



Universiteit Utrecht

Centrum '45

De invloed van intergenerationele overdracht van traumaklachten op de psychische gezondheid van kinderen

- Voorspellende factoren en implicaties voor de praktijk –

M. J. van de Kerkhof (2010)



Universiteit Utrecht. 2009 - 2010

Beeld: Ank Boelema, 2007

Faculteit Sociale Wetenschappen

Master of Science in de Psychologie

Afstudeerrichting: Klinische- en Gezondheidspsychologie

Auteur: Martijn Jan van de Kerkhof

Studentnummer: 3190102

Adres: Sweder van Zuylenweg 2bis, 3553 HE te Utrecht

Email: martijnvandekerkhof@hotmail.com

Masteronderzoek uitgevoerd in samenwerkingsverband tussen de Universiteit Utrecht en Centrum'45.

Universiteit Utrecht

Begeleiding / beoordeling: Prof. dr. R.J. Kleber

Centrum'45

Begeleiding: Drs. E. van Ee

Trefwoorden:

PTSS, angst, depressie, familiestress, tweede generatie, kinderen, vluchtelingen, asielzoekers.

Maart, 2010

Voorwoord

Utrecht, maart 2010

Lectori salutem,

Voor u ligt mijn masterthesis van de opleiding Klinische- en gezondheidspsychologie, faculteit Sociale wetenschappen, Universiteit Utrecht.

Met de voltooiing van deze masterthesis heb ik mijn studie Psychologie aan de Universiteit Utrecht bijna afgesloten. Het vervaardigen van dit onderzoeksverslag heb ik als zeer leerzaam ervaren en ook mijn werkzaamheden bij Stichting Centrum '45 waren erg interessant. Ik vond het belangrijk om mijn masteronderzoek uit te voeren binnen een praktijkinstelling om zodoende ervaring op te doen in mijn toekomstige werkveld. In deze periode heb ik niet alleen ervaring opgedaan met het zelfstandig opzetten en uitvoeren van onderzoek, maar heb ik ook mijn professionele vaardigheden in relatie tot participanten en cliënten van Centrum '45 verder mogen ontwikkelen. Zo bestonden mijn werkzaamheden, buiten het schrijven van deze thesis, onder andere uit de werving van participanten, gespreksvoering (met tolk), afname en scoring van psychologische instrumentaria en het schrijven van diagnostische rapportages voor behandelaars.

Bij de totstandkoming van mijn masterthesis heb ik hulp mogen ontvangen van een aantal personen. Mijn dank gaat uit naar Stichting Centrum '45 omdat zij mij het vertrouwen hebben gegeven om mijn scriptie onder hun deskundige begeleiding te mogen schrijven. In het bijzonder wil ik mijn begeleidster drs. Elisa van Ee bedanken voor haar kundigheid, positieve discussies en opbouwende feedback. Ik bedank Prof. dr. Rolf Kleber, hoogleraar Psychotraumatologie, voor zijn advies, begeleiding en beoordeling vanuit de Universiteit Utrecht. Zijn expertise en publicaties op het gebied van psychotrauma leverden een schat aan informatie. Adelise Sibma, mijn collega stagiaire, wil ik bedanken voor de prettige stageperiode die wij samen hebben doorlopen. Janou Stals wil ik bedanken voor haar uitgesproken vertrouwen. Mede door haar aanbeveling is mij een kans geboden op deze leerzame stageplaats bij Centrum '45.

Tevens wil ik alle participanten hartelijk bedanken die, ondanks hun eigen vaak problematische situatie, het belang van dit onderzoek voor de toekomstige generatie onderschreven en vrijwillig deelnamen aan dit onderzoek. Ook bedank ik alle organisaties die hebben meegewerkt aan de werving van deze vluchtelingen en asielzoekergezinnen. In

alfabetische volgorde zijn dit: Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) Nederland en Katwijk, Cumulus Welzijn, Vluchtelingenwerk Nederland en het Wereldpand te Amsterdam.

Ook enkele van mijn (oud) studiegenoten wil ik met naam bedanken. Ivo Heitland voor zijn bijdrage aan het methodologische en statistische gedeelte van dit onderzoek. Niek Rosens voor zijn stimulatie bij de vele uren schrijven aan mijn thesis. Tevens wil ik hen en ook Max Böckermann bedanken voor de geweldig interessante studieperiode die wij samen hebben meegemaakt. Onze gesprekken en prikkelende discussies hebben mij nog enthousiaster gemaakt over onze mooie studie en het nu binnen te stappen beroepsveld.

“Last, but not least” wil ik ook mijn familie, schoonfamilie, vrienden en in het bijzonder mijn vriendin bedanken. Zij hebben mij altijd gesteund, ook nu bij het schrijven van mijn thesis. Deze mijlpaal heb ik niet alleen bereikt, maar is mede het resultaat van alle steun die ik heb mogen ontvangen. Bedankt!

Tot besluit rest mij nog een ieder die geïnteresseerd is in dit verslag veel leesplezier toe te wensen.

Martijn van de Kerkhof

Maart 2010

Inhoudsopgave

Abstract (Engelstalige samenvatting)	p. 5
Samenvatting (Nederlandstalige samenvatting)	p. 6
1. Inleiding	p. 7
2. Theoretisch kader	p. 9
2.1 Intergenerationele overdracht psychische klachten	p. 9
2.2 Intergenerationele overdracht traumaklachten	p. 12
2.3 Brug klinische observaties en experimentele studies	p. 13
2.4 Comorbiditeit posttraumatische stressklachten	p. 14
2.5 Doelstelling	p. 16
3. Methoden	p. 19
3.1 Design	p. 19
3.2 Participanten	p. 19
3.3 Instrumentarium	p. 22
3.4 Procedure	p. 23
3.5 Statistische analyses	p. 25
4. Resultaten	p. 27
4.1 Betrouwbaarheid instrumentarium	p. 27
4.2 Verschillen tussen experimentele en controlegroep	p. 27
4.3 Psychische klachten ouders en psychische gezondheid kinderen	p. 28
4.4 PTSS-klachten ouders en psychische gezondheid kinderen	p. 29
4.5 Voorspellers voor de psychische gezondheid van kinderen	p. 29
4.6 Interactie sekse	p. 29
4.7 Overlap PTSS, angst, depressie en familiestress	p. 31
4.8 Comorbiditeit PTSS-klachten	p. 34
4.9 Correctie comorbide klachten	p. 34
5. Discussie	p. 36
5.1 Interpretatie van de resultaten	p. 36
5.2 Beperkingen van het onderzoek en aanbevelingen	p. 39
5.3 Sterke punten van het onderzoek	p. 41
6. Implementatie van de resultaten	p. 43
Referentielijst	p. 45
Bijlage	p. 51

The influence of intergenerational transmission of trauma symptoms on the psychological wellbeing of young children

-Risk factors and implications for the daily practice-

Objectives: The purpose of this study is to expand the understanding of inter-generational transmission of trauma- and psychological symptoms from parents to their children. The current study includes young children of refugees and asylum seekers. The general research question is whether there exists a relationship between psychological symptoms of parents and emotional- or behavioural problems of their young offspring. Investigated is whether specific trauma-related symptoms or more general psychological symptoms are better predictors of childrens psychological wellbeing. As opposed to previous studies that investigate the intergenerational transmission of trauma, this study takes into account the influence of comorbid anxiety- and depressive symptoms.

Method: 55 refugees and asylum seekers and their young children in the age of 18-40 months participated in this research. Determined is whether post-traumatic stress symptoms, anxiety symptoms, depressive symptoms and family-stress in parents influence the internalizing and externalizing problems of their young children. Children of parents diagnosed with PTSD ($N=30$) were compared to a control group of children of parents without PTSD ($N=25$).

Results: Children of parents with and without PTSD do not significantly differ in the amount of internalizing, externalizing or total problems. Post-traumatic stress symptoms, anxiety symptoms, depressive symptoms and family-stress of parents do correlate with childrens' emotional and behavioural problems. This study has also shown that PTSD symptoms and other psychological symptoms show strong correlations and load on the same factor. When controlling for anxiety- and depressive symptoms, no correlation is found between trauma-symptoms in parents and the psychological wellbeing of their children.

Conclusions: In this study, evidence was found for the transmission of psychological symptoms and specific trauma symptoms between parents and their children. Because of the high resemblance between trauma symptoms, anxiety symptoms, depressive symptoms and family stress of parents, the construct PTSD can be questioned. Yet it is clear that psychological symptoms in parents have a negative influence on the psychological wellbeing of young children. Further research to the intergenerational transmission of psychological symptoms should therefore aim on how to break the negative transmission cycle between parents and their children.

Doelstelling: Middels dit onderzoek is getracht om meer inzicht te verkrijgen in de intergenerationele overdracht van traumaklachten, dan wel psychische klachten van ouder op kind. Het huidige onderzoek richt zich op jonge kinderen van vluchtelingen en asielzoekers. Onderzocht is of er een relatie bestaat tussen de psychische klachten van ouders en de emotionele en/of gedragsproblemen van hun jonge kinderen. Bekeken is wat de centrale factor is in de overdrachtsrelatie. Gaat het om de overdracht van specifieke traumagerelateerde klachten, of zijn meer algemene psychische klachten een betere voorspeller voor problemen bij kinderen? Als aanvulling op eerder onderzoek naar de intergenerationele overdracht van traumaklachten is gecorrigeerd voor de invloed van comorbide angst- en depressieve klachten.

Methoden: 55 vluchtelingen en asielzoekers met kinderen in de leeftijd van 18-40 maanden hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Onderzocht is of posttraumatische stressklachten, angstklachten, depressieve klachten en familiestress bij ouders van invloed zijn op de internaliserende en/of externaliserende problemen van hun jonge kinderen. Kinderen van ouders met een PTSS-diagnose ($N=30$) zijn vergeleken met een controlegroep bestaande uit kinderen van ouders zonder PTSS-diagnose ($N=25$).

Resultaten: Kinderen van ouders met een PTSS-diagnose rapporteren gemiddeld niet meer internaliserende, externaliserende of totale problemen dan kinderen van ouders zonder een PTSS-diagnose. Posttraumatische stressklachten, angstklachten, depressieve klachten en familiestress van ouders hangen daarentegen wel samen met de emotionele en/of gedragsproblemen van kinderen. Ook is gebleken dat deze PTSS-klachten en de overige psychische klachten onderling sterk correleren en laden op hetzelfde construct. Wanneer gecorrigeerd wordt voor comorbide angst- en depressieve klachten bestaat er geen verband tussen traumaklachten van ouders en de problemen van hun kinderen.

Conclusie: In dit onderzoek is een grote samenhang gevonden tussen psychische klachten, alsmede specifieke traumaklachten van ouders, en de emotionele en gedragsproblemen van hun kinderen. Door de grote overlap tussen traumaklachten, angstklachten, depressieve klachten en familiestress bij ouders, kunnen er vraagtekens gezet worden omtrent de theoretische afbakening van het construct PTSS. Wel is het duidelijk dat psychische klachten van ouders negatief correleren met de psychische gezondheid van hun jonge kinderen. Vervolgonderzoek naar de intergenerationele overdracht van psychische klachten zou zich moeten richten op de vraag hoe deze negatieve overdrachtscyclus tussen ouder en kind te doorbreken.

1. Inleiding

“Als u bent opgegroeid in een gezin met ouders die door oorlog en geweld getraumatiseerd zijn, kan dit ernstige gevolgen hebben voor uw ontwikkeling. De psychische klachten van de naoorlogse generatie zijn heel divers en kunnen van kind tot kind verschillen. U kunt last hebben van depressieve klachten, angstklachten, slaapstoornissen, lichamelijke spanningsverschijnselen en eetstoornissen.” (Stichting Centrum '45, 2009).

Bovenstaande tekst is afkomstig uit de patiënten informatiebrochure van Stichting Centrum '45 voor zorg en behandeling van de naoorlogse generatie. De titel van deze brochure is *“Getroffen ouders, getroffen kinderen”* en geeft een duidelijk voorbeeld van het onderwerp intergenerationele overdracht van traumaproblematiek.

Dit masteronderzoek is een vergelijkende psychologische studie naar de geestelijke gezondheid van jonge kinderen van door oorloggetroffen vluchtelingen en asielzoekers. Deze studie naar de werking van intergenerationele overdracht van traumaproblematiek is het resultaat van een samenwerkingsverband tussen de Universiteit Utrecht en stichting Centrum '45, het landelijke behandel- en expertisecentrum voor getroffen door vervolging, oorlog en geweld. Dit onderzoek is bedoeld voor een ieder die in zijn werkveld te maken heeft met de behandeling van, of omgang met, getraumatiseerde vluchtelingen of asielzoekergezinnen met jonge kinderen. Met name voor hulpverleners, onderzoekers, beleidsmakers en studenten die zich bezig houden met oorlogsgetroffenen is dit onderzoeksverslag interessant. Dit afstudeeronderzoek is onderdeel van een groter, zes jaar lopend promotieonderzoek naar de invloed van intergenerationele overdracht van traumaproblematiek op de ontwikkeling van jonge kinderen. Het onderzoek is uitgevoerd bij vluchtelingen en asielzoekers met kinderen in de leeftijdscategorie van 18 tot 40 maanden en zal in zijn totaliteit in 2012 worden afgerond.

De intergenerationele overdracht van traumaproblematiek is tot op de dag van vandaag een bron van discussie. Aan de ene kant beschrijven behandelaars op basis van klinische observatie vaak uiteenlopende problemen bij kinderen van traumaoverlevenden. Maar aan de andere kant slaagden de meeste gecontroleerde studies er niet in om verhoogde niveaus van psychopathologie bij deze kinderen aan te tonen. Bovendien is de vraag wat in de ouder-kindrelatie nu precies wordt overgedragen. Gaat het dan om specifieke traumagerelateerde stressklachten of gaat het om een breder spectrum van klachten waarbij bijvoorbeeld ook angst- en depressieve klachten een rol spelen? Pas wanneer er meer duidelijkheid is ontstaan over welk type klachten eventueel bijdragen aan een negatieve ontwikkeling van kinderen, kan gekeken worden hoe deze klachten van

ouders op kinderen worden overgedragen. En juist aan deze belangrijke eerste stap, aangaande identificatie van voorspellende factoren, gaat veel onderzoek op het gebied van intergenerationele overdracht van traumaproblematiek voorbij.

Doel van dit masteronderzoek is om meer duidelijkheid te verschaffen in de controverse tussen wetenschappelijk onderzoek en klinische ervaringen uit de praktijk. Onderzocht wordt welk type psychopathologie van ouders de grootste invloed heeft op de psychische gezondheid van hun kinderen. Dit is tevens hetgeen dit onderzoek zo relevant maakt. Uniek is ook de betrekkelijk grote onderzoekspopulatie (N=55) van de doorgaans moeilijk te bereiken doelgroep vluchtelingen en asielzoekergezinnen. Ook de jonge leeftijd van de onderzochte kinderen is vernieuwend. Het meeste onderzoek naar generationele overdracht van traumaproblematiek is retrospectief onderzoek uitgevoerd onder volwassenen (de zogeheten tweede of soms zelfs derde generatie slachtoffers). Dit huidige onderzoek is echter gebaseerd op systematische observaties en testen van ouders met hun nog jonge kinderen.

In het volgende hoofdstuk zal het theoretisch kader worden geschetst waarbinnen dit onderzoek is uitgevoerd. Vanuit dit literatuuroverzicht zal worden gekomen tot de probleemstelling, onderzoeksvraag en de belangrijkste hypothesen. In dit gedeelte zal de plaats van de probleemstelling binnen het kennisgebied worden beschreven. Het derde hoofdstuk zal het methodologische karakter van dit onderzoek nader beschrijven. Hierin zullen de onderzoekspopulatie, het onderzoeksdesign, het gebruikte meetinstrumentarium en de uitgevoerde statistische analyses worden uiteengezet. In hoofdstuk vier worden de resultaten van de statistische analyses besproken. In de discussie zal hier kritisch op worden gereflecteerd. Tot besluit zullen in het laatste hoofdstuk de implicaties van de gevonden resultaten worden beschreven voor de dagelijkse praktijk. Hoe kunnen de bevindingen van dit onderzoek worden toegepast op het gebied van vroegtijdige screening en/of behandeling van jonge kinderen die opgroeien met één, of soms wel twee getraumatiseerde ouders?

2. Theoretisch kader

Volgens recente cijfers van de VN-vluchtelingenorganisatie United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) waren er begin 2009 wereldwijd 10,5 miljoen vluchtelingen en 838 duizend asielzoekers. Vluchtelingen zijn mensen die gedwongen hun thuisland hebben moeten verlaten en internationale grenzen overstaken om te ontsnappen aan vervolging of conflict. Onder asielzoekers worden mensen verstaan die een verzoek hebben ingediend om erkend te worden als vluchteling en in afwachting zijn of dit verzoek geaccepteerd of verworpen wordt (UNHCR, 2009). In 2005 waren er 13 miljoen mensen geclassificeerd als vluchteling, plus een nog veel groter aantal voormalige vluchtelingen die asiel hadden aangevraagd (Fazel, Wheelers & Danesh, 2005). In Nederland hebben in 2008 bijna 13.400 mensen asiel aangevraagd, zo blijkt uit de cijfers van het UNHCR.

Fazel et al. (2005) schreven een systematisch overzichtartikel waarin ze gegevens over de prevalentie van ernstige mentale stoornissen onderzochten onder 6743 vluchtelingen in westerse landen. Uit dit onderzoek bleek dat duizenden vluchtelingen in westerse landen lijden aan een posttraumatische stressstoornis. Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) is een psychische aandoening die gekenmerkt wordt door onder meer traumatische herbelevingen, prikkelbaarheid en emotionele afvlakking. PTSS kan een risico vormen voor middelenmisbruik en suïcide (Fazel et al., 2005). Uit dit onderzoek blijkt dat vijf procent van de vluchtelingen is gediagnosticeerd met een depressieve stoornis en zelfs negen procent met PTSS. Een psychische stoornis beïnvloedt niet alleen een persoon zelf die aan een dergelijke stoornis lijdt, maar heeft vaak ook negatieve consequenties voor diens partner en/of kinderen (Lev-Wiesel, 2009). Uit vijf onderzoeken onder 260 kinderen van vluchtelingen komt naar voren dat elf procent voldoet aan de criteria voor PTSS (Fazel et al., 2005).

2.1 Intergenerationele overdracht psychische klachten

In de literatuur bestaan aanzienlijke aanwijzingen voor het gegeven dat psychologische stoornissen bij ouders leiden tot een verhoogd risico voor verstoringen in de ontwikkeling van kinderen. Veelvuldig komt in onderzoek naar voren dat kinderen van ouders met psychische problematiek ook zelf een grotere kans hebben op het ontwikkelen van psychische klachten (Chapman & Scott, 2001; D'Onofrio et al., 2007; McClure, Brennan, Hammen & LeBrocq, 2001; Najman et al., 2000; Poobalan et al., 2007; Schreier, Wittchen, Höfler & Lieb, 2008; Thompson, 2007). Ongeveer één derde tot de helft van deze kinderen hebben een verhoogde kans om psychische stoornissen te ontwikkelen (Lombardo & Motta, 2008;

Oyserman, Mowbray Meares & Firminger, 2000). Wanneer beide ouders een psychische stoornis hebben is dit risico zelfs groter.

Kinderen opgevoed door ouders met psychische problematiek worden blootgesteld aan twee afzonderlijke risicofactoren, namelijk genetische en omgevingsrisicofactoren. Dit is consistent met literatuur waaruit naar voren komt dat de meeste psychologische en psychische problemen hun oorsprong hebben in het ouderlijk gezin (Schwartz & Liddle, 2001). Dit is niet verrassend wanneer in oogschouw wordt genomen dat het gezin in de meeste gevallen zowel de bron is van het individuele genetisch materiaal als ook de context waarin kinderen het overgrote deel van hun kindertijd doorbrengen. Bovendien is het zo dat kinderen die worden blootgesteld aan beide risicofactoren eerder psychische stoornissen ontwikkelen dan kinderen die zijn blootgesteld aan enkel genetische of omgevingsfactoren (Cadoret, Lave & Devor, 1997; Schwartz & Liddle, 2001). Volgens Beardslee, Versage en Gladstone (1998) leidt de literatuur over de biologische bijdrage van intergenerationele overdracht van stoornissen tot de conclusie dat zelfs bij de sterkste genetische kwetsbaarheid, ook omgevingsfactoren een belangrijke rol spelen. In het algemeen kan worden gesteld dat hoe meer risicofactoren aanwezig zijn, hoe groter de kans is dat een bepaalde stoornis tot uiting komt (Schwartz & Liddle, 2001).

In de laatste jaren is de empirische focus aan het verschuiven van alleen het risico van een ouderlijke stoornis, naar de mechanismen die bijdragen aan de overdracht van deze risico's. Contextuele factoren blijken hierin nauw verbonden met de ontwikkeling van kinderen (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; Ringel, 2005). Vooral de opvoeding komt hierbij naar voren. Het opvoedingsgedrag van ouders met een depressieve stoornis heeft veelvuldig aandacht van onderzoek gekregen (Kane & Garber, 2004; Lovejoy, Graczyk, O'Hare & Neuman, 2000; Mckee, Colletti, Rakow, Jones & Forehand, 2008). Omdat vooral jonge kinderen erg afhankelijk zijn van hun ouders, speelt overdracht van ouder op kind vooral in de vroege jaren een belangrijke rol.

De negatieve gevolgen van een psychische stoornis voor een tweede generatie zijn vooral onderzocht op het gebied van depressieve klachten. De negatieve effecten van een depressieve stoornis blijven niet gelimiteerd tot alleen de persoon waarbij deze stoornis is gediagnosticeerd. Ook kinderen worden blootgesteld aan de symptomen van een ouderlijke depressieve stoornis (Mckee et al., 2008). Volgens Poobalan et al. (2007) is het voor moeders die lijden aan een depressieve stoornis moeilijker om op een positieve manier met hun kinderen om te gaan. In de late jaren '70 en in de vroege jaren '80 van de vorige eeuw bevestigde een serie cross-sectionele, retrospectieve onderzoeken dat kinderen van ouders met stemmingsstoornissen zich slechter ontwikkelden dan hun leeftijdsgenootjes die opgroeiden met mentaal gezonde ouders (Beardslee et al., 1998). Vooral wanneer de moeder lijdt aan een depressieve stoornis blijkt dit een belangrijke risicofactor voor de

overdracht van depressieve klachten. Veel onderzoeken bevestigen de negatieve invloed van postnatale depressie bij een moeder op het functioneren van haar kinderen (Goodman & Gotlib, 1999; Murray, Hipwell, Hooper, Stein & Cooper, 1996; Murray, Cooper & Hipwell, 2003).

Literatuuronderzoek van de laatste dertig jaar toont aan dat kinderen en adolescenten die opgroeien met een depressieve verzorger, ook een substantieel hoger risico hebben voor het ontwikkelen van een variëteit aan ontwikkeling- en aanpassingsproblematiek, met daarbij een verhoogd risico voor internaliserende en externaliserende problemen (Kane & Garber, 2004, Mckee et al., 2008). Het probleemgedrag bij kinderen wordt vaak beschreven vanuit twee dimensies, externaliserende versus internaliserende problemen. Externaliserende problemen worden gekenmerkt door gebrek aan controle, hyperactiviteit, agressie en/of antisociaal gedrag (Thompson, 2007). Onbehandelde externaliserende gedragsproblemen zijn geassocieerd met een breed scala aan negatieve gevolgen voor kinderen en adolescenten, zoals middelen misbruik, onstabiele werkervaringen en relatie moeilijkheden, die kunnen doorlopen tot in de jongvolwassenheid (Mckee et al., 2008). Internaliserende gedragsproblemen reflecteren meer passief gedrag waaronder teruggetrokken gedrag, angst-, depressie- en somatische klachten (Marchand & Hock, 1998; Thompson, 2007).

Beardslee et al. (1998) concluderen in een review over een periode van tien jaar, dat de aanwezigheid van een depressieve stoornis bij ouders klinici alert zou moeten maken voor het feit dat mogelijk ook hun kinderen last hebben van depressieve klachten waarvoor zij hulp nodig hebben. Bevindingen uit meta-analyses wijzen op een schatting dat 61% van de kinderen van ouders met een depressieve stoornis zelf ook een psychische stoornis ontwikkelt in de kindertijd of adolescentie. Bovendien hebben kinderen van ouders met een stemmingsstoornis vier maal zoveel kans om zelf een stemmingsstoornis te krijgen dan kinderen van ouders zonder stemmingsstoornissen (Beardslee, Versage, Gladstone, 1998). Uit een recent review over de intergenerationele overdracht van angststoornissen komt naar voren dat ook een angststoornis bij een opvoeder een risicofactor is voor het ontwikkelen van angstklachten bij kinderen (Bogels & Brechman-Toussaint, 2006).

Uit bovenstaand literatuuroverzicht blijkt dat wanneer ouders kampen met psychische klachten, dit vaak nadelige effecten heeft voor het welzijn en de ontwikkeling van hun kinderen. Maar ook familiestress blijkt een belangrijke factor te zijn die een nadelige invloed kan hebben op de ontwikkeling van kinderen. Wanneer ouders kampen met stressklachten kan dit een significante voorspeller zijn voor antisociale gedragsproblemen in de kinderjaren (Keiley, Bates, Dodge & Pettit, 2000; Schwartz & Liddle, 2001). Ook uit andere onderzoeken blijkt dat stressklachten bij ouders samenhangen met gedragsproblemen bij kinderen (Mesman & Koot, 2000; 2001; Leve, Kim & Pears, 2005). Uit een vergelijkend onderzoek tussen Turkse en Nederlandse moeders blijkt dat in beide onderzoeksgroepen familiestress

significant samenhangt met externaliserende problemen van hun jonge kinderen (Yaman, Mesman, IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2009). Uit een longitudinaal onderzoek dat is uitgevoerd in Griekenland, blijkt bovendien dat stress gerapporteerd door ouders ook invloed heeft op de totale en internaliserende problematiek van hun kinderen (Bakoula, Kolaitis, Veltsista, Gika & Chrousos, 2009).

2.2 Intergenerationele overdracht traumaklachten

Volgens de DSM-IV (APA, 2002) is een traumatische gebeurtenis een niet alledaagse menselijke ervaring bestaande uit een feitelijke of dreigende verwonding van zichzelf of familieleden. Veel mensen beschikken over voldoende veerkracht om goed te kunnen omgaan met extreme gebeurtenissen en ontwikkelen zodoende geen ernstige aanpassingsstoornis. Echter blijkt uit verschillende empirische studies dat een klein percentage van de mensen die een schokkende gebeurtenis heeft meegemaakt op termijn wel te maken krijgt met mentale stoornissen (Davydow, Gifford, Desai, Needham, & Bienvenu, 2008; Fazel et al., 2005; Qouta, Punamäki & Sarraj, 2008).

Traumaklachten kunnen mogelijk ook een nadelige invloed hebben op een volgende generatie. De afgelopen jaren is er steeds meer onderzoek gedaan naar de gevolgen van intergenerationele overdracht van traumaproblematiek, ook wel secundair trauma genoemd. Secundair trauma verwijst naar de overdracht van symptomen van diegenen die direct zijn blootgesteld aan een traumatische gebeurtenis naar personen die dichtbij en in persoonlijk contact met hen staan (Motta, Chirichella, Maus & Lombardo, 2004). Uit onderzoek van Lev-Wiesel (2009) blijkt inderdaad dat een schokkende gebeurtenis niet alleen negatieve consequenties heeft voor diegene die direct is blootgesteld aan deze gebeurtenis, maar vaak ook voor bijvoorbeeld diens partner en kinderen die zelf nooit direct zijn blootgesteld. Wanneer ouders een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt blijken hun kinderen daardoor meer kans te hebben voor het ontwikkelen van internaliserende en externaliserende gedragsproblemen (Thompson, 2007).

Het idee van traumaoverdracht van ouders op kinderen heeft meer acceptatie gekregen binnen de praktijk. Traumaoverdracht is onderdeel geworden van het onderzoeksveld van traumatologie en wordt zodoende bestudeerd bij een groot aantal verschillende traumatische gebeurtenissen zoals de gevolgen van oorlog, mishandeling en natuurrampen (Kellermann, 2001). De generationele effecten van een trauma op lange termijn zijn vooral gerapporteerd aangaande de Holocaust door Danieli (1998). De literatuur over intergenerationele overdracht van Holocaust trauma bestaat uit bijna 400 publicaties (Kellermann, 2001). In deze, maar ook in andere studies uitgevoerd onder Holocaust overlevenden (Levat, Levinson, Radomislensky, Shemesh & Kohn, 2007; Yehuda, 1998) lijken aanwijzingen gevonden voor de intergenerationele overdracht van traumaproblematiek

over meerdere generaties. Maar ondanks dat de intergenerationele overdracht van traumaproblematiek redelijk is gedocumenteerd, blijft dit onderwerp een belangrijke bron voor onderzoek en discussie (Kellermann, 2001).

Aan de ene kant beschrijven behandelaars op basis van klinische observatie vaak verscheidene emotionele problemen bij kinderen van ouders die een traumatische ervaringen hebben meegemaakt. Aan de andere kant slaagden de meeste gecontroleerde studies er echter niet in om verhoogde niveaus van psychopathologie bij kinderen van getraumatiseerde ouders aan te tonen (Kellermann, 2001). Zo worden er in het onderzoek van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg & Sagi-Schwartz (2003) geen aanwijzingen gevonden voor het voorkomen van secundaire traumatisering van volwassen kinderen van Holocaust overlevenden. Ook uit het onderzoek van Van der Velden (1998) blijkt dat wanneer ouders ernstig door oorlog zijn getroffen, hun kinderen op volwassen leeftijd geen groter risico lopen op psychosociale problemen dan anderen. Deze kinderen lopen als groep dus niet meer risico op problemen in de geestelijke gezondheid dan groepen leeftijdsgenoten van wie ouders dergelijke ingrijpende oorlogservaringen niet hebben meegemaakt. Dit verband blijkt voor mannen nauwelijks anders te zijn dan voor vrouwen. Het feit dat ouders zijn getroffen, betekent niet automatisch dat kinderen op latere leeftijd psychosociale problemen krijgen, en betekent daarom ook niet dat zij indirect worden getroffen (Van der Velden, 1998, p. 152). Ook andere systematisch gecontroleerde studies bevestigen deze bevinding en duiden niet op extreme psychopathologie bij volwassen kinderen van ouders met traumaklachten (Bar-on et al., 1998; Suedfeld, 2000).

Lombardo en Motta (2008) onderzoeken in hun studie de relatie tussen mentale stoornissen bij ouders (met en zonder bijkomende traumatische symptomen) en secundaire traumatisering bij hun kinderen. In dit onderzoek vragen de auteurs zich onder andere af wat nu precies wordt overgedragen op kinderen. Meestal wordt aangenomen dat in de overdracht sprake is van secundaire PTSS. Maar zoals eerder al is aangegeven, en ook Lombardo en Motta (2008) concluderen, slagen gecontroleerde studies er niet in om verhoogde niveaus van psychopathologie bij kinderen van ouders met PTSS aan te tonen. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt wel dat kinderen van ouders met mentale stoornissen significant meer secundaire traumaproblematiek ervaren dan kinderen van mentaal gezonde ouders, ongeacht of er wel of geen sprake was van trauma bij de ouder.

2.3 Brug tussen klinische observaties en experimentele studies

Ondanks dat het doel van dit onderzoek niet gelegen is in de interactie tussen ouders en kinderen, is het wel belangrijk om bewust te zijn van de grote invloed die de opvoeding heeft op de psychische gezondheid van kinderen. Zo blijkt uit onderzoek van Beardslee et al. (1998) dat opvoedingsproblematiek mogelijk één van de mechanismen is die ten grondslag

ligt aan de verhoogde kans op het ontwikkelen van emotionele problemen bij kinderen van ouders met traumaklachten. Er lijkt niet zozeer sprake van daadwerkelijke traumaoverdracht, als wel van ontwikkelingsinterferentie. Uit onderzoek van Van der Velden (1998) komt naar voren dat ouders met ernstige verwerkingsproblemen hun kinderen minder emotionele steun geven en zich ook meer afwijzend en overbetrokken opstellen. Bovendien blijkt dat kinderen die op een dergelijke manier zijn opgevoed, op latere leeftijd meer geestelijke gezondheidsproblemen hebben (Van der Velden, 1998, p. 153). Van der Velden biedt hiermee ook een mogelijke verklaring voor de discussie rondom het wel of niet bestaan van intergenerationele overdracht van traumaproblematiek. Zoals eerder is genoemd onderschrijven behandelaars op basis van hun klinische observaties vaak wel het voorkomen van problemen bij kinderen van ouders die één of meerdere traumatische ervaringen hebben meegemaakt. Van der Velden stelt dat er op de eerste plaats onderscheid gemaakt dient te worden tussen oorlogservaringen bij ouders en de gevolgen van deze oorlogservaringen, de zogeheten verwerkingsproblematiek. Het meemaken van een schokkende gebeurtenis door ouders hoeft niet noodzakelijkerwijs te leiden tot psychische gezondheidsklachten bij hun kinderen. Pas wanneer ouders ook daadwerkelijk klachten ten gevolge van deze ervaring ontwikkelen, heeft dit mogelijk een negatieve invloed op de ouder-kind relatie en zodoende op het welzijn van jonge kinderen. De reden dat eerdere gecontroleerde studies geen effecten hebben gevonden is mogelijk toe te schrijven aan het gegeven dat zij te weinig rekening hebben gehouden met de aan- of afwezigheid van verwerkingsproblematiek (Van der Velden, 1998, p. 153).

2.4 Comorbiditeit posttraumatische stressklachten

Een posttraumatische stressstoornis is het gevolg van één of meerdere ervaren traumatische gebeurtenissen. Een dergelijke schokkende gebeurtenis kan lange termijneffecten teweegbrengen zoals PTSS, maar kan ook leiden tot depressieve of somatische klachten (Lev-Wiesel & Amir, 2000). Ook uit onderzoek van Blanchard en Hickling (in Harvey, Bryant & Tarrrier, 2003) blijkt dat slachtoffers niet alleen lijden aan PTSS, maar tevens aan boosheid, depressieve stoornissen, angststoornissen of middelen misbruik.

Maar wat vindt er nu plaats in de zogeheten intergenerationele overdracht van traumaproblematiek? Gaat het dan om ontwikkelingsinterferentie bij kinderen veroorzaakt door specifieke PTSS-klachten? Of gaat het om een breder spectrum aan klachten waaronder ook depressieve- en angstgerelateerde klachten die verantwoordelijk zijn voor eventuele ontwikkelingsinterferentie bij kinderen? Het gaat hierbij onder andere om de vraag of PTSS terecht een op zichzelf staande stoornis is.

Brewin (2003) stelt dat sceptici drie belangrijke argumenten aandragen met betrekking tot de inclusie van PTSS als afzonderlijke stoornis. Ten eerste is de term PTSS

pas laat in de jaren '70 van de vorige eeuw ontstaan en kent deze term geen diepliggende historische wortels. Op de tweede plaats kan PTSS gezien worden als een onnodige medicalisatie van een normale menselijke reactie op een traumatische ervaring. Het gevaar hierbij is dat een normale menselijke reactie op een abnormale gebeurtenis te snel gelabeld wordt als pathologisch. Veel mensen beschikken over genoeg veerkracht om te kunnen omgaan met een schokkende gebeurtenis. Een te vroege labeling van symptomen ontnemt mensen de kans om zelf op een goede manier om te gaan met een dergelijke schokkende gebeurtenis en verandert hen in slachtoffers. Ten derde opperen critici dat PTSS zich niet duidelijk genoeg onderscheidt van andere, al bestaande stoornissen. Wegens de relevantie met betrekking tot dit onderzoek over generationele overdracht van traumaproblematiek zal alleen het derde punt van kritiek, of PTSS zich nu wel of niet onderscheidt van andere al bestaande stoornissen, hieronder nader worden besproken.

Field (1999) stelt dat PTSS niets anders is dan een verzameling van psychologische reacties die mogelijk kunnen optreden na blootstelling aan een schokkende gebeurtenis. Men zou zich daarom af kunnen vragen waarom PTSS een speciale term verdient. Summerfield (2001) voegt hieraan toe dat ondanks het feit dat voorstanders deze stoornis zien als een afzonderlijke categorie van psychopathologie, PTSS slechts gebaseerd is op verschijnselen zoals die gangbaar zijn bij vele andere psychische diagnoses zoals angst-, stemming- en slaapstoornissen. PTSS-symptomen zoals verhoogde fysiologische arousal en vermijding worden onder andere ook aangetroffen bij specifieke fobieën. Afstandelijkheid, verlies aan interesse en een negatief toekomstbeeld komen tevens voor bij een depressieve stoornis. Ook slapeloosheid, prikkelbaarheid en concentratieproblemen zijn behalve bij PTSS, zowel onderdeel van een depressieve stoornis als ook van een gegeneraliseerde angststoornis (Brewin, 2003, p.35). Ook uit onderzoek van Terheggen, Stroebe en Kleber (2001) blijkt dat PTSS samenhangt met angst- en depressieklachten. Volgens Reynolds en Brewin (1999) rapporteert een groot gedeelte van depressieve patiënten zonder PTSS tevens onvrijwillige indringende gedachten aan stressvolle gebeurtenissen. Of PTSS nu wel of niet gezien moet worden als een afzonderlijke psychische stoornis, een posttraumatische stressstoornis kent in elk geval een hoge co-morbiditeit met andere psychische stoornissen (Brewin, 2003, p.38; Lombardo & Motta, 2008). Uit de resultaten van het National Comorbidity Survey (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995; Lombardo & Motto, 2008) komt naar voren dat de lifetime prevalentie van PTSS in de algemene populatie geschat wordt op 7,8 procent. Resick (2001) stelt dat patiënten met PTSS meestal ook voldoen aan minstens één andere stoornis, waaronder vaak een depressieve stoornis. Ook uit onderzoek van Gillespie et al. (2002, in Harvey, Bryant & Tarrier, 2003) blijkt dat 53 procent van de patiënten met een posttraumatische stressstoornis tevens lijdt aan een andere AS-I stoornis. 47 Procent van de patiënten met PTSS lijdt aan een depressie. 5,5

Procent aan alcoholmisbruik, en 4% heeft last van een paniekstoornis of agorafobie. Volgens Lombardo en Motta (2008) ligt de comorbiditeit van PTSS met andere psychische stoornissen zelfs rond de 80 procent. Vele studies bevestigen deze hoge niveaus van comorbiditeit tussen PTSS en overige mentale stoornissen (o.a. Gearon, Kaltman, Brown, & Bellack, 2003; Holtzheimer, Russo, Zatzick, Bundy, & Roy-Byrne, 2005). Ondanks de hierboven benoemde overeenkomsten, lijken volledige herbelevingen van traumatische gebeurtenissen buitengewoon weinig voor te komen bij andere stoornissen dan PTSS (Kilpatrick et al., 1998, in Widiger, et al., 1998; Reynolds & Brewin, 1998). Tevens kan worden aangedragen dat hoewel de individuele symptomen van PTSS niet uniek zijn, het cluster van deze symptomen bij elkaar wel specifiek behoren bij deze stoornis. Ook is er een groeiend aantal studies waaruit blijkt dat PTSS in elk geval biologisch gezien een opzichzelfstaande stoornis is (zie voor biologische aanwijzingen Brewin, 2003, p.40).

Met betrekking tot het debat rondom de intergenerationele overdracht van traumaproblematiek, is het vooral belangrijk om te bezien welk cluster van psychische klachten (bijvoorbeeld PTSS dan wel depressie- of angstgerelateerde problematiek) van ouders samenhangt met psychische klachten en/of probleemgedrag bij hun kinderen. Het is daarvoor belangrijk om bewust te zijn van de boven beschreven overlap tussen PTSS en andere psychische stoornissen.

2.5 Doelstelling

Met dit masteronderzoek wordt getracht om meer inzicht te geven in de generationele overdracht van psychische klachten, dan wel traumaklachten van ouders op kinderen. Het doel van dit masteronderzoek is, onderzoeken of er een relatie bestaat tussen psychische klachten van ouders enerzijds en psychische klachten bij hun kinderen anderzijds. Dit onderzoek heeft niet als doel te beschrijven hoe deze overdrachtsrelatie tot stand komt. Zoals in paragraaf 2.3 is beschreven lijkt het aannemelijk dat psychische klachten van ouders mogelijk zorgen voor ontwikkelingsinterferentie bij hun kinderen. Deze ontwikkelingsinterferentie kan op haar beurt bij jonge kinderen zorgen voor optredende psychische klachten. Wanneer in dit onderzoek gesproken wordt over traumaoverdracht van ouder op kind, dan wel overdracht van psychische klachten, wordt met deze term slechts verwezen naar de correlatie tussen klachten van ouders en hun kinderen. Op basis van dit onderzoek kunnen geen uitspraken gedaan worden over hoe deze relatie inhoudelijk wordt veroorzaakt.

Eventuele bevindingen kunnen belangrijke gevolgen hebben voor de behandeling van kinderen met getraumatiseerde ouders. Vooral in de kwetsbare doelgroep van vluchtelingen en asielzoekers die vaak verkeren in moeilijke omstandigheden, is het belangrijk om oog te hebben voor het welzijn van hun jonge kinderen. Idealiter kunnen voorspellende

risicofactoren bij ouders worden geïdentificeerd die mogelijk leiden tot problemen bij hun kinderen. Helaas is het identificeren van risicofactoren, nu net het gebied waar vaak overheen is gekeken (Chapman & Scott, 2001). Wanneer meer risicofactoren in de ouder-kind interactie bekend zouden zijn, zouden preventieve interventies hierop kunnen inhaken. Maar alvorens nagedacht kan worden over welke interventies kunnen worden ingezet, moet eerst achterhaald worden welk type pathologie bij ouders de beste voorspeller is voor eventuele problemen bij hun kinderen. Omdat uit onderzoek van Van der Velden (1998) naar voren kwam dat het in de overdrachtsrelatie niet gaat om het wel of niet hebben meegemaakt van een schokkende ervaring door ouders, maar eerder om het wel of niet optreden van verwerkingsklachten, zal in dit onderzoek primair gekeken worden naar de invloed van de verwerkingsklachten (traumaklachten) van ouders op de psychische gezondheid van hun kinderen.

Op basis van eerder beschreven doelstelling komt de volgende vraagstelling naar voren: wat is de toegevoegde verklaarde variatie van specifieke traumaklachten in vergelijking met de meer algemene psychische klachten bij vluchtelingenouders, als voorspeller van het waargenomen welbevinden van hun kinderen? Met andere woorden, wat is de centrale factor in de overdrachtsrelatie tussen ouders en kinderen. Gaat het hierbij om de overdracht van specifieke traumagerelateerde klachten, of zijn meer algemene psychische klachten (zoals angst en/of depressieve symptomen) een betere voorspeller voor problemen bij kinderen. Omdat uit de onderzoeksliteratuur naar voren komt dat ook stress een negatieve invloed heeft op gedragsproblemen van kinderen, zal tevens gekeken worden wat de invloed is van familiestress gerapporteerd door ouders op de psychische gezondheid van hun kinderen.

Om een antwoord te genereren op bovenstaande vraagstelling zal worden gekeken welke type pathologie bij ouders samenhangt met emotionele en/of gedragsproblemen bij hun kinderen. Om dit te onderzoeken zullen drie deelvragen met bijbehorende hypothesen worden getoetst. Middels de eerste deelvraag zal worden onderzocht of het veronderstelde verband tussen psychische klachten van ouders (familiestress, angst of depressieve klachten) en de psychische gezondheid van kinderen (onderverdeeld in emotionele en gedragsproblemen) ook in dit onderzoek naar voren komt. In de tweede deelvraag wordt het verband tussen specifieke traumaklachten van ouders en de psychische gezondheid van kinderen onderzocht. Er zal worden bekeken of er in dit onderzoek bewijs gevonden kan worden voor de intergenerationele overdracht van traumaklachten van ouder op kind. Tot besluit zal in de derde deelvraag worden onderzocht of het veronderstelde verband tussen traumaklachten van ouders en eventuele negatieve psychische gezondheid van kinderen blijft bestaan wanneer gecorrigeerd wordt voor comorbide angst en/of depressieve klachten. Op deze manier wordt onderzocht wat de centrale factor is in de overdrachtsrelatie tussen

ouders en kinderen. Op basis van de resultaten kan een uitspraak worden gedaan of het bij secundair trauma gaat om de overdracht van specifieke traumagerelateerde klachten, of meer algemene psychische klachten zoals angst en/of depressieve symptomen. Zie voor schematische weergave van deze deelvragen en bijbehorende hypothesen Tabel 1.

Tabel 1. *Deelvragen en hypothesen intergenerationale overdracht van traumaproblematiek.*

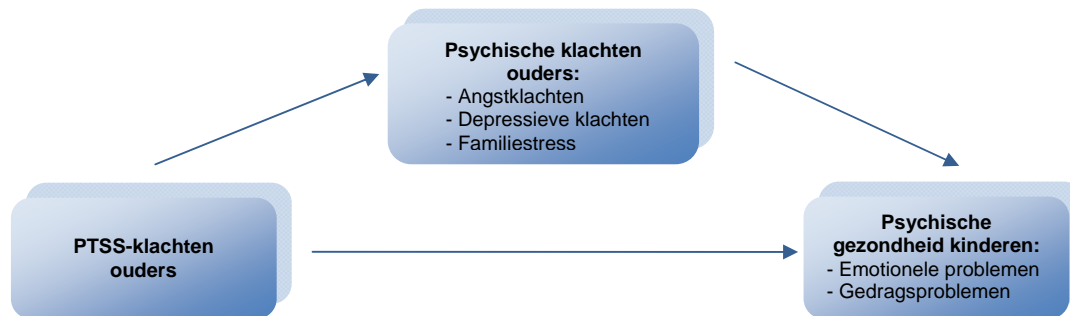
Deelvragen	Hypothesen
1. Bestaat er een verband tussen psychische klachten van ouders en de psychische gezondheid van hun kinderen?	H ¹ : Er bestaat een positief verband tussen angstklachten, depressieve klachten en familiestress bij ouders en emotionele problemen van hun kinderen. H ² : Er bestaat een positief verband tussen angstklachten, depressieve klachten en familiestress bij ouders en gedragsproblemen van kinderen.
2. Bestaat er een verband tussen traumaklachten van ouders en de psychische gezondheid van hun kinderen?	H ³ : Er bestaat een positief verband tussen de traumaklachten van ouders en emotionele problemen van kinderen. H ⁴ : Er bestaat een positief verband tussen de traumaklachten van ouders en de gedragsproblemen van kinderen.
3. Bestaat er een verband tussen traumaklachten van ouders en de psychische gezondheid van hun kinderen, indien gecorrigeerd wordt voor comorbide angst- en/of depressieve klachten?	H ⁵ : Er bestaat geen positief verband tussen de traumaklachten van ouders en emotionele problemen van kinderen indien gecorrigeerd wordt voor comorbide angst- en/of depressieve klachten van ouders. H ⁶ : Er bestaat geen positief verband tussen de traumaklachten van ouders en de gedragsproblemen van kinderen indien gecorrigeerd wordt voor comorbide angst- en/of depressieve klachten van ouders.

* Noot: 'klachten ouders' zijn gespecificeerd in: familiestress, angstklachten, depressieve klachten, en traumaklachten. De psychische gezondheid bij kinderen is onderverdeeld in emotionele en gedragsproblemen.

3. Methoden

3.1 Design

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een *cross-sectioneel, between-subjects non-equivalent groups design*. Psychische klachten bij ouders zijn de onafhankelijke variabelen. De psychische klachten bij ouders zijn onderverdeeld in vier afzonderlijke dimensies: posttraumatische stressklachten, angstklachten, depressieve klachten en familiestress. De afhankelijke variabele in dit onderzoek is de psychische gezondheid van kinderen. Deze is onderverdeeld in emotionele problemen en gedragsproblemen. Bekeken zal worden of het verband tussen PTSS-klachten van ouders en de psychische gezondheid van kinderen gemodereerd wordt door bijkomende psychische klachten van ouders. Voor schematische weergave van het onderzoeksdesign zie figuur 1.



Figuur 1. Conceptueel model onderzoeksdesign.

3.2 Participanten

Het onderzoek is uitgevoerd bij vluchtelingen en asielzoekers (N=55) die in Nederland verblijven. Vluchtelingen zijn mensen die gedwongen hun thuisland hebben moeten verlaten en internationale grenzen overstaken om te ontsnappen aan vervolging of conflict. Met asielzoekers worden in dit onderzoek mensen bedoeld die een verzoek hebben ingediend om erkend te worden als vluchteling, en in afwachting zijn of dit verzoek geaccepteerd of verworpen wordt (UNHCR, 2009). Ouders met jonge kinderen in de leeftijd van 18-40 maanden hebben in dit onderzoek geparticipeerd. De experimentele groep participanten bestond uit vluchtelingen en asielzoekers die voldeden aan de DSM-IV diagnose (APA, 2002) van een posttraumatische stressstoornis. Vluchtelingen en asielzoekers die niet voldeden aan deze DSM-IV criteria van een posttraumatische stressstoornis vormden de controle groep.

Er was sprake van een non-respons van drie mensen. Eén participant was hoog zwanger, één participant kon niet komen in verband met werkzaamheden en één participant heeft geen reden gegeven. Vijf participanten zijn geëxcludeerd van deelname in dit

onderzoek. Bij twee participanten bleek het kind ouder te zijn dan 4 jaar. Bij twee andere participanten bleek hun kind niet in Nederland te zijn geboren. Van één participant bleek het kind zelf een traumatische ervaring meegemaakt te hebben. De resterende groep vluchtelingen en/of asielzoekers (N=55) met kinderen zijn geïnccludeerd in dit onderzoek. Deze onderzoekspopulatie bestaat uit 36 vrouwen en 19 mannen met een gemiddelde leeftijd van bijna 33 jaar (variërend van 19 tot en met 56 jaar). De experimentele groep met PTSS diagnose (N=30) bestaat uit 18 vrouwen en 12 mannen met een gemiddelde leeftijd van iets meer dan 36 jaren (variërend van 23 tot en met 56 jaren). Deze groep zal worden vergeleken met een controle groep van vluchtelingen en asielzoekers zonder PTSS (N=25) die bestaat uit 18 vrouwen en 7 mannen met een gemiddelde leeftijd van bijna 30 jaren (variërend van 19 tot en met 46 jaren). De leeftijd van de kinderen varieert van 14 tot en met 47 maanden, met een gemiddelde van 28,7 maanden. Deze groep kinderen bestaat uit 36 jongens en 19 meisjes (zie Tabel 2a en 2b).

Tabel 2a. Demografische kenmerken ouders.

		Ouders	
		met PTSS N=30	zonder PTSS N=25
Leeftijd	Gemiddelde	36,02 (jaren)	29,61 (jaren)
	SD	7,9 (jaren)	6,94 (jaren)
Sekse (%)	Mannen (%)	40,0 %	28,0 %
	Vrouwen (%)	60,0 %	72,0 %

Tabel 2b. Kenmerken kinderen.

		Kinderen N=55
Leeftijd	Gemiddelde	28,7 (maanden)
	SD	8,9 (maanden)
Sekse (%)	Mannen (%)	65,5 %
	Vrouwen (%)	34,5 %

De participanten zijn verder onder te verdelen in 39 vluchtelingen met verblijfsvergunning en 16 zonder verblijfsvergunning. In de groep met verblijfsvergunning voldoet 59% aan de criteria van PTSS, in de groep asielzoekers zonder verblijfsvergunning voldoet 43,8% aan deze criteria. Van de ouders met PTSS klachten heeft 76,7% een verblijfsvergunning, van de ouders zonder PTSS diagnose heeft 64% een verblijfsvergunning. 32,7 Procent van de asielzoekers verbleef ten tijde van dit onderzoek in een asielzoekerscentrum (AZC). In de groep met PTSS is dit 26,7%. In de groep vluchtelingen en asielzoekers zonder PTSS is 40% woonachtig in een AZC (zie Tabel 3a en 3b).

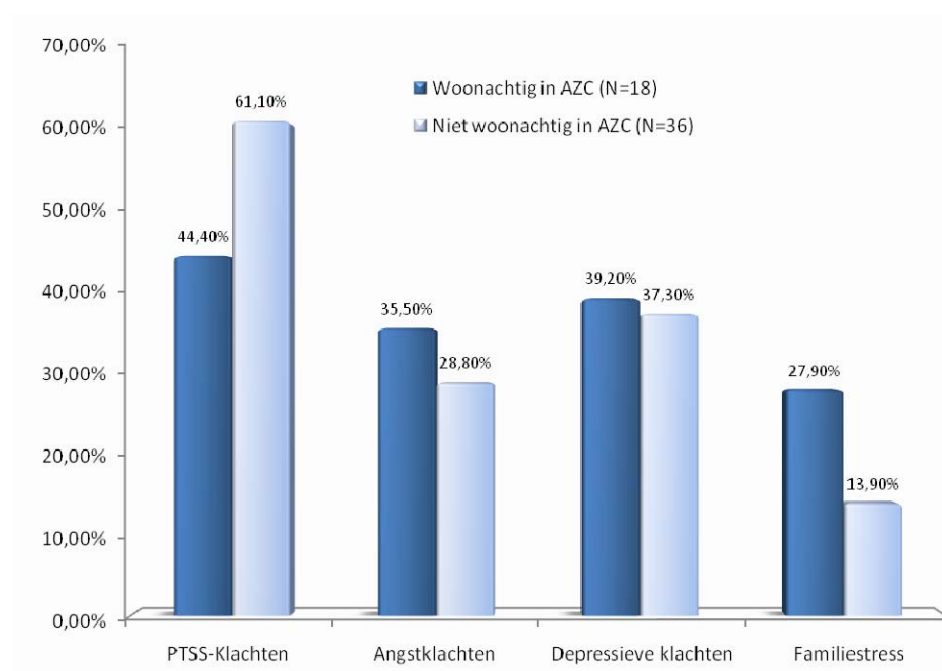
Tabel 3a. Juridische status ouders.

	Ouders	
	met PTSS N=30	zonder PTSS N=25
Verblijfsvergunning		
Wel verblijfsvergunning (vluchteling)	76,7 %	64 %
Geen verblijfsvergunning (Asielzoeker)	23,3 %	36 %

Tabel 3b. Woonachtig in AZC.

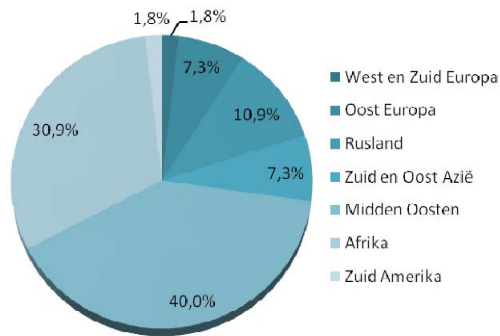
	Ouders	
	met PTSS N=30	zonder PTSS N=25
Woning		
Woonachtig in AZC	26,7 %	40 %
Niet woonachtig in AZC	73,3 %	56 %
Onbekend	0 %	4 %

44,4 Procent van de asielzoekers die ten tijde van dit onderzoek in een AZC verbleven voldoen aan de criteria van PTSS. Ongeveer één derde van de asielzoekers die in een AZC woont kampt met ernstige angst (33,5%) en/of familiestress-klachten (27,9%). 39,2 Procent kampt bovendien met ernstige depressieve klachten. In de groep vluchtelingen en asielzoekers die niet in een AZC wonen kampt 13,9% met ernstige familiestress-klachten, 28,8% met ernstige angstklachten, 37,3% met ernstige depressieve klachten en 61,1% met ernstige PTSS-klachten. De resultaten van deze paragraaf zijn weergegeven in figuur 2.

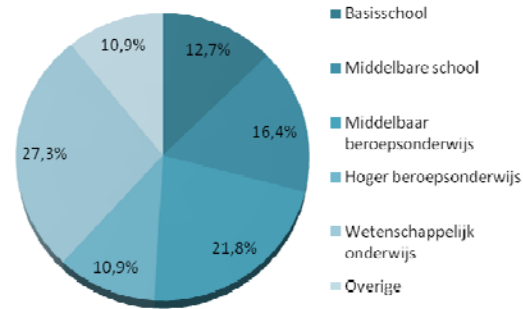


Figuur 2. Psychische klachten ouders.

Het aantal jaren dat de ouder in Nederland is varieert van 1,5 tot 20 jaar, met een gemiddelde van 7,8 jaren. De participanten komen uit verschillende landen, maar het merendeel is afkomstig uit het Midden-Oosten (40,0%), gevolgd door Afrika (30,9%). Uit Zuid-Amerika en West- en Zuid Europa komen de minste vluchtelingen en asielzoekers. Uit beide werelddelen komt slechts 1 participant (zie figuur 3a). Het opleidingsniveau van de ouders varieert van 'geen opleiding' tot en met 'universitaire opleiding' afgerond. Het merendeel van de populatie is hoog opgeleid en heeft een hogere beroepsopleiding (HBO) dan wel universitaire vervolgopleiding afgerond (27,3%). Slechts 12,7% heeft geen opleiding of slechts enkele jaren basisonderwijs genoten. Zie figuur 3a en 3b voor een schematische weergave van de verschillende opleidingsniveaus en het land van herkomst.



Figuur 3a. Land van herkomst ouders (N=55).



Figuur 3b. Opleidingsniveau ouders (N=55).

3.3 Instrumentarium

De variabele traumaklachten bij ouders is geoperationaliseerd met behulp van de Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) (Mollica et al., 1992). De vragenlijst bestaat uit twee gedeeltes. Het eerste deel beschrijft 20 traumatische gebeurtenissen, het tweede deel bestaat uit 16 items die de ernst van de PTSS symptomen meten. In dit onderzoek zal vooral het tweede gedeelte van de vragenlijst worden meegenomen. De antwoordcategorieën van deze 16 items worden beantwoord op een vierpuntschaal variërend van 1 (helemaal geen last), tot 4 (zeer veel last). Deze 16 items van de HTQ komen overeen met de 17 symptomen van PTSS in de DSM-IV. Zoals aanbevolen door Mollica et al. (1999) is een scoringsalgoritme aangemaakt waarmee de data van de HTQ is aangepast aan de DSM-IV criteria van een posttraumatische stressstoornis. Uit verschillende studies onder getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers blijkt de Harvard Trauma Questionnaire statistisch betrouwbaar en valide te zijn (Hollifield et al., 2002). De standaard versie van de HTQ is uitgegeven in meerdere talen. Wanneer de moedertaal van een participant niet aanwezig is, zal een gekwalificeerde tolk de items vertalen.

Angst- en depressieve klachten bij ouders zijn gemeten door middel van de Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth & Covi, 1974). De HSCL is wereldwijd een veelgebruikt screeningsinstrument om emotionele stress en depressie te meten gedurende de laatste 7 dagen. Deze vragenlijst bestaat uit 25 items die beantwoord dienen te worden op een vierpuntschaal die loopt van 1 (helemaal geen last) tot 4 (zeer veel last). De eerste 10 items geven een indicatie voor angstsymptomen, de overige 15 items meten depressieve symptomen. Het gemiddelde van de itemscores resulteert in een totaalscore voor angst en depressie. Gemiddelde scores boven 1,75 zijn een indicator voor ernstige symptomen in de klinische range (Mollica et al., 1996). De HSCL is verkrijgbaar in veel verschillende talen. De psychometrische kenmerken van de HSCL-25 zijn betrouwbaar en valide bevonden in verschillende culturen en zijn geschikt bevonden om angst- en depressieve klachten te meten (Kleijn, Hovens & Rodenburg, 2001). Wanneer de

moedertaal van een participant niet aanwezig is, zullen ook de items van de HSCL door een gekwalificeerde tolk worden vertaald.

De psychische gezondheid van kinderen is in dit onderzoek geoperationaliseerd aan de hand van diens emotionele en gedragsproblemen. Deze is gemeten met behulp van de Child Behavior Checklist voor kinderen van 1,5 tot 5 jaar (CBCL 1,5-5) (Achenbach & Rescorla, 2000). Deze vragenlijst bevat 100 items die door de ouders beantwoord dienen te worden op een driepuntsschaal die loopt van 0 (helemaal niet) tot 2 (duidelijk of vaak). De items beslaan een empirische range van gedrag- en emotionele problemen. De CBCL bevat zeven empirisch gebaseerde syndroomschalen, te weten: ¹Emotionele reactiviteit, ²Angstig/depressief, ³Somatische klachten, ⁴Teruggetrokkenheid, ⁵Slaap problemen, ⁶Aandachtsproblemen en ⁷Agressief gedrag. Alle symptomen kunnen worden onderverdeeld in twee groepen, Internaliserende en Externaliserende problemen. Tevens bevat de CBCL vijf DSM georiënteerde schalen: ¹Stemmingsproblemen, ²Angstproblemen, ³Pervasieve ontwikkelingsproblemen, ⁴Aandachtstekort/hyperactiviteit problemen en ⁵Oppositieel-opstandige gedragsproblemen. De CBCL is een veelgebruikt instrument om de emotionele en gedragsproblemen van jonge kinderen te onderzoeken. De gemiddelde test-herstest betrouwbaarheid van de CBCL volgens Achenbach en Rescorla (2000) is 0.85. De CBCL kent hiermee een goede betrouwbaarheid en validiteit en is in bijna 60 talen vertaald. Wanneer een gewenste taal onverhoopt niet aanwezig is, wordt de CBCL mondeling afgenomen en door een gekwalificeerde tolk vertaald. In dit onderzoek zal in beginsel gekeken worden naar de totaalscore, internaliserende (emotionele problemen) en externaliserende problematiek (gedragsproblemen).

Naast deze drie vragenlijsten werd er gevraagd naar de volgende demografische gegevens: geboortedatum ouder en kind, geslacht ouder en kind, land van herkomst, duur verblijf in Nederland, beschikking over verblijfsvergunning, en huidige stressoren. In totaal zijn zes stressoren uitgevraagd, te weten: verblijfsvergunning, andere juridische problemen, financiën, huisvesting, huwelijk/relatie en familie in land van herkomst. Deze 6 items konden worden beantwoord op een vierpuntsschaal lopend van 1 (helemaal geen last) tot 4 (zeer veel last).

3.4 Procedure

Zoals eerder is aangegeven is dit masteronderzoek een onderdeel van een groter, zes jaar lopend promotieonderzoek naar intergenerationele overdracht van traumaproblematiek en de ontwikkeling van jonge kinderen. Omdat dit bredere promotieonderzoek een uiteenlopend scala aan vragen omvat, zijn er een groot aantal vragenlijsten, dan wel gestructureerde interviews afgenomen.

Voor deelname aan het onderzoek werden vijf inclusiecriteria gehanteerd. Ten eerste konden alleen vluchtelingen en asielzoekers aan dit onderzoek participeren. Ook konden alleen participanten met een kind in de leeftijdscategorie van 1 tot 4 jaar deelnemen. Deze kinderen moesten zelf in Nederland zijn geboren, geen traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt en ten tijde van deelname zelf geen hulp krijgen voor eigen psychische problematiek. Asielzoekers en vluchtelingen met een verslaving of psychose werden op basis van de MINI uitgesloten van deelname aan dit onderzoek.

De participanten voor dit onderzoek zijn op verschillende manieren benaderd. Cliënten van Stichting Centrum '45 die voldeden aan bovengenoemde inclusiecriteria zijn door hun behandelaar gevraagd om te participeren aan dit ouder-kindonderzoek. Tevens zijn vluchtelingen en asielzoekers die verbleven in asielzoekerscentra, met toestemming van het Centraal Orgaan Asielzoekers (COA) Nederland, benaderd. Middels een vijf uur durend assessment zijn in totaal acht psychologische testen afgenomen. Voor dit assessment kwam een ouder met zijn/haar kind naar een onderzoekslocatie bij Stichting Centrum '45 te Diemen of naar het asielzoekerscentrum te Katwijk. Indien ouders de Nederlandse taal niet in voldoende mate beheersten, was er standaard een gekwalificeerde tolk bij de testdag aanwezig. Twee getrainde onderzoeksassistenten namen de testen af volgens gestandaardiseerd en door de Medisch Ethische Commissie goedgekeurd protocol. Hierbij is benadrukt dat deelname aan het onderzoek geheel anoniem en op vrijwillige basis geschiedt. Een participant kon op ieder gewenst moment en zonder opgave van reden stoppen met het onderzoek. Na uitleg van het doel van het onderzoek en de inhoud van de testdag is ouders de gelegenheid geboden voor het stellen van vragen. Wanneer alle vragen naar tevredenheid waren beantwoord werd de ouder gevraagd om een informed consent formulier te ondertekenen. Door het tekenen van dit formulier verklaart een ouder op de hoogte te zijn van het doel van het onderzoek en toestemming te verlenen voor eigen deelname en deelname van zijn/haar kind.

Een testdag startte met het invullen van algemene demografische gegevens. Vervolgens vulden ouders drie vragenlijsten in, te weten: de Harvard Trauma Questionnaire, HTQ (Mollica et al., 1992), de Hopkins Symptom Checklist, HSCL (Derogatis et al., 1974) en de Child Behaviour Checklist, CBCL (Achenbach & Rescorla, 2000). Ook namen zij deel aan de Secure Base Scriptedness (Main, 1993), een gestructureerd interview om de hechting van ouders in kaart te brengen. Om de ontwikkeling van het jonge kind te meten werd de Nederlandse bewerking van de Bayley Scales of Infant Development, BSID (Meulen, Ruiters, Spelberg & Smrkovsky, 2000) afgenomen. Ouder en kind werden tevens gevraagd om gedurende 35 minuten samen te spelen terwijl zij op video werden opgenomen. Op basis van deze videobeelden is achteraf de interactie tussen ouder en kind gescoord middels de Emotional Availability Scales, EAS (Biringen, 1998) en Dissociative and

extremely Insensitive Parenting, DIP (Out, Cyr, Beijersbergen, Bakermans-Kranenburg & Van Ijzendoorn, 2006). Tot slot werden ouder en kind een korte periode van elkaar gescheiden om met behulp van de Preschool Strange Situation procedure, PSS (Cassidy & Marvin, 1992) de hechting van het kind in kaart te brengen. Na afronding van de testdag werden participanten bedankt voor deelname aan het onderzoek en was er gelegenheid tot het stellen van vragen. Ter compensatie kregen participanten een gratis lunch en een vergoeding van 25 euro plus reiskosten.

Voor de beantwoording van de deelvragen van dit masteronderzoek is buiten de algemene demografische kenmerken en familiestress alleen gekeken naar de Harvard Trauma Questionnaire (HTQ), Hopkins Symptom Checklist (HSCL) en de Child Behaviour Checklist (CBCL). De beschrijving en verantwoording van de gebruikte meetinstrumenten is beschreven in de sectie '*Instrumentarium*'.

3.5 Statistische analyses

Alle gegevens zijn verwerkt met behulp van SPSS versie 16.0. Allereerst is de normaliteit en interne consistentie (Cronbach's alpha) van de verschillende schalen van de HTQ, HSCL en de CBCL nagegaan. De officiële diagnose voor een posttraumatische stressstoornis volgens de DSM-IV (APA, 2002) is omgezet in een statistisch algoritme dat is toegepast op de HTQ (op vergelijkbare wijze als is gedaan door Molica, 1999). Op basis van deze PTSS-diagnose zijn participanten ingedeeld in een experimentele groep (ouders met PTSS) dan wel controle groep (ouders zonder PTSS).

Met een onafhankelijke t-toets zijn leeftijdsverschillen tussen de onderzoeksgroepen nagegaan en met behulp van een Chi-kwadraat toets is de sekseverdeling tussen de groepen getoetst. Middels een ANOVA zijn verschillen aangaande de gerapporteerde angst, depressie en familiestressklachten tussen de onderzoeksgroepen getoetst. Verschillen tussen deze groepen op zowel de emotionele als ook de gedragsproblemen van hun kinderen zijn op vergelijkbare wijze geanalyseerd. Ook is getoetst of er een verband bestaat tussen psychische klachten, dan wel traumaklachten, van ouders en de emotionele en gedragsproblemen bij hun kinderen. Een correlatieanalyse is uitgevoerd tussen familiestress, posttraumatische stress, angst en depressieve klachten bij ouders en de internaliserende, externaliserende en totale gedragsproblemen bij hun kinderen. Om te onderzoeken of er een interactie-effect bestaat van sekse, zijn de analyses gesplitst op het geslacht van ouder en kind. Een tweede correlatieanalyse is uitgevoerd om te onderzoeken hoe sterk de verschillende type psychische klachten (angst, depressie, PTSS en familiestress) bij ouders onderling samenhangen. Een factoranalyse is uitgevoerd om te onderzoeken of een posttraumatische stressstoornis gezien kan worden als een afzonderlijk construct of dat PTSS klachten laden op eenzelfde construct als angst en/of depressieve klachten. Tot slot is

met behulp van een multiple hiërarchische regressieanalyse onderzocht of het verband tussen traumaklachten bij ouders en de negatieve effecten hiervan op de psychische gezondheid van hun kinderen, blijft bestaan wanneer statistisch wordt gecorrigeerd voor comorbide familiestress, angst- en/of depressieve klachten.

4. Resultaten

4.1 Betrouwbaarheid instrumentarium

Cronbach's alpha is berekend om de interne consistentie van de gebruikte meetinstrumenten te toetsen. Voor het tweede gedeelte van de HTQ, de zogeheten PTSS klachten volgens de DSM-IV, is Cronbach's alpha .95. De algehele interne consistentie van de HSCL is .96. Voor de in totaal 100 items van de CBCL komt Cronbach's alpha op .97. Voor beslissingen op groepsniveau is de interne consistentie voor de HSCL, HTQ en CBCL zeer goed te noemen (Ter Laak & De Goede, 2003).

4.2 Verschillen tussen de experimentele groep en de controle groep

De experimentele groep vluchtelingen en asielzoekers die voldoet aan de criteria van een posttraumatische stressstoornis volgens de DSM-IV (APA, 2002), is in dit onderzoek vergeleken met een controlegroep van vluchtelingen en asielzoekers zonder PTSS-diagnose.

Uit de resultaten blijkt dat er een multivariaat effect is van het wel of niet hebben van een PTSS-diagnose op de mate van gerapporteerde angst- en depressieve klachten (Wilks' Lambda = .58, $F(3,50) = 12.29$, $p < .001$., $\eta^2 = .42$). Vluchtelingen en asielzoekers met PTSS-diagnose, blijken meer angst ($M = 2.93$, $SD = .66$) en depressieve klachten ($M = 2.96$, $SD = .51$) te rapporteren. Vluchtelingen zonder PTSS-diagnose rapporteren significant minder angst ($M = 1.87$, $SD = .75$) en depressieve klachten ($M = 1.96$, $SD = .72$). De onderzoeksgroepen blijken niet significant te verschillen op de ervaren familiestress ($p > .05$). Vluchtelingen en asielzoekers met een PTSS-diagnose rapporteren dus niet significant meer familiestress dan vluchtelingen en asielzoekers zonder PTSS-diagnose. De resultaten van deze paragraaf zijn weergegeven in Tabel 4.

Tabel 4. Gemiddelde score psychische klachten van ouders binnen de experimentele en de controle groep.

PTSS ouders	Angstklachten		Depressie klachten		Familiestress	
	M	SD	M	SD	M	SD
Wel PTSS-diagnose (N = 29)	2.93	.66	2.96	.51	2.23	.77
Geen PTSS-diagnose (N = 25)	1.87	.75	1.96	.72	2.00	.72

Ook is er gekeken naar verschillen tussen de kinderen van vluchtelingen en asielzoekers met en zonder PTSS-diagnose. Uit de resultaten blijkt dat er geen multivariaat-effect is van een PTSS-diagnose van ouders op de psychische gezondheid van kinderen (Wilks' Lambda = .93, $F(3,50) = 1.27$, $p > .05$, $\eta^2 = .07$). Kinderen van ouders die voldoen aan de criteria van een PTSS-diagnose, blijken dus niet significant meer of minder internaliserende, externaliserende of totale problemen te ervaren dan kinderen van ouders zonder PTSS-diagnose ($p > .05$).

4.3 Verband tussen psychische klachten van ouders en psychische gezondheid van kinderen

Allereerst is onderzocht of er een verband bestaat tussen angstklachten, depressieve klachten en familiestress bij ouders en emotionele (internaliserende) problemen van hun kinderen (hypothese 1). Angstklachten ($r = .23$, $p < .05$), depressieve klachten ($r = .39$, $p < .05$) en familiestress ($r = .37$, $p < .05$) gerapporteerd door ouders blijkt significant samen te hangen met de internaliserende problematiek bij kinderen. Angstklachten bij de ouder blijken bovendien significant samen te hangen met specifieke angstproblematiek (anxiety problems) bij hun kinderen ($r = .28$, $p < .05$). Depressieve klachten bij ouders blijken tevens te correleren met angst- en depressieve klachten van hun kinderen (anxious/depressed) ($r = .37$, $p < .05$). Ook hangen zij samen met specifieke angstklachten van hun kinderen (anxiety problems) ($r = .45$, $p < .001$).

Ook is onderzocht of er een verband bestaat tussen angstklachten, depressieve klachten en familiestress bij ouders enerzijds en de gedragsproblemen (externaliserende problematiek) van hun kinderen anderzijds (hypothese 2). Depressieve klachten van ouders blijken ook te correleren met externaliserende problemen van kinderen ($r = .23$, $p < .05$). Ook familiestress gerapporteerd door ouders blijkt significant samen te hangen met de externaliserende problemen bij kinderen ($r = .28$, $p < .02$). Angstklachten van ouders blijken daarentegen niet significant samen te hangen met de externaliserende problematiek van hun kinderen ($p > .05$).

Tot slot is ter aanvulling gekeken naar het verband tussen angst-, depressieve en familiestressklachten bij ouders en de totale problemen bij kinderen. Angstklachten ($r = .27$, $p < .05$), depressieve klachten ($r = .40$, $p < .05$) en familiestress ($r = .37$, $p < .05$) gerapporteerd door ouders blijken ook samen te hangen met de totale problematiek van kinderen. Voor een schematisch overzicht van deze resultaten, zie Tabel 5.

4.4 Verband tussen traumaklachten van ouders en de psychische gezondheid van kinderen

Onderzocht is of er een verband bestaat tussen PTSS-klachten van ouders en emotionele (internaliserende) problemen bij hun kinderen (hypothese 3). Tevens is getoetst of er een verband bestaat tussen traumaklachten van ouders en gedragsproblemen (externaliserende problemen) van hun kinderen (hypothese 4).

Posttraumatische stressklachten van ouders blijken significant samen te hangen met zowel de internaliserende ($r = .33, p < .05$), externaliserende ($r = .26, p < .05$) als ook de totale problematiek bij kinderen ($r = .38, p < .05$). Het gaat hier om een matige tot gemiddelde samenhang. De resultaten van deze en vorige paragraaf zijn te zien in Tabel 5.

Tabel 5. Uitkomsten van de correlatieanalyse voor klachten ouders en psychische gezondheid kind.

Klachten ouders		Psychische gezondheid kind		
		Internaliserende problemen	Externaliserende problemen	Totale problemen
Angst	Pearson Correlation (<i>r</i>)	.23*	.17	.27*
	Sig. <i>p</i>	.05	.15	.03
Depressie	Pearson Correlation (<i>r</i>)	.40*	.23*	.40*
	Sig. <i>p</i>	.004	.05	.003
Familiestress	Pearson Correlation (<i>r</i>)	.37*	.28*	.37*
	Sig. <i>p</i>	.003	.02	.003
PTSS	Pearson Correlation (<i>r</i>)	.33*	.26*	.38*
	Sig. <i>p</i>	.01	.03	.005

Noot: waarden gevolgd door een sterretje * zijn significant bij $p < .05$.

4.5 Voorspellers voor de psychische gezondheid van kinderen

Uit de bovenstaande correlatieanalyse blijkt dat internaliserende problemen van kinderen het sterkste samenhangen met depressieve klachten van ouders ($r = .40, p < .05$). Externaliserende problemen bij kinderen hangen het sterkste samen met familiestress gerapporteerd door ouders ($r = .28, p < .05$). Wanneer gekeken wordt naar de totale problematiek van kinderen blijkt dat depressieve klachten van ouders hiermee het sterkste samenhangen ($r = .40, p < .05$). De donkergearceerde waarden in Tabel 5 zijn de sterkste correlaties per probleemgebied.

4.6 Interactie-effect sekse

Wanneer wordt gekeken naar de verdeling van sekse binnen de verschillende soorten problematiek bij kinderen dan blijken er geen significante verschillen. Jongens blijken niet significant meer, of minder internaliserende, externaliserende en/of gedragsproblemen te rapporteren dan meisjes. Wel zijn er marginale verschillen waarneembaar die duiden op iets meer externaliserende en totale problemen bij jongens. En iets meer internaliserende problemen bij meisjes, maar deze groepsverschillen zijn niet significant ($p > .05$).

Ook bij ouders zijn er geen significante verschillen gevonden tussen vaders en moeders in de mate waarin zij stressklachten, angstklachten, depressieve klachten en/of posttraumatische stressklachten rapporteren. Echter wanneer wordt onderzocht in welke groepen de overdrachtsrelatie van psychische klachten plaatsvindt, zijn er wel significante groepsverschillen zichtbaar. Wanneer analyses worden gesplitst op de sekse van ouders is te zien dat alleen de angstklachten, depressieve klachten en PTSS-klachten van moeder samenhangen met de psychische gezondheid van hun kinderen. Angst- ($r = .31$, $p < .05$) en depressieve klachten ($r = .45$, $p < .05$) bij moeders hangen samen met de internaliserende problemen van hun kinderen. Tevens hangen angst ($r = .38$, $p < .05$) en depressieve klachten ($r = .45$, $p < .05$) bij moeders ook samen met de totale problemen van hun kinderen. Angst- en depressieve klachten correleren daarentegen niet significant met de externaliserende problemen van hun kinderen ($p > .05$). Posttraumatische stressklachten bij moeders correleren zowel met internaliserende ($r = .37$, $p < .05$), externaliserende ($r = .28$, $p < .05$) als ook met de totale problemen van kinderen ($r = .46$, $p < .05$). Ook de familiestress gerapporteerd door moeders hangt significant samen met de internaliserende ($r = .44$, $p < .05$), externaliserende ($r = .28$, $p < .05$) en de totale problemen van hun kinderen ($r = .42$, $p < .05$).

Uit de resultaten blijkt dat psychische klachten (angstklachten, depressieve klachten, ptss-klachten en/of familiestress) bij vaders niet significant samenhangen met de internaliserende, externaliserende en/of totale problematiek van hun kinderen ($p > .05$). De resultaten van deze paragraaf zijn te zien in Tabel 6.

Tabel 6. *Interactie van sekse tussen psychische klachten van ouders en de psychische gezondheid van kinderen.*

Klachten ouders			Psychische gezondheid kind		
			Internaliserende problemen	Externaliserende problemen	Totale problemen
Vaders	Angst	Pearson Correlation (<i>r</i>)	.09	.05	.09
		Sig. <i>p</i>	.36	.43	.36
	Depressie	Pearson Correlation (<i>r</i>)	.29	.24	.32
		Sig. <i>p</i>	.12	.17	.10
PTSS	Pearson Correlation (<i>r</i>)	.28	.24	.28	
	Sig. <i>p</i>	.13	.16	.12	
Familiestress	Pearson Correlation (<i>r</i>)	.26	.29	.29	
	Sig. <i>p</i>	.15	.11	.11	
Moeders	Angst	Pearson Correlation (<i>r</i>)	.31*	.25	.38*
		Sig. <i>p</i>	.03	.07	.01
	Depressie	Pearson Correlation (<i>r</i>)	.45*	.23	.45*
		Sig. <i>p</i>	.003	.09	.003
PTSS	Pearson Correlation (<i>r</i>)	.37*	.28*	.46*	
	Sig. <i>p</i>	.002	.05	.003	
Familiestress	Pearson Correlation (<i>r</i>)	.44*	.28*	.42*	
	Sig. <i>p</i>	.004	.05	.006	

Noot: waarden gevolgd door een sterretje * zijn significant bij $p < .05$.

Ook bij vaders lijkt een kleine positieve samenhang te bestaan tussen diens psychische klachten en de problemen van zijn kinderen. Maar zoals eerder gezegd is deze samenhang niet significant ($p > .05$). Zie bijlage 1 (figuur 4 en 5) voor een schematische weergave van de verschillen in klachtenoverdracht tussen moeders en vaders.

4.7 Overlap PTSS, angst, depressie en familiestress

Een correlatieanalyse is uitgevoerd met familiestress, angstklachten, depressieve klachten en posttraumatische stressklachten van ouders om te toetsen hoe sterk deze variabelen onderling samenhangen. De resultaten van deze paragraaf staan in Tabel 7.

PTSS-klachten blijken sterk samen te hangen met depressieve klachten ($r = .86, p < .001$) en angstklachten bij ouders ($r = .80, p < .001$). Tevens is er een matige significante positieve samenhang gevonden tussen PTSS-klachten en familiestressoren ($r = .34, p < .05$). Angstklachten blijken sterk samen te hangen met depressieve klachten bij ouders ($r = .85, p < .001$). Familiestress gerapporteerd door ouders blijkt daarentegen niet significant samen te hangen met hun angstklachten ($p > .05$), maar wel met hun depressieve klachten ($r = .40, p < .05$) en PTSS-klachten ($r = .34, p < .05$).

Tabel 7. Correlaties tussen PTSS, angstklachten, depressieve klachten en familiestress.

		PTSS	Angst	Depressie	Familiestress
PTSS	Pearson Correlation (<i>r</i>) Sig. <i>p</i>	1.00			
Angst	Pearson Correlation (<i>r</i>) Sig. <i>p</i>	.80** .000	1.00		
Depressie	Pearson Correlation (<i>r</i>) Sig. <i>p</i>	.86** .000	.85** .000	1.00	
Familiestress	Pearson Correlation (<i>r</i>) Sig. <i>p</i>	.34* .01	.24 .08	.40** .003	1.00

Noot: waarden gevolgd door * zijn significant bij $p < .05$. Waarden gevolgd door ** zijn significant bij $p < .001$.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de predictoren onderling gevaarlijk hoog samenhangen, gedeeltelijk boven het criterium van $r < .80$ dat wordt aanbevolen door Field (2005). Om de voorwaarde van multicollineariteit (een te sterke samenhang tussen de onafhankelijke variabelen) te toetsen is daarom een Enter-methode regressieanalyse uitgevoerd. Met behulp van deze Enter-methode zijn alle variabelen in één model getoetst. Voor de collineariteitsstatistieken van deze analyse wordt verwezen naar Tabel 8.

Tabel 8. Multicollineariteitsstatistieken angst, depressie, PTSS en familiestressklachten.

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Tolerance</i>	<i>VIF</i>
<i>Klachten ouders</i>							
Angstklachten	-3.33	3.49	-.24	-.96	.35	.25	3.97
Depressieve klachten	4.51	4.63	.29	.98	.34	.18	5.65
Familiestressklachten	3.75	2.28	.23	1.64	.11	.81	1.23
PTSS-klachten	3.63	3.75	.25	.97	.34	.25	4.02

Uit de resultaten van deze regressieanalyse blijkt dat het model met alle variabelen significant is ($p < .05$). De tolerantie van de predictor depressie is volgens het criteria van Menard (1995) onvoldoende. Volgens dit criteria moet de tolerantie groter zijn dan .2. Ook angst en PTSS liggen in de buurt van de kritische waarde. Beide hebben een *tolerance* van .25. Ook de *VIF* waarden van angst ($VIF = 5.65$), depressie ($VIF = 3.97$) en PTSS ($VIF = 4.12$) zijn niet optimaal. Ook de *VIF* van familiestress ($VIF = 1.23$) is suboptimaal te noemen. De gemiddelde *VIF* is 3.72 en is daarmee kritisch. Wanneer een *VIF* score groter is dan 1, dan kan de analyse mogelijk gebiast zijn. Wanneer een *VIF* score groter is dan 10, is er reden tot zorg (Bowerman & O'Connell, 1990; Field, 2005, p. 196). De multicollineariteitsstatistieken bevestigen net als de correlatieanalyse dat angstklachten, depressieve klachten, familiestressklachten en PTSS-klachten onderling hoog samenhangen. De predictoren voldoen hiermee niet aan de voorwaarde van geen multicollineariteit. Een multiple regressieanalyse is daarom geen verantwoorde analyse voor deze dataset.

Om de overlap tussen de predictoren verder te onderzoeken is een factoranalyse uitgevoerd. Gekozen is voor een hoofdcomponentenanalyse met varimax rotatie. Met behulp van deze analyse is onderzocht op hoeveel verschillende factoren de predictoren laden en in hoeverre er sprake is van een meerdimensionaal model. Uit de resultaten blijkt dat er maar één factor is met een eigenwaarde groter dan 1. Deze overkoepelende factor verklaart 70.92 % van de totale variantie van de vier losse predictoren (PTSS, angst, depressie en familiestress). Zie Tabel 9 voor de eigenwaarde en verklaarde variantie per factor.

Tabel 9. Eigenwaarde en totale verklaarde variantie per factor.

Component	Eigenwaarde	Verklaarde variantie (%)
1	2.84	70.92
2	.85	21.13
3	.20	4.91
4	.12	3.03

De vier verschillende predictoren (angstklachten, depressieve klachten, posttraumatische stress en familiestress) laden dus op één factor. Deze factor zou betiteld kunnen worden als 'klachten ouder'. Alle predictoren laden hoog op deze nieuw geconstrueerde factor. Depressieve klachten laden met .96, angstklachten met .91 en PTSS-klachten met .93. Familiestress gerapporteerd door de ouder laadt iets minder sterk, maar laadt nog steeds met .49, op de nieuw geconstrueerde factor (zie Tabel 10).

Tabel 10. Factoranalyse angstklachten, depressieve klachten, PTSS-klachten en familiestressoren.

	PTSS	Depressie	Angst	Familiestress
Nieuw geconstrueerde factor (Klachten ouder)	.929	.955	.905	.492

Onderzocht is of de nieuw statistisch geconstrueerde overkoepelende factor ook samenhangt met de problematiek bij kinderen. Uit deze correlatieanalyse blijkt dat deze nieuwe factor 'klachten ouder' net zo sterk samenhangt met de internaliserende, externaliserende en totale problemen van kinderen als de beste van de afzonderlijke predictoren. In Tabel 11 is Pearson's correlatie coëfficiënt genoteerd voor het verband tussen de nieuw overkoepelende factor 'klachten ouders' en de psychische gezondheid van kinderen.

Tabel 11. Uitkomsten van de correlatieanalyse voor klachten ouders en psychische gezondheid kind.

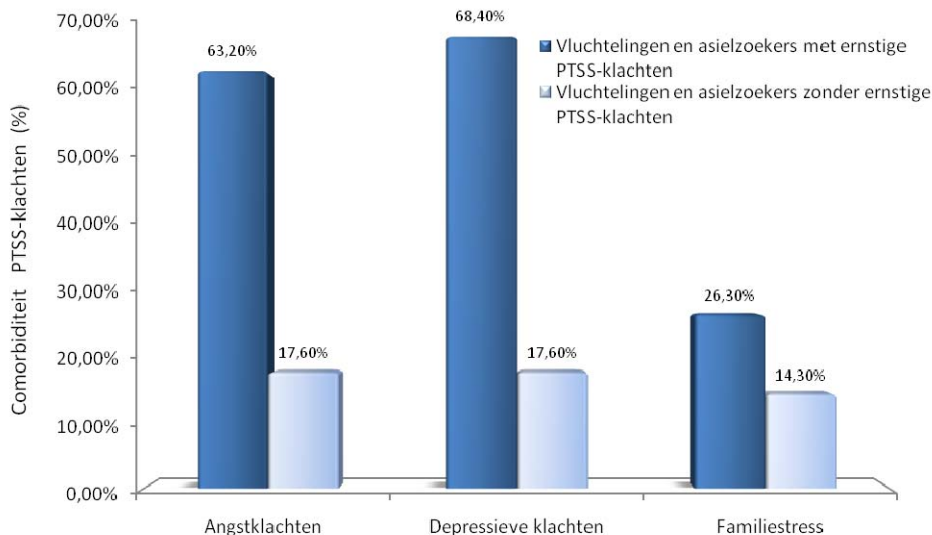
Klachten ouders		Psychische gezondheid kind		
		Internaliserende problemen	Externaliserende problemen	Totale problemen
Nieuwe factor	Pearson Correlation (r)	.37**	.27**	.40**
	Sig. p	.006	.05	.003
Angst	Pearson Correlation (r)	.23*	.17	.27*
	Sig. p	.05	.15	.03
Depressie	Pearson Correlation (r)	.40*	.23*	.40*
	Sig. p	.004	.05	.003
Familiestress	Pearson Correlation (r)	.37*	.28*	.37*
	Sig. p	.003	.02	.003
PTSS	Pearson Correlation (r)	.33*	.26*	.38*
	Sig. p	.01	.03	.005

Noot: waarden gevolgd door * zijn significant bij $p < .05$. Waarden gevolgd door ** zijn significant bij $p < .001$.

4.8 Comorbiditeit PTSS-klachten

Wanneer gekeken wordt naar de comorbiditeit van ernstige posttraumatische stressklachten met depressieve-, angst- en familiestressklachten, dan blijkt dat 63.2 % procent van de vluchtelingen en asielzoekers met ernstige PTSS-klachten kampen met ernstige comorbide angstklachten. Zelfs 68.4 % kampt met ernstige comorbide depressieve klachten. Tevens kampt 26.3 % van de vluchtelingen en asielzoekers met ernstige PTSS-klachten in dit onderzoek met aanzienlijke familiestressoren.

Posttraumatische stressklachten, angstklachten, depressieve klachten en familiestressklachten zijn in dit onderzoek als 'ernstig' benoemd wanneer de gemiddelde scores op deze schalen hoger lagen dan 3. Een overzicht van de comorbiditeit van angst-, depressieve- en familiestressklachten bij ouders, met en zonder PTSS, is weergegeven in figuur 6.



Figuur 6. Comorbiditeit van ernstige PTSS-klachten met ernstige angst-, depressieve- en familiestressklachten.

4.9 Statistische correctie comorbide stoornissen

Tot slot was de vraag of het verband tussen PTSS-klachten bij ouders en de hieruit voortkomende negatieve consequenties voor de psychische gezondheid van kinderen zou blijven bestaan wanneer er wordt gecontroleerd voor de invloed van comorbide angst- en/of depressieve klachten (hypothesen 5 en 6). Een multiple hiërarchische regressieanalyse met de totale problemen bij kinderen als onafhankelijke variabele is uitgevoerd om zodoende te corrigeren voor een storende invloed van covariaten.

Angstklachten, depressieveklachten en familiestressklachten zijn als eerste stap in het model meegenomen. PTSS-klachten zijn pas in het tweede model toegevoegd. Uit de resultaten van deze multiple hiërarchische regressieanalyse blijkt dat slechts het eerste

model significant is ($p < .05$). Wanneer PTSS-klachten in het model worden toegevoegd blijkt het model niet langer significant ($p > .05$). De resultaten staan weergegeven in Tabel 12.

Tabel 12. *Uitkomst multiple hiërarchische regressieanalyse.*

		B	SE	β	t	p
<i>Model stap 1 ($p < .05$)</i>						
	Constant	39.07	5.79		6.76	.000
	Angstklachten	-2.44	3.36	-.18	-.73	.47
	Depressieveklachten	6.86	3.95	.45	1.74	.09
	Familiestressklachten	3.91	2.28	.24	1.72	.09
<i>Model stap 2 ($p > .05$)</i>						
	Constant	37.94	5.91		6.42	.000
	Angstklachten	-3.33	3.49	-.24	-.96	.35
	Depressieveklachten	4.51	4.63	.29	.98	.34
	Familiestressklachten	3.75	2.28	.23	1.64	.11
	PTSS-Klachten	3.63	3.75	.25	.97	.34

* $R^2 = .22$ voor stap 1 ($p < .05$) ; $\Delta R^2 = .015$ voor stap 2 ($p > .05$).

Ook is getoetst of angstklachten, depressieve klachten en familiestressklachten nog iets toevoegen aan het verband tussen traumaklachten van ouders en de totale problemen bij hun kinderen. Om op deze vraag een antwoord te geven is nogmaals een multiple hiërarchische regressieanalyse uitgevoerd. Ditmaal zijn de modellen in omgekeerde volgorde ingevoerd. In de eerste stap zijn alleen de PTSS-klachten bij ouders meegenomen. In stap 2 zijn de psychische klachten (angstklachten, depressieve klachten en familiestressklachten) van ouders toegevoegd. Ook nu blijkt alleen het eerste model significant ($p < .05$). De resultaten van deze paragraaf zijn weergegeven in Tabel 13.

Tabel 13. *Uitkomst multiple hiërarchische regressieanalyse.*

		B	SE	β	t	p
<i>Stap 1</i>						
	Constant	43.63	5.21		8.37	.000
	PTSS-klachten	5.69	1.91	.39	2.98	.004
<i>Stap 2</i>						
	Constant	37.94	5.91		6.42	.000
	PTSS-klachten	3.63	3.75	.25	.97	.34
	Angstklachten	-3.33	3.49	-.24	-.95	.35
	Depressieveklachten	4.51	4.63	.29	.98	.34
	Familiestressklachten	3.75	2.28	.23	1.64	.107

* $R^2 = .15$ voor stap 1 ($p = .004$) ; $\Delta R^2 = .09$ voor stap 2 ($p = .17$).

5. Discussie

In dit onderzoek is getracht om meer inzicht te geven in de intergenerationele overdracht van psychische klachten, dan wel traumaklachten van ouder op kind. Uit eerder onderzoek van Van der Velden (1998) naar generationele overdracht van traumaklachten bleek dat het in de overdrachtsrelatie niet gaat om het meegemaakt hebben van traumatische gebeurtenissen, maar om het wel of niet optreden van verwerkingsproblematiek. In lijn met de aanbevelingen van Van der Velden heeft dit onderzoek zich daarom gefocust op de invloed van PTSS-klachten van ouders, in plaats van het wel of niet meegemaakt hebben van schokkende gebeurtenis. Uit de onderzoeksliteratuur over trauma bleek bovendien dat een posttraumatische stressstoornis een hoge comorbiditeit kent met andere psychische stoornissen (Brewin, 2003; Gearon et al., 2003; Harvey et al., 2003; Holtzheimer et al., 2005; Lombardo & Motta, 2008; Resick, 2001). Om rekening te houden met een eventuele storende invloed van comorbide stoornissen, is in dit onderzoek tevens gekeken naar de overlap tussen PTSS-klachten, angstklachten, depressieve klachten en familiestress. In eerder onderzoek naar intergenerationele overdracht van trauma (IJzendoorn, 2003; Levat et al., 2007; Van der Velden, 1998; Yehuda, 1998) is geen rekening gehouden met een eventueel storende invloed van comorbide stoornissen.

De negatieve gevolgen van intergenerationele overdracht van psychische klachten zijn onderzocht door na te gaan welk type psychische klachten van ouders samen hangen met de psychische gezondheid van hun kinderen. Ook is er gekeken of PTSS-klachten, angstklachten, depressieve klachten en overige stressklachten van ouders niet laden op één en hetzelfde construct onder de noemer 'psychische klachten'. Tevens is nagegaan of de overdrachtsrelatie van psychische klachten verloopt via de moeder dan wel de vader. Tot slot is onderzocht of het verband tussen PTSS-klachten bij ouders en de hieruit voortkomende negatieve consequenties voor de psychische gezondheid van kinderen blijft bestaan wanneer wordt gecontroleerd voor de invloed van comorbide familiestress, angst- en/of depressieve klachten.

5.1 Interpretatie van de resultaten

Uit de resultaten blijkt dat een PTSS-diagnose bij ouders niet van invloed is op het psychische welzijn van hun jonge kinderen. Kinderen van ouders met PTSS-diagnose rapporteren niet meer of minder internaliserende, externaliserende en/of totale problemen dan kinderen van ouders zonder PTSS diagnose. De diagnose PTSS volgens de DSM-IV (APA, 2002) bij ouders komt hiermee tekort wat betreft de voorspellende waarde voor problemen van hun kinderen.

In plaats van wel of geen PTSS-diagnose, lijkt de mate waarin ouders PTSS-klachten rapporteren een betere voorspeller voor emotionele en gedragsproblemen bij kinderen. Het in eerder onderzoek aangetoonde verband tussen PTSS-klachten bij ouders en de problemen bij hun kinderen (Levat et al., 2007; Motta et al., 2008; Thompson, 2007; Van der Velden, 1998; Yehuda, 1998) is ook in het huidige onderzoek naar voren gekomen. Uit de resultaten blijkt dat posttraumatische stressklachten bij ouders, in tegenstelling tot een officiële PTSS-diagnose, wel significant samenhangen met zowel de internaliserende, externaliserende als ook de totale problematiek van hun kinderen. Deze ogenschijnlijk tegengestelde resultaten bieden mogelijk een antwoord op het debat rondom het wel of niet bestaan van intergenerationele overdracht van traumaproblematiek. Zoals Van der Velden (1998, p. 153) al stelde lijkt het niet te gaan om het meemaken van een schokkende gebeurtenis door ouders, maar gaat het om de mogelijke klachten ten gevolge van deze ervaring. Wanneer primair wordt gekeken naar de traumaklachten (los van meegemaakte schokkende gebeurtenissen), dan is in dit huidige onderzoek bewijs gevonden voor verhoogde niveaus van internaliserende en externaliserende problemen bij kinderen als gevolg van verwerkingsproblematiek bij hun ouders.

Uit eerder onderzoek blijkt ook dat angst- en depressieve klachten bij ouders een risicofactor vormen voor de psychische problemen bij kinderen (Chapman & Scott, 2001; D'Onofrio et al., 2007; McClure et al., 2001; Najman et al., 2000; Poobalan et al., 2007; Schreier et al., 2008). Ook dit verband tussen angst- en depressieve klachten van ouders en een negatieve psychische gezondheid van hun kinderen is in dit onderzoek bevestigd. Samengevat kan worden gesteld dat de emotionele en gedragsproblemen bij jonge kinderen samenhangen met de traumaklachten, en de overige psychische klachten (angst, depressie en familiestress) van ouders. Interessant is dat de emotionele en de totale problematiek van kinderen het sterkste samenhangen met de depressieve klachten van ouders. Gedragsproblemen bij kinderen hangen daarentegen het sterkste samen met de hoeveelheid familiestress gerapporteerd door ouders.

Er zijn geen significante sekse verschillen gevonden in de problematiek die bij kinderen is vastgesteld. Jongens blijken niet significant meer of minder internaliserende, externaliserende en/of gedragsproblemen te rapporteren dan meisjes. Wel zijn er marginale verschillen waarneembaar die duiden op iets meer externaliserende en totale problemen bij jongens. En iets meer internaliserende problemen bij meisjes, maar deze groepsverschillen zijn niet significant. Ook tussen vaders en moeders zijn er geen significante verschillen gevonden in de mate waarin zij stressklachten, angstklachten, depressieve klachten en/of posttraumatische stressklachten rapporteren. Een interessant resultaat is echter wel dat de overdracht van psychische klachten primair tussen moeder en kind lijkt te verlopen. Dit geldt zowel voor angst-, depressie-, als ook PTSS-klachten. Psychische klachten bij vaders blijken

in dit onderzoek niet samen te hangen met de internaliserende, externaliserende en totale problematiek van hun kinderen. Wel is er een trend zichtbaar tussen de psychische klachten van vaders en de negatieve psychische gezondheid van kinderen, maar dit verband blijkt niet significant. Een verklaring voor het feit dat alleen psychische klachten bij moeders in dit onderzoek samenhangen met de psychische gezondheid van kinderen, kan te maken hebben met de hoeveelheid tijd die zij met hun kinderen doorbrengen. Het is mogelijk dat de moeders in deze onderzoekspopulatie de primaire opvoeders waren. Wanneer vaders met psychische klachten kampen, maar niet veel tijd met hun kinderen doorbrengen, is het denkbaar dat kinderen hier geen, of minder hinder van ondervinden. In vervolgonderzoek naar intergenerationele overdracht van klachten zou daarom gecorrigeerd moeten worden voor de hoeveelheid tijd die participanten doorbrengen met hun kinderen.

Interessant zijn ook de verschillen in de mate van ervaren psychische klachten bij vluchtelingen en asielzoekers die wel en niet woonachtig zijn in een asielzoekerscentrum. Vluchtelingen en asielzoekers die ten tijde van dit onderzoek woonachtig waren in een AZC vertoonden meer angst, depressie en familiestressklachten dan ouders die niet woonachtig waren in een AZC. Opmerkelijk is echter dat ouders die niet in een AZC wonen meer PTSS-klachten rapporteren dan ouders die wel in een AZC wonen. Een mogelijke verklaring hiervoor kan het type AZC zijn waarin zij verbleven. De ouders die in een AZC woonachtig waren, verbleven op een zogeheten terugkeerlocatie. Dit houdt in dat het merendeel van deze vluchtelingen en asielzoekers geen geldige reden heeft om in Nederland te mogen blijven. Mogelijk komen zij uit stabielere landen waarin zij minder traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt dan vluchtelingen en asielzoekers die wel een verblijfsvergunning krijgen. Het is mogelijk dat zij om deze reden minder PTSS-klachten rapporteren. De aan de andere kant hoge scores op angst, depressie en onder andere stress rondom hun verblijfsstatus, hangen wellicht samen met een naderende gedwongen uitzetting. Ouders die in afwachting waren van een verblijfsstatus vertelden dat zij zich hier veel zorgen over maakten.

De in eerdere onderzoeken aangetroffen hoge comorbiditeit van PTSS met angst, depressie en overige stressoren (Brewin, 2003; Gearon et al., 2003; Harvey et al., 2003; Holtzheimer et al., 2005; Lombardo & Motta, 2008; Resick, 2001) komt ook in het huidige onderzoek naar voren. Drieënzestig procent van de vluchtelingen en asielzoekers met ernstige PTSS-klachten kampen met ernstige comorbide angstklachten. Achtenzestig procent kampt met ernstige comorbide depressieve klachten en zesentwintig procent met aanzienlijke familiestressoren.

Wanneer gekeken wordt naar correlaties dan blijken PTSS-klachten het sterkst te correleren met depressieve en angstklachten, maar correleren ook met familiestressoren. Bovendien laden posttraumatische stressklachten op hetzelfde construct als familiestress, angst- en depressieve klachten. Het is daarom maar de vraag in hoeverre een posttraumatische stressstoornis zich daadwerkelijk onderscheidt van een angst- en/of depressieve stoornis. Op basis van deze resultaten kunnen in elk geval vraagtekens worden gezet omtrent de theoretische afbakening van het construct PTSS. Wanneer statistisch wordt gecorrigeerd voor comorbide angst- en/of depressieve klachten, blijkt het verband tussen traumaklachten van ouders en de problemen van hun kinderen niet langer significant. Het lijkt er daarom op dat niet specifiek de traumaklachten, maar vooral de comorbide angst, stress en depressieve klachten van ouders een nadelige invloed hebben op het welzijn van hun jonge kinderen.

Op basis van deze resultaten kan geconcludeerd worden dat het verband tussen PTSS-klachten bij ouders en de nadelige gevolgen hiervan voor de psychische gezondheid van hun kinderen niet alleen wordt veroorzaakt door de traumaklachten van ouders. Ook familiestress, angst- en depressieve klachten spelen hierbij een grote rol. Deze bevinding impliceert dat in toekomstig onderzoek naar de overdracht van traumaklachten standaard gecorrigeerd moet worden voor de aanwezigheid van andere psychische klachten. Wanneer dit niet gebeurt kan ook niet met zekerheid worden gesteld of eventueel gevonden negatieve effecten bij kinderen daadwerkelijk worden veroorzaakt door ontwikkelingsinterferentie als gevolg van de veronderstelde traumaproblematiek van ouders, of ten gevolge van overige comorbide stoornissen. De resultaten van eerder uitgevoerd onderzoek naar intergenerationele overdracht van trauma waarin niet is gecorrigeerd voor aanwezige comorbide problematiek, moeten daarom met enige terughoudendheid worden geïnterpreteerd.

5.2 Beperkingen van het huidige onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Helaas heeft deze studie zich moeten beperken tot correlationeel onderzoek. De reden hiervoor is dat het huidige onderzoek heeft aangehaakt bij een al lopend promotieonderzoek. Binnen dit promotieonderzoek is een deelonderzoek uitgevoerd waarvan de omlijning al grotendeels vast stond. Het is daarom niet mogelijk om uitspraken te doen over causaliteit. Er zijn verbanden gevonden tussen klachten van ouders en de problematiek van hun kinderen, maar op basis van dit onderzoek kunnen geen uitspraken gedaan worden over de richting van dit verband. Op basis van literatuuronderzoek is in dit onderzoek uitgegaan van de assumptie dat psychische klachten van ouders negatieve effecten hebben op de gezondheid van hun jonge kinderen (Chapman & Scott, 2001; D'Onofrio et al., 2007; McClure et al., 2001; Najman et al., 2000; Poobalan et al., 2007; Schreier et al., 2008). Maar

er is ook onderzoek waaruit blijkt dat problemen van kinderen negatieve effecten hebben op de ervaren psychische gezondheid van ouders ((Butcher, Wind & Bouma, 2008, Epstein, Saltzman-Benaiah, O'Hare, Goll & Tuck, 2008; Neece & Baker, 2008). Het is daarom aan te bevelen dat de participanten die hebben laten weten bereid te zijn om mee te doen aan vervolgonderzoek ook daadwerkelijk gedurende een langere periode worden gevolgd. Op deze manier kunnen uitspraken gedaan worden over richting en causaliteit, en kan ook eventuele problematiek die zich pas op latere leeftijd manifesteert nog worden onderzocht.

Een andere beperking van dit onderzoek is de steekproefgrootte van $N=55$. Een grotere onderzoekspopulatie zou hebben geleid tot een grotere power. Vooral bij groepsvergelijkingen is het denkbaar dat er in een grotere steekproef eerder significantie zou worden aangetroffen.

Een mogelijk nog belangrijkere methodologische beperking is de gebruikte controlegroep in dit onderzoek. De experimentele groep vluchtelingen en asielzoekers die voldeden aan de diagnostische criteria van PTSS zijn vergeleken met vluchtelingen en asielzoekers die niet voldeden aan deze criteria. Dit wilt echter niet zeggen dat participanten in deze controlegroep helemaal geen traumaklachten rapporteerden. Om de invloed van traumaklachten van ouder op kind te onderzoeken zou idealiter gebruik gemaakt worden van een controle groep zonder traumaklachten. Helaas rapporteerde het overgrote merendeel bijna allemaal in elk geval geringe traumaklachten. Hierdoor was het praktisch niet mogelijk om een representatieve controlegroep te vormen van ouders zonder klachten. Toekomstig onderzoek moet streven naar een controlegroep van ouders zonder PTSS-klachten. De vraag is echter wel of een dergelijke groep vluchtelingen en asielzoekers een representatieve afspiegeling vormt van de gehele populatie.

Ondanks dat het onderzoek is afgenomen door hiervoor getrainde onderzoeksassistenten, is het niet uit te sluiten dat verschillende onderzoeksassistenten de participanten elk op hun eigen manier benaderen. Bovendien beheersten veel participanten de Nederlandse taal in onvoldoende mate waardoor vaak is gewerkt met een tolk. Ondanks dat het altijd een gekwalificeerde tolk betrof, kunnen verschillen in afname en vertaling niet worden uitgesloten. Ook verschillen tussen de onderzoekslocaties kunnen een storende invloed hebben gehad. Mogelijke verschillen in de wijze waarop de testen zijn afgenomen, kunnen hebben geleid tot kleine verschillen in de resultaten.

De gebruikte meetinstrumenten zijn allemaal betrouwbaar en valide bevonden in eerder onderzoek. Ook zijn zij geschikt bevonden voor gebruik binnen verschillende culturen. De Child Behavior Checklist is ingevuld door ouders om hun perceptie van de problemen van hun kinderen te meten. Maar dit betekent niet dat de gerapporteerde emotionele en/of gedragsproblemen ook daadwerkelijk een adequate beschrijving zijn, het is de perceptie van ouders. In vervolgonderzoek zou daarom als aanvulling ook gebruik gemaakt kunnen worden

van de Teacher's Report Form (Achenbach & Rescola, 2000) om het probleemgedrag bij kinderen door een onderzoeksassistent objectief te laten scoren.

De stressoren die zijn uitgevraagd om de mate van familiestress te meten zijn niet wetenschappelijk gevalideerd. In vervolg onderzoek is het daarom aan te bevelen om gebruik te maken van een valide en betrouwbare vragenlijst om stressklachten te operationaliseren. Ondanks dat de gevonden resultaten van dit onderzoek aangaande de invloed van familiestress met voorzichtigheid dienen te worden geïnterpreteerd, geven zij wel een duidelijke indicatie dat ook familiestress een negatieve invloed heeft op het psychische welzijn van jonge kinderen. Aan te bevelen is dat de invloed van familiestress in vervolg onderzoek naar de overdracht van psychische klachten nader zal worden bestudeerd.

Toekomstig onderzoek zou tot slot meer nadruk moeten leggen op beschermende factoren in de ouder-kind relatie. Op deze manier kan bekeken worden hoe de veerkracht van kinderen kan worden verhoogd en hoe zij het beste beschermd kunnen worden tegen de nadelige effecten van psychische klachten van ouders. Idealiter kunnen meer voorspellende risicofactoren bij ouders worden geïdentificeerd die leiden tot problemen bij hun kinderen. Wanneer meer risicofactoren in de ouder-kind interactie bekend zijn, kunnen preventieve interventies hier in de toekomst op aansluiten.

5.3 Sterke punten van het huidige onderzoek

Ondanks de bovengenoemde beperkingen van dit onderzoek, kent dit huidige onderzoek ook een groot aantal sterke punten. Zo is de interne consistentie van de gebruikte meetinstrumenten (met uitzondering van de losse items om familiestress te meten) zeer goed te noemen. Door deze goede interne consistentie is een zo hoog mogelijke betrouwbaarheid verkregen. Bovendien is gebruik gemaakt van cultuursensitieve vragenlijsten die gevalideerd zijn binnen verschillende culturen en bevolkingsgroepen.

De steekproefgrootte van $N=55$ zou idealiter altijd groter kunnen, maar is een zeer respectabele steekproef voor een dergelijk onderzoek onder vluchtelingen en asielzoekers in Nederland. Hierbij moet in acht worden genomen dat vluchtelingen en asielzoekers doorgaans een moeilijk te bereiken doelgroep vormen. Bovendien is dergelijk onderzoek door de taalbarrière (maar ook door culturele verschillen) erg tijdsintensief. En omdat er standaard een gekwalificeerde tolk aanwezig moet zijn is onderzoek onder niet Nederlandstalige respondenten ook erg duur. Hier komt nog bij dat door geringe economische belangen er steeds minder geld beschikbaar wordt gesteld voor onderzoek onder vluchtelingen en asielzoekers. Bekeken vanuit dit licht is het uniek te noemen dat het huidige onderzoek uitgevoerd kon worden.

Ook het feit dat in het huidige onderzoek niet slechts is gekeken naar de invloed van schokkende ervaringen (trauma's) die ouders hebben meegemaakt, maar naar de invloed

van eventuele verwerkingsproblematiek (traumaklachten) maakt dit onderzoek erg relevant. Dit gehanteerde onderscheid is dan ook een belangrijke aanvulling op eerder uitgevoerd onderzoek naar de intergenerationele overdracht van traumaproblematiek.

Een andere waardevolle aanvulling op eerder onderzoek is de onderzochte comorbiditeit van PTSS-klachten. In dit onderzoek is aangetoond dat PTSS-klachten bijna altijd samengaan met angstklachten, depressieve klachten en stress. Ook is aangetoond dat deze verschillende klachten allemaal laden op één en hetzelfde construct. Bovendien correleert dit overkoepelende construct net zo sterk met de psychische gezondheid van kinderen als de beste losse predictor. Deze onderlinge sterke correlaties en hoge comorbiditeit impliceren dat PTSS in de praktijk zelden op zichzelf en los van andere stoornissen voorkomt. Zoals ook uit andere onderzoeken naar voren is gekomen (Field, 1999; Summerfield, 2001) is het daarom maar de vraag of PTSS moet worden beschouwd als een op zichzelf staande stoornis. Deze bevinding heeft vergaande implicaties voor vervolg onderzoek. Op basis van deze resultaten kan men zich afvragen of de posttraumatische stressstoornis in de nieuwe uitgaven van de DSM wel een aparte plek verdient. Tevens is het de vraag of een strikte categorische scheiding tussen stoornissen wel overeenkomt met de dagelijkse praktijk.

Een punt van kritiek is dat het huidige onderzoek slechts gebruik heeft gemaakt van correlationeel onderzoek. Echter is ook correlationeel onderzoek van grote betekenis. Zo is in dit onderzoek ondermeer aangetoond dat psychische klachten van ouders significant samenhangen met de internaliserende, externaliserende en totale problematiek van hun kinderen. Ondanks dat dit niets zegt over de richting van dit verband lijkt het op basis van literatuuronderzoek (Chapman & Scott, 2001; D'Onofrio et al., 2007; Levat et al., 2007; McClure et al., 2001; Motta et al., 2008; Najman et al., 2000; Poobalan et al., 2007; Schreier et al., 2008; Thompson, 2007; Van der Velden, 1998) het meest aannemelijk dat dit verband van ouder naar kind verloopt en niet andersom. Dit wordt mogelijk vooral veroorzaakt door de grote afhankelijkheid van jonge kinderen ten aanzien van hun ouders. Ontwikkelingsinterferentie bij kinderen veroorzaakt door psychische problematiek van hun ouders speelt daarom vooral in de vroege jaren een belangrijke rol. De resultaten van dit huidige onderzoek laten zien dat psychische gezondheid van jonge kinderen samenhangt met de psychische klachten van hun ouders. Ook zonder dat duidelijk is hoe deze psychische gezondheid van kinderen nu precies samenhangt met die van hun ouders is dit een belangrijke eerste stap voor vervolgonderzoek.

6. Implementatie van de resultaten

Wat betekenen de resultaten van dit onderzoek voor de praktijk?

Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat PTSS-klachten bij vluchtelingen en asielzoekers vaak gepaard gaan met gevoelens van angst en depressie. Belangrijk is daarom dat behandelaren van cliënten met een posttraumatische stressstoornis zich op de eerste plaats bewust zijn van deze vaak voorkomende comorbiditeit.

Bovendien is gebleken dat vluchtelingen en asielzoekers niet alleen vaak kampen met PTSS-, angst- en depressieve klachten, maar ook last hebben van overige stressoren waar zij zich in grote mate zorgen over maken. Zo rapporteerden zij hoge mate van stress omtrent hun verblijfsstatus, andere juridische problemen, financiën, huisvesting en achtergebleven familie in land van herkomst. Deze stressoren zorgen ervoor dat eventuele psychische klachten nog niet tot het verleden behoren en verhogen de gevoelens van angst en neerslachtigheid. Hulpverleners, die in hun beroepsveld te maken hebben met vluchtelingen en asielzoekers, moeten daarom te allen tijde oog houden voor deze stressoren die ook in Nederland nog grote mate van zorg zijn. Vooral bij asielzoekers zonder verblijfsstatus die elke dag in angst leven dat zij met hun kinderen uitgezet worden naar het land waaruit zij reeds zijn gevlucht. Zo vertelde een Irakese vader van twee jonge kinderen dat hij elke dag bang was om teruggestuurd te worden naar zijn thuisland. Veelvuldig had hij gehoord dat kinderen na terugkomst in Irak werden ontvoerd voor grote sommen losgeld. En bijna nooit kregen ouders hun kinderen dan levend terug. Meestal vonden ouders hun jonge kindje in stukken langs de kant van de weg. Dit soort aangrijpende verhalen zijn voor ons westerlinge hulpverleners vaak moeilijk voor te stellen. Doodsangsten als deze zijn in Nederland niet reëel. Maar wanneer vluchtelingen en asielzoekers die in Nederland verblijven niet de zekerheid hebben dat zij niet terug worden gestuurd naar hun thuisland, zullen zij blijven kampen met vergelijkbare angsten. Vaak met een neerslachtige stemming, slaapproblemen en aanhoudende posttraumatische stressklachten als gevolg. En ondanks dat een behandelaar ouders geen verblijfsvergunning in het vooruitzicht kan stellen, is het wel belangrijk dat een behandelaar zich bewust is van de grote impact die dergelijke stressoren met zich meebrengen.

Mogelijk een nog belangrijkere bevinding is dat psychische klachten bij ouders bijna altijd gepaard gaan met psychische problemen bij hun kinderen. Het maakt hierbij weinig verschil of ouders nu kampen met stress, angst, depressie of PTSS. Wanneer het slecht gaat met ouders, lijkt het ook slecht te gaan met hun jonge kinderen. Indien hulpverleners vluchtelingen of asielzoekers in behandeling hebben die kampen met dergelijke problematiek, zou standaard bekeken moeten worden of deze cliënten jonge kinderen

hebben die mogelijk ook zorg behoeven. Vooral in deze kwetsbare doelgroep van vluchtelingen en asielzoekers die vaak verkeren in moeilijke omstandigheden, is het belangrijk om oog te hebben voor het welzijn van hun jonge kinderen.

Samenvattend kan gesteld worden dat middels dit onderzoek is getracht om meer inzicht te geven in de overdracht van psychische klachten van ouder op kind. Er is bewijs gevonden voor de samenhang tussen stress-, angst-, depressie- en posttraumatische stressklachten van ouders en een negatieve psychische gezondheid van hun kinderen. Deze bewijsvoering is mogelijk een eerste belangrijke stap ter bescherming van de vele kinderen die leven met ouders die lijden aan ernstige psychische stoornissen. Deze kennis moet bijdragen aan de ontwikkeling van interventies ter behandeling en preventie van emotionele en gedragsproblemen bij jonge kinderen. De volgende stap in het onderzoek naar de intergenerationele overdracht van psychische klachten moet zich daarom richten op de vraag hoe de negatieve overdrachtscyclus tussen ouder en kind te doorbreken.

Referentielijst

- Achenbach, T.M., & Rescola, L.A. (2000). Manual for the ASEBA preschool forms and profiles. University of Vermont Department of Psychiatry, Burlington, VT.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (fourth edition, text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bakoula, C., Kolaitis, G., Veltsista, A., Gika, A., & Chrousos, G.P. (2009). Parental stress affects the emotions and behaviour of children up to adolescence: A Greek prospective, longitudinal study. *Stress: The International Journal on the Biology of Stress*, 12 (6), 486-498.
- Bar-on, D., Eland, J., Kleber, R.J., Krell, R., Moore, Y., Sagi, A., Soriano, E., Suedfeld, P., Van der Velden, P.G., & Van Ijzendoorn, M.H. (1998). Multigenerational perspectives on coping with the Holocaust experience: An attachment perspective for understanding the developmental sequelae of trauma across generations. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 315-338.
- Beardslee, W.R., Versage, E.M., & Gladstone, T.R.G. (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1134-1141.
- Biringen, Z. (1998). *Emotional availability scales*. Colorado State University.
- Boelema, A. (2007). *Beeld moeder en kind*. Gevonden 1 februari 2010, van http://www.leven-in-beeld.exto.nl/site/kunstwerk/429937_moeder-en-kind.html.
- Bögels, S.M., & Brechman-Toussaint, M.L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26, 834-856.
- Bowerman, B.L., & O'Connell, R.T. (1990). *Linear statistical models: an applied approach* (2nd edition). Belmont, CA: Duxbury.
- Brewin, C.R. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* New Haven: Yale University Press.
- Butcher, P.R., Wind, T., & Bouma, A. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of a child with a hemiparesis: Sources of stress, intervening factors and long-term expressions of stress. *Child Care Health Devision*, 34 (4), 530-41.
- Cassidy, J., & Marvin, R.S. (1992). *Attachment organization in preschool children: Procedures and coding manual*. Unpublished manual, University of Virginia.
- Chapman, D. A., & Scott, K. G. (2001). The impact of maternal intergenerational risk factors on adverse developmental outcomes. *Developmental Review*, 21, 305-325.

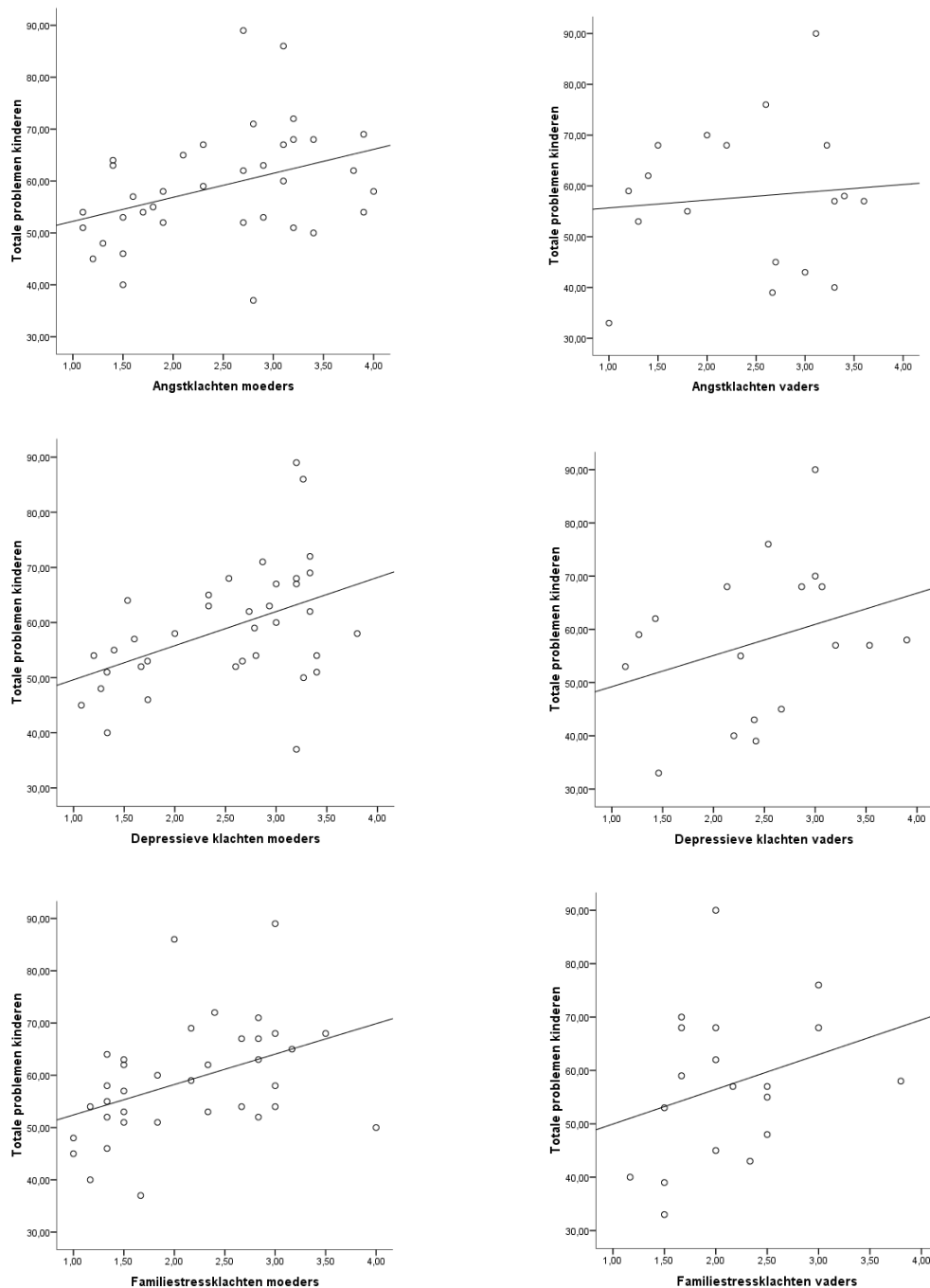
- Danieli, Y.E. (1998). *International handbook of multigenerational legacies of trauma*. New York: Plenum.
- Davydow, D.S., Gifford, J.M., Desai, S.V., Needham, D.M., & Bienvenu, O.J. (2008). Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: A systematic review. *General Hospital Psychiatry, 30*, 421-434.
- Derogatis, L., Lipman, R., Richek, K., Unlenhuth, E., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCCL), A self-report symptom inventory. *Behavioural Science, 19*, 1-15.
- D'Onofrio, B.M., Slutske, W.S., Turkheimer, E., Emery, R., Harden, K.P., Heath, A.C., Madden, P.A.F., & Martin, N. (2007). Intergenerational transmission of childhood conduct problems. *Arch Gen Psychiatry, 64*, 820-829.
- Epstein, T., Saltzman-Benaiah, J., O'Hare, A., Goll, J.C., & Tuck, S. (2008). Associated features of Asperger Syndrome and their relationship to parenting stress. *Child Care Health Devison, 34*(4), 503-11.
- Fazel, M., Wheelers, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *Lancet, 365*, 1309-1314.
- Field, A.P. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2nd editon). London: Sage.
- Field, L.H. (1999). Post-traumatic stress disorder: A reappraisal. *Journal of the Royal Society of Medicine, 92*, 35-37
- Gearon, J.S., Kaltman, S.I., Brown, C., & Bellack, A.S. (2003). Traumatic life events and PTSD among women with substance use disorders and schizophrenia. *Psychiatr Serv 54*, 523-528.
- Goodman, S.H., & Gotlib, I.H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review, 106*, 485-490.
- Harvey, A.G., Bryant, R.A., & Tarrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology review 23*, 501-522.
- Hollifield, M., Warner, T.D., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J.H., Kesler, J., Stevenson, J., & Westermeyer, J. (2002). Measuring trauma and health status in refugees: A critical review. *Journal of the American Medical Association, 299*, 611-621.
- Holtzheimer, P.E., Russo, J., Zatzick, D., Bundy, C., & Roy-Byrne, P. (2005). The impact of comorbid posttraumatic stress disorder on short-term clinical outcome in hospitalized patients with depression. *Am J Psychiatry, 162*, 970-976.
- IJzendoorn van, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Sagi-Schwartz, A. (2003). Are children of Holocaust survivors less well-adapted? A meta-analytic investigation of secondary traumatization. *Journal of Traumatic Stress, 16*(5), 459-469.

- Kane, P., & Garber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 24*, 339-360.
- Keiley, M.K., Bates, J.E., Dodge, K.A., & Pettit, G.S. (2000). A cross-domain growth analysis: Externalizing and internalizing behaviors during 8 years of childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*, 161-179.
- Kellermann, N.P. (2001). Transmission of Holocaust trauma. An integrative view. *Psychiatry, 64*(3), 256-267.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060.
- Kleijn, W.C., Hovens, J.E., & Rodenburg, J.J., (2001). Posttraumatic stress symptoms in refugees with the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins Symptom Checklist-25 in different languages. *Psychological Report, 88*, 527-532.
- Levat, I., Levinson, D., Radomislensky, I., Shemesh, A., & Kohn, R. (2007). Psychopathology and other health dimensions among the offspring of Holocaust survivors: Results from the Israel national health survey. *Israel Journal of Psychiatry, 44*, 144-151.
- Leve, L.D., Kim, H.K., & Pears, K.C. (2005). Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from ages 5 to 17. *Journal of Abnormal Child Psychology, 5*, 505-520.
- Lev-Wiesel, R. (2009). Intergenerational transmission of trauma across three generations. A preliminary study. *Qualitative Social Work, 6*, 75-94.
- Lev-Wiesel, R., & Amir, M. (2000). Posttraumatic stress disorder symptoms, psychological distress, personal resources and quality of life in four groups of Holocaust child survivors. *Family Process, 39*, 445/459.
- Lombardo, K.L., & Motta, R.W. (2008, 10 July). Secondary trauma in children of parents with mental illness. *Traumatology OnlineFirst*, published on July 10, 2008. Gevonden 5 oktober 2009, op <http://tmt.sagepub.com.proxy.library.uu.nl/cgi/rapidpdf/1534765608320331v1pdf>.
- Lovejoy, M.C., Graczyk, P.A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 20*(5), 561-592.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1993). *Adult attachment classification system*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Marchand J.F., & Hock, E. (1998). The relation of problem behaviors in preschool children to depressive symptoms in mothers and fathers. *Journal of Genetic Psychology, 159*(3), 353-366.

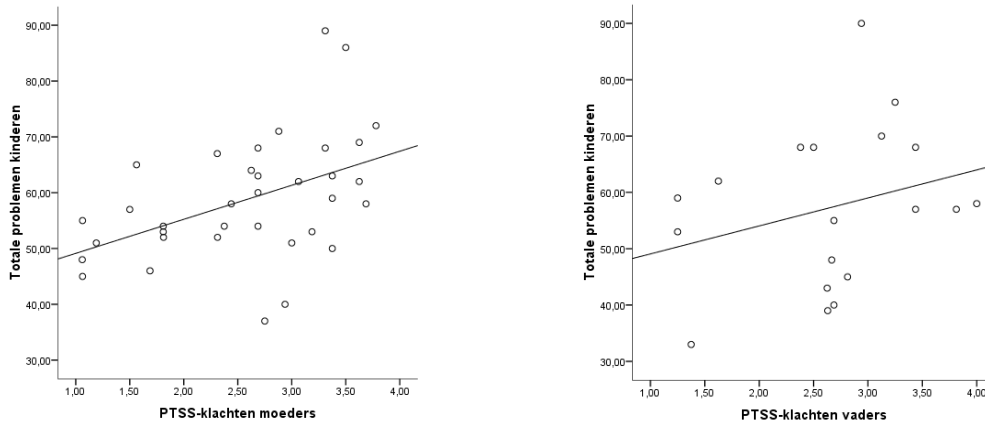
- McClure, E.B., Brennan, P.A., Hammen, C., & LeBrocq, R.M. (2001). Parental anxiety disorders, child anxiety disorders, and the perceived parent-child relationship in an Australian high-risk sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 1-10.
- McKee, L., Colletti, C., Rakow, A., Jones, D.J., & Forehand, R. (2008). Parenting and child externalizing behaviors: Are the associations specific or diffuse? *Agression and Violent Behavior* 13, 201-215.
- Menard, S. (1995). *Applied logistic regression analysis*. Sage university paper series on quantitative applications in the social sciences, 07-106. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mesman, J., & Koot, H.M. (2000). Common and specific correlates of preadolescent internalizing and externalizing psychology. *Journal of abnormal psychology*, 3, 428-437.
- Mesman, J., & Koot, H.M. (2001). Early preschool predictors of preadolescent internalizing and externalizing DSM-IV diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 1029-1036.
- Meulen, B.F., van der, Ruiter, S.A.J., Spelberg, H.C.L., & Smrkovsky, M. (2000). *BSID II – NL, praktische handleiding, Nederlandse versie*. Lissen: Swets Test publishers.
- Mollica, R.F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and post-traumatic stress disorder in refugees. *Journal of the American Medical Association*, 180, 111-116.
- Mollica, R.F., McInnes, K., Sarajlic, N., Lavelle, J., Sarajlic, I., & Massagli, M.P. (1999). Disability associated with health status in Bosnian refugees living in Croatia. *Journal of the American Medical Association*, 281, 433-439.
- Mollica, R. F., Wyshak, G., De Marneffe, D., Tu, B., Yang, T., Khuon, F., Coelho, R., & Lavelle, J. (1996). Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25); Manual for Cambodian, Laotian and Vietnamese versions. *Torture*, 6, 35-42.
- Motta, R.W., Chirchella-Besemer, D., Maus, M., & Lombardo, M. (2004). Assessing secondary trauma. *The behavior Therapist* 27(3), 54-57.
- Murray, L., Cooper, P., & Hipwell, A. (2003). Mental health of parents caring for infants. *Archives of Women's Mental health* 7, 1-7.
- Murray, L., Hipwell, A., Hooper, R., Stein, A., & Cooper, P.J. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67, 2512-2526.
- Najman, J., Williams, G., Nikles, J., Spece, S., Bor, W., O'Callaghan, M., Le Brocq, R., & Andersen, M.J. (2000). Mothers' mental illness and child behavior problems: Cause-effect association or observation bias? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 692-602.

- Neece, C., & Baker, B. (2008). Predicting maternal parenting stress in middle childhood: the roles of child intellectual status, behavior problems and social skills. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(12), 1114-28.
- Out, D., Cyr, C., Beijersbergen, M. D., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M.H. (2006). *Dissociative and extremely insensitive parenting (DIP): Manual for coding disturbances in observed parent-child interactions*. Leiden, Casimir Publishers.
- Oyserman, D., Mowbray, C.T., Meares, P.A., & Firminger, K.B. (2000). Parenting among mothers with a serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70, 296-315.
- Poobalan, A.S., Aucott, L.S., Ross, L., Smith, W.C.S., Helms, P.J., & Williams, J.H.G. (2007). Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development. *British Journal of Psychiatry*, 191, 378-386.
- Qouta, S., Punamäki, R.L., & Sarraj, E.E. (2008). Child development and family mental health in war and military violence: The Palestinian experience. *International Journal of Behavioral Development*, 32(4), 310-321.
- Resick, P.A. (2001). *Stress and trauma*. London: Psychology Press.
- Ringel, S. (2005). Through the camera's eye: The intergenerational transmission of loss. *Clinical Social Work Journal*, 33, 433-443.
- Schreier, A., Wittchen, H., Höfler, M., & Lieb, R. (2008). Anxiety disorders in mothers and their children: Prospective longitudinal community study. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 308-309.
- Schwartz, S.J. & Liddle, H.A. (2001). The transmission of psychopathology from parents to offspring: Development and treatment in context. *Family Relations*, 50, 301-307.
- Stichting Centrum '45 (2009). Patiënten informatiebrochure: *Zorg en behandeling na oorlogse generatie. Getroffen ouders, getroffen kinderen*. Oegstgeest. Druno en Dekker drukkers, Noordwijkerhout.
- Suedfeld, P. (2000). Reverberations of the Holocaust fifty years later. Psychology's contributions to understanding persecution and genocide. *Canadian Psychology*, 41, 1-9.
- Summerfield, D. (2001). Culture-specific psychiatric illness? *British Journal Psychiatry*, 179-460.
- Terheggen, M.A., Stroebe, M.S., & Kleber, R.J. (2001). *Western conceptualizations and eastern experience: A cross-cultural study of traumatic stress reactions among Tibetan refugees in India*. *Journal of traumatic stress*, 14, (2), 391-403.
- Ter Laak, J.J.F., & De Goede, M.P.M. (2003). *Psychologische diagnostiek*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Thompson, R. (2007). Mothers' violence victimization and child behavior problems: Examining the link. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 306-315.

- UNHCR Statistical Online Population Database. (2009). Gevonden 20 november 2009, op <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/home>
- Van der Velden, P.G. (1998). *Getroffen ouders, getroffen kinderen? Een vergelijkende psychologische studie naar de gezondheid en opvoeding van volwassen kinderen van Indische oorlogsgetroffenen*. Delft: Eburon.
- Widiger, T., Frances, A., Pincus, H., Ross, R., First, M., Davis, W., & Kline, M. (1998). (Eds.). *DSM-IV sourcebook* (Vol. 4, pp. 803-44). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Yaman, A., Mesman, J., Van IJzendoorn, M.H., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2009). Perceived family stress, parenting efficacy, and child externalizing behaviors in second-generation immigrant mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2, 1-8.
- Yehuda, R., Schmeidler, J., Giller, E.L., Sievler, L.J., & Binder-Brynes, K. (1998). Relationship between posttraumatic stress disorder characteristics of Holocaust survivors and their adult offspring. *American Journal of Psychiatry*, 155(6), 841-843.

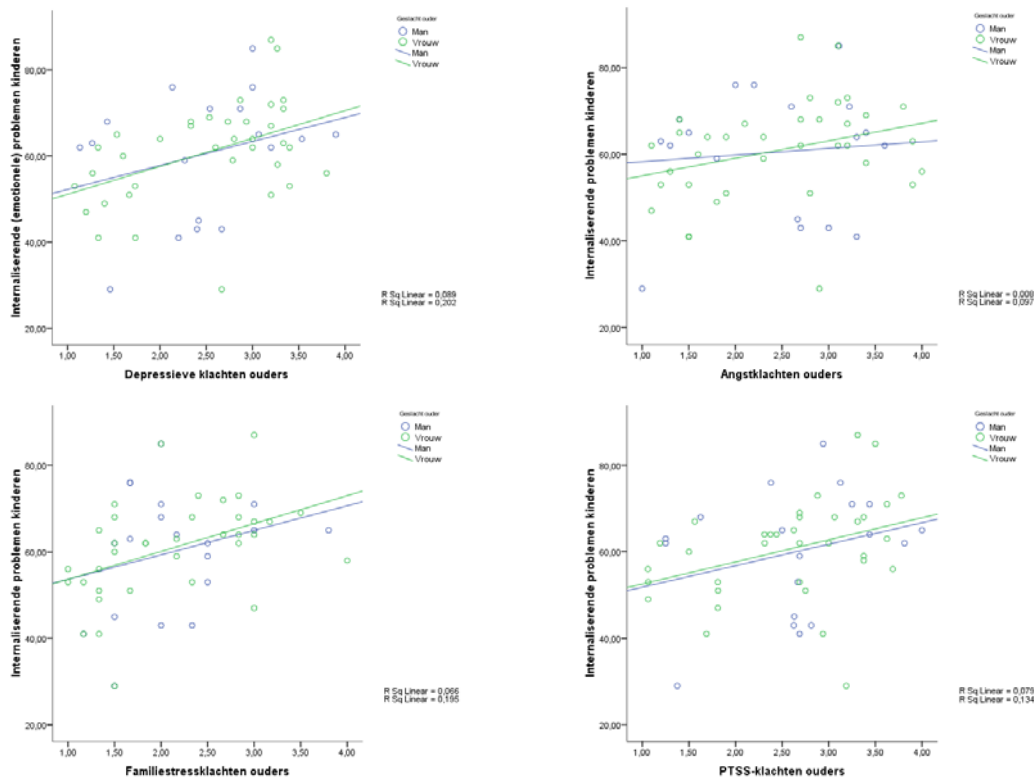


Figuur 4a. Schematische weergave van het effect van sekse op het verband tussen psychische klachten van ouders en de totale problemen van hun kinderen.

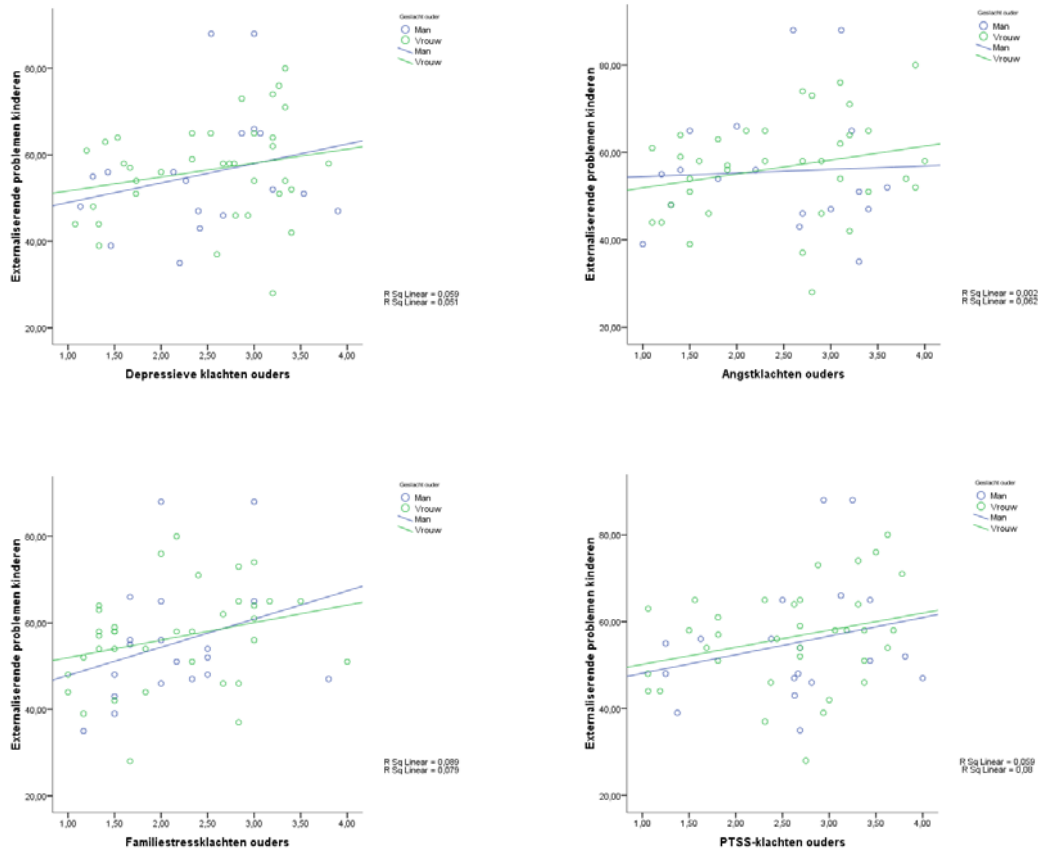


Figuur 4b. Schematische weergave van het effect van sekse op het verband tussen traumaklachten van ouders en de totale problemen van hun kinderen.

Wanneer wordt gekeken naar de internaliserende en externaliserende problematiek bij kinderen is het interactie-effect van het geslacht van de ouder duidelijker zichtbaar. Voor een schematische weergave van de interactie van sekse op het verband tussen de psychische, dan wel traumaklachten, van ouders en de internaliserende en externaliserende problemen bij hun kinderen, zie figuur 5a en 5b



Figuur 5a. Schematische weergave van het effect van sekse op het verband tussen klachten van ouders en de internaliserende problemen van hun kinderen.



Figuur 5b. Schematische weergave van het effect van sekse op het verband tussen klachten van ouders en de externaliserende problemen van hun kinderen.