zal betrekking hebben op de stemming.

47. Hieronder vind u woorden die verschillende soorten stemmingen en gevoelens weergeven.

Kruis de woorden aan die beschrijven hoe u zich in het algemeen voelt. Sommige woorden klinken misschien hetzelfde, maar het is gewenst dat u alle woorden aanstreept die uw gevoelens van de afgelopen week beschrijven. Werk vlug en kruis alle woorden aan die beschrijven hoe zich de **afgelopen week** in het algemeen (dat wil zeggen meestal) voelde.

- Ongelukkig
- Actief
- In de put
- Teneergeslagen
- Ontmoedigd
- Evenwichtig
- Zorgelijk
- Triest
- Eenzaam
- Vrij
- Verloren
- Gebroken
- Goed
- Belast
- In de steek gelaten
- Energiek
- Vredig
- Lekker
- Lusteloos
- Opgesloten
- Sterk
- Bedroefd
- Vreselijk
- Vreugdeloos
- Prima

- Doodop
- Hopeloos
- Fortuinlijk
- Gefolterd
- Slap
- Veilig
- Verwelkt
- Afgekeurd
- Fit

Nu volgt het laatste deel van de vragenlijst. Deze heeft betrekking op hechting en bestaat uit 36 stellingen.

48. Geef bij de volgende stellingen aan in welke mate u het eens bent met de stelling en vink het meest juiste antwoord aan.

	Sterk mee oneens	Oneens	Beetje mee oneens	Neutraal	Beetje mee eens	Eens	Sterk mee eens
32. Mijn verlangen om heel vertrouwelijk te zijn schrikt mensen soms af	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ik vind het gemakkelijk om afhankelijk te zijn van andere mensen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Het helpt mij om me in tijden van nood tot andere mensen te wenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ik ben bang dat ik de liefde van mensen om mij heen zal verliezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Mensen zien me alleen maar staan als ik boos ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ik voel me ongemakkelijk als andere mensen heel vertrouwelijk willen worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ik maak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

me er vaak
zorgen over
dat mensen
niet echt van
mij houden

9. Het is niet
moeilijk voor
me om
vertrouwelijk
te worden met
andere
mensen



22. Ik maak
me er zorgen
over dat
anderen niet
zoveel om mij
geven als ik
om hen



13. Ik
bespreek
dingen met
andere
mensen



27. Ik maak
me er zorgen
over dat
mensen me
zullen verlaten



24. Ik maak
me vaak
zorgen over
mijn relaties
met andere
mensen



4. Ik vind het
gemakkelijk
om
vertrouwelijk
te zijn met
andere
mensen



30. Ik maak
me niet vaak
zorgen dat ik
door mensen
in de steek



gelaten zal
worden

1. Ik laat
andere
mensen liever
niet merken
hoe ik mij
diep van
binnen voel

20. Ik maak
me er vaak
zorgen over
dat mensen
niet bij mij
zullen willen
blijven

25. Als ik
alleen ben,
maak ik me
zorgen dat
mensen die ik
ken anderen
ontmoeten
met wie ze in
het vervolg
liever omgaan

33. Ik ben
bang dat als
mensen mij
echt leren
kennen, ze mij
niet leuk
zullen vinden

8. Ik vind het
gemakkelijk
om
vertrouwelijk
te worden met
andere
mensen

31. Het
gebeurt wel
eens dat
mensen hun
gevoelens
voor mij
veranderen
zonder

duidelijke
reden

35. Ik ben
bang dat ik
niet aan de
verwachtingen
van andere
mensen
voldoe



23. Vaak wens
ik dat de
gevoelens van
andere
mensen voor
mij net zo
sterk zijn als
mijn
gevoelens
voor hen



17. Het is
makkelijk
voor mij om
liefhebbend te
zijn tegen
andere
mensen



10. Meestal
bespreek ik
mijn
problemen en
zorgen met
andere
mensen



26. Als ik aan
mensen om
mij heen mijn
gevoelens laat
zien ben ik
bang dat ze
voor mij niet
hetzelfde
voelen



3. Ik vind het
moeilijk om
mezelf toe te
staan
afhankelijk te
zijn van



andere
mensen

2. Ik vind het
gemakkelijk
om
persoonlijke
gedachten en
gevoelens met
andere
mensen te
delen



28. Ik merk
dat mensen
niet zo
vertrouwelijk
met mij willen
zijn als ik met
hen



14. Ik word
zenuwachtig
als andere
mensen te
vertrouwelijk
worden



5. Ik vind het
niet prettig om
mezelf open te
stellen voor
andere
mensen



18. Andere
mensen
begrijpen mij
en mijn
behoeften
helemaal



34. Het maakt
me boos dat ik
van mensen
niet de liefde
en steun krijg
die ik nodig
heb



6. Ik ben
liever niet te
vertrouwelijk
met andere



mensen

16. Ik stel mij
makkelijk
afhankelijk
van andere
mensen op

29. Mensen
om mij heen
maken me
onzeker over
mezelf

12. Ik vertel
mensen om
mij heen bijna
alles

49. Hebben er nog belangrijke gebeurtenissen plaats vonden de afgelopen 2 jaar? (Denk hierbij aan het verlies van een dierbare, verlies van baan, etc.)

Ja, namelijk

Nee

Dit is het einde van de vragenlijst. We willen nogmaals benadrukken dat uw gegevens volledig anoniem behandeld zullen worden en niet gelinkt kunnen worden aan uw persoonsgegevens.

Hartelijk bedankt voor uw medewerking!

50. Eventuele vragen of opmerkingen kunt u hierin kwijt.