

# Posttraumatisch Stresstoornis en betekenisgeving *met betrekking tot de ouder-kind relatie bij vluchtelingen en asielzoekers*

Universiteit Utrecht

Masterprogramma Klinische en Gezondheidspsychologie

Masteronderzoek 2011

Begeleiding vanuit stichting Centrum '45: Drs. E. van Ee

Begeleidende docent vanuit universiteit: Prof. dr. R.J. Kleber

Student: S. Aadi (3070360)

## Voorwoord

In het kader van de Masteropleiding Klinische –en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht is dit onderzoek uitgevoerd. Het onderzoek is verricht bij ‘Stichting Centrum 45’ en richt zich op psychische problematiek bij vluchtelingen en asielzoekers met diverse culturele achtergronden.

Ik heb voor deze onderzoeksplaats gekozen omdat “Stichting Centrum 45” gericht is op trauma en op vluchtelingen/asielzoekers. Mede door mijn eigen culturele achtergrond en mijn ervaringen als vluchteling uit een oorlogsgebied, is mijn interesse ontstaan voor het werken met deze doelgroep. Daarnaast kreeg ik in dit onderzoek de kans om kennis op te doen van zowel de volwassenen populatie als die van kinderen, binnen de Stichting Centrum 45.

Graag wil ik drs. E. van Ee, als GZ-psycholoog, klinische psycholoog in opleiding en promovenda aan Stichting Centrum 45, bedanken voor het beschikbaar stellen van haar data. Door haar begeleiding gedurende dit onderzoek, heb ik kennis op kunnen doen in zowel het onderzoeksveld als in de praktijk, maar ook hoe een onderzoek uit te voeren, een test af te nemen en hoe om te gaan met getraumatiseerde participanten. Mijn dank gaat evenals uit naar prof. dr. R.J. Kleber, hoogleraar Klinische- en Gezondheidspsychologie aan de Universiteit Utrecht, voor zijn vakkundige en kritische begeleiding bij mijn verslaglegging. Daarnaast wil ik mijn collega Fatiha Betti bedanken voor de prettige en leerzame samenwerking gedurende dit onderzoek. Verder wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor hun steun en geloof in mij.

## **Abstract**

After a traumatic experience, there can be a change in meaning making by parents, toward parent-child relationship. This research focuses on refugees, and asylum seekers and their young children. The aim of this research is to investigate the link between parental PTSD and the way they view their parent-child relationship.

The sample that has been investigated, consisted of 80 traumatized refugees and asylum seekers and their children. The age of children varied between 1 and 4 years and were born in the Netherlands. The questionnaires used to determine the association between severity of PTSD and meaning making about the parent-child relationships is the Harvard Trauma Questionnaire and Working Model of the Child Interview.

In this research the following hypotheses were investigated: (1) Parent with severity PTSD evaluate parent-child relationship negatively; (2) Will severity PTSD have negative influence on meaning making of their child's personality; (3) The relationship between severity PTSD and the positive wish for the future of their child; (4) The relation with severity PTSD and trauma, related name giving of their child.

The results has shown that there is neither a significant correlation between PTSD and the negative evaluation of parents on their parent-child relationship and nor the negative evaluation on the child's personality. Moreover there is no link between PTSD and positive wish for the future of their child. However, there is a significant correlation between PTSD of parents and trauma related name giving to their child.

## **Samenvatting**

Na het meemaken van traumatische gebeurtenissen kan er, door een ouder, verandering komen in de betekenisgeving met betrekking tot de ouder-kind relatie. Het huidig onderzoek richt zich op vluchtelingen en asielzoeker met hun jonge kinderen. Het doel van dit onderzoek is het verband tussen vluchtelingen en asielzoekerouders met PTSS en betekenisgeving met betrekking tot de ouder-kind relatie te onderzoeken.

De onderzoekspopulatie bestaat uit 80 getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers met kinderen tussen 1 en 4 jaar. De kinderen zijn geboren in Nederland en hebben geen trauma meegemaakt. De gebruikte meetinstrumenten voor de mate van de PTSS klachten van de ouders en de betekenisgeving aan de ouder-kind relatie zijn Harvard Trauma Questionnaire en Working Model of the Child Interview.

In de eerste instantie is getoetst of de ouders met meer traumaklachten, de relatie met hun kind negatiever beoordelen. Daarna is onderzocht of de hogere traumaklachten van de ouders, een negatieve invloed hebben op de betekenisgeving aan de persoonlijkheid van het kind. Vervolgens is onderzocht of er een relatie bestaat tussen hogere traumaklachten van de ouders en positieve wensuitspraak over de toekomst van het kind. Als laatste is er onderzocht of de ouders met meer traumatische ervaringen, het kind eerder een naam geven die gerelateerd is aan de traumatische gebeurtenis.

De resultaten laten zien dat er geen verband bestaat tussen traumaklachten van de ouders en het negatief beoordelen van de ouder-kind relatie door de ouders. Tevens blijkt er geen verband te zijn tussen hogere traumaklachten van de ouders en een negatieve beoordeling van de persoonlijkheid van het kind. Ook is er geen significante verschil gevonden tussen hogere traumaklachten van de ouders en een positieve wensuitspraak over de toekomst van het kind. Echter, hogere traumaklachten van de ouders lijkt samen te hangen met een traumagerelateerde naamgeving aan het kind.

## Inhoudsopgave

<b>Hoofdstuk 1: Inleiding</b>	<b>6</b>
1.1 Doel onderzoek	7
<b>Hoofdstuk 2: posttraumatische stressstoornis en betekenisgeving</b>	<b>10</b>
2.1 Trauma en posttraumatische stress stoornis	10
2.2 Vluchtelingen en posttraumatische stress stoornis	12
2.3 Ouder-kind relatie en posttraumatische stress stoornis	13
2.4 Betekenisgeving	15
2.5 Onderzoeksvraag	17
<b>Hoofdstuk 3: Methodes</b>	<b>19</b>
3.1 Onderzoeksopzet	19
3.2 Onderzoekspopulatie	19
3.3 Instrumenten	21
3.4 Procedure	23
3.5 Analyse	24
<b>Hoofdstuk 4: Resultaten</b>	<b>25</b>
4.1 Betrouwbaarheid	25
4.2 Normaal verdeling	25
4.3 Afkappunt	25
4.4 Hypothese 1	26
4.5 Hypothese 2	27
4.6 Hypothese 3	28
4.7 Hypothese 4	29
<b>Hoofdstuk 5: Discussie</b>	<b>30</b>
5.1 Bevindingen en conclusie bij hypothese 1	30
5.2 Bevindingen en conclusie bij hypothese 2	31
5.3 Bevindingen en conclusie bij hypothese 3	32
5.4 Bevindingen en conclusie bij hypothese 4	33
5.5 Sterke punten van dit onderzoek	33
5.6 Aanbevelingen en conclusie	34
<b>Referentielijst</b>	<b>36</b>
Bijlage 1	39
Bijlage 2	40
Bijlage 3	41
Bijlage 4	42
Bijlage 5	43

## Hoofdstuk 1: Inleiding

---

*“Vader werd in Korea verraden, opgepakt, verhoord, bedreigd en gemarteld.  
Van jongs af aan heb ik geleerd om mezelf thuis weg te cijferen in het belang  
van mijn vader. Hij was het aller grootste slachtoffer en hij liet niet na om  
ons dit iedere dag weer op het hart te drukken.*

*En jaren later ben ik nog steeds bang voor andere mensen, heb  
ik nachtmerries en hoor ik nergens bij.”*

*(www.centrum45.nl)*

Vanaf 1990 is het aantal vluchtelingen naar Nederland toegenomen. Dat heeft twee oorzaken. De eerste oorzaak is de toegenomen onrust in de wereld en de verschillende oorlogen die op het Europese werelddeel plaatsvonden. De tweede oorzaak is de toegenomen mobiliteit in de wereld. Er zijn betere reismogelijkheden waarbij vluchtelingen uit verder gelegen plaatsen sneller naar West-Europese landen reizen (Rohlof, 2001).

Een vluchteling is een persoon die een gegronde reden heeft om in het geboorteland te vrezan voor vervolging omwille van politieke overtuigingen, het behoren tot bepaalde sociale groeperingen, godsdienst, nationaliteit of ras (COA, 2010). Hij of zij is een vreemdeling die om uiteenlopende redenen zijn geboorteland heeft verlaten om in een ander land asiel aan te vragen. De Immigratie- en Naturalisatiedienst onderzoekt of de vreemdeling in aanmerking komt voor asiel (COA, 2010). De grondslag van toelating van asielzoekers in Nederland ligt in het vluchtelingengedrag van Genève:

*“Geen der verdragsluitende staten zal op welke wijze dan ook een vluchteling uitzetten of terugleiden naar de grenzen van een grondgebied waar zijn leven of vrijheid bedreigd zou worden op grond van ras, godsdienst, nationaliteit, het behoren tot een bepaalde sociale groep of politieke overtuiging (COA, 2010).”*

Nederland ondertekende samen met ongeveer 100 andere landen in 1951 dit verdrag. Een ander grondslag voor toekenning van het verblijf in Nederland ligt vast in het Europese Verdrag van de rechten van de Mens (EVRM) (COA, 2010).

In 1995 stond het aantal instroom van asielaanvragen in Nederland op 25.762, het maximum aantal werd bereikt in 1998 met 42.019 asielaanvragen en het minimum aantal aanvragen werd geregistreerd in 2004 met 5.324 (COA, 2010). Op 1 oktober 2010 waren er 21.545 asielaanvragen. In tabel 1 staan de meest recente top 5 nationaliteiten bezetting van het Centrale Orgaan opvang Asielzoekers (COA) weergegeven (COA, 2010).

Tabel 1. *Top 5 nationaliteiten bezetting centrale opvang op 1 oktober 2010 (COA,2010)*

Land van herkomst	Aantal	Percentage (%)
Somalie	5.697	26
Irak	3.005	14
Afganistan	2.669	12
Iran	1.061	5
Armenie	772	4
Overige	8.341	39
Totaal	21.545	100

In de Nederlandse samenleving zorgt het Centrale Orgaan opvang Asielzoeker voor de opvang van vreemdelingen. Het COA zorgt in opdracht van de minister voor Immigratie en Asiel ervoor dat mensen in een kwetsbare positie een veilige huisvesting, ondersteuning en voorbereiding op hun toekomst verkrijgen (COA, 2010). Dit is van toepassing voor alle asielzoekers (COA, 2010). Aan asielzoekers die tot de asielprocedure zijn toegelaten maar waarbij nog geen beslissing is genomen over hun asielaanvraag, wordt een oriëntatie training aangeboden. Het doel van deze training is dat men zich kan oriënteren op zowel de actuele situatie als op de toekomst. Er wordt informatie gegeven over opvoeding, scholing, positie van de vrouw in Nederland en de samenlevingsvormen (COA, 2010). Kinderen krijgen ook speciale aandacht. Voor deze groep wordt een leefbare en veilige omgeving gecreëerd, waar de kinderen op een goede manier kunnen opgroeien. De situaties waarin asielzoekergezinnen zich bevinden, zorgen echter voor veel spanningen. Kinderen hebben in opvangcentra geen eigen kamer waarin ze zich tot alle rust in terug kunnen trekken. Dit bemoeilijkt het ontsnappen aan de eventuele problematiek thuis.

### 1.1 Doel onderzoek

Er zijn tot nu toe weinig onderzoeken gedaan naar de relatie tussen ouders met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) en de interactie met hun kinderen. Wel zijn er studies naar de relatie tussen veteranen en hun kinderen verricht. Uit een studie bleek de mate van traumaklachten van de ouder van invloed te zijn op de interactie met hun kinderen en ontevredenheid in de relatie met hun kinderen (Ruscio, Weathers, King, & King, 2002).

Daarnaast is er weinig onderzoek gedaan naar de relatie tussen ouders met PTSS en de betekenisgeving die ze na een traumatische gebeurtenis geven aan de relatie met hun kinderen. Traumatische ervaringen kunnen namelijk de betekenisgeving beïnvloeden. Betekenisgeving betreft de interpretatie van een gebeurtenis. De verandering in betekenisgeving betreft zowel de persoon zelf, relatie met anderen als de wereld in het geheel. Met name onderzoeken naar de betekenisgeving bij

vluchtelingenouders en hun kinderen zijn gering. Gezien het aantal studies naar de relatie tussen vluchtelingenouders met PTSS en de betekenisgeving in de interactie met hun kinderen gering is, richt het huidig onderzoek zich op het verband tussen PTSS en betekenisgeving met betrekking tot de ouder-kind relatie bij vluchtelingen ouders met PTSS. Om het verband te onderzoeken wordt ten eerste aan de hand van metingen met vragenlijsten, bij vluchtelingen en asielzoekers, het aantal traumatische ervaringen gemeten. Vervolgens wordt de mate van betekenisgeving met betrekking tot persoonlijkheid van het kind; positieve wensuitspraak over het kind en naamgeving aan het kind, in relatie met PTSS symptomatologie onderzocht.

In Tabel 2 staan de leeftijdsgroepen weergegeven van de Centrale Orgaan opvang Asielzoekers (COA,2010). In dit onderzoek zijn de asielzoekers en vluchtelingen met kinderen tussen de 1 en 4 jaar, die geboren zijn in Nederland, de onderzoekspopulatie.

Tabel 2. *Leeftijdsgroepen bezetting centrale opvang op 1 oktober 2010 (COA,2010)*

Leeftijdsgroep	Mannen	Vrouwen	Totaal
00-19 jaar	4.401	3.264	7.665
20-29 jaar	4.448	2.405	6.853
30-39 jaar	2.578	1.535	4.113
40-59 jaar	1.432	995	2.427
60+	230	257	487
Totaal	13.089	8.456	21.545

Dit onderzoek vloeit voort uit het promotieonderzoek van drs. E van Ee dat op Stichting Centrum 45 uitgevoerd wordt. Stichting Centrum 45 is een landelijk centrum dat gespecialiseerd is in medisch-psychologische behandeling van verzetsdeelnemers, oorlogsgetroffenen en slachtoffers van georganiseerd geweld. Sommige vluchtelingen die deelnemen aan dit onderzoek zijn in behandeling bij Stichting Centrum 45.

Het promotieonderzoek van drs. E van Ee *“breaking the cycle: The impact of intergenerational transmission of war trauma on the development of the young child”*, heeft als hoofddoel inzicht te geven in de intergenerationele invloed van oorlogstrauma op de ontwikkeling van het kind. Aangezien ouders en kinderen op een dagelijkse basis interactief met elkaar omgaan, kan een vluchteling/asielzoekerouder als gevolg van negatieve traumatische invloeden tekortschieten in het grootbrengen van zijn kinderen.

De bovenstaande onderzoeksvraag wordt opgedeeld in deelvragen die onderzocht kunnen worden. In eerste instantie wordt een theoretisch kader gegeven waarin relevante literatuur wordt opgenomen en



uitleg wordt gegeven over de definiëring van de begrippen zoals PTSS en betekenisgeving. Daarnaast worden de deelvragen ingeleid als hypotheses. Ten tweede volgt de ‘methode’ waarin beschreven wordt hoe het onderzoek is uitgevoerd. Ten derde worden de resultaten berekend en omgezet in antwoorden op de hypothese. Tot slot wordt er een discussie opgemaakt om een volledig antwoord te creëren op de onderzoeksvraag.

## Hoofdstuk 2: Posttraumatische stressstoornis en betekenisgeving

---

*“Mijn ouders brengen allerlei dagelijkse gebeurtenissen steeds weer in verband met de oorlog in Bosnië. Mijn hele leven staat in het teken van oorlog en geweld, en van mij als kind wordt verwacht dat ik de wereld om me heen bekijk vanuit het perspectief van mijn ouders.”(www.centrum45.nl)”*

Traumatische gebeurtenissen kunnen verschillende negatieve psychologische gevolgen hebben voor vluchtelingen en asielzoekers. Hierbij kan gedacht worden aan angstklachten, depressieklachten, misbruik van middelen zoals alcohol, drugs en medicatie. Ook kunnen zich ten gevolge van trauma's dissociatieve stoornissen, psychosomatische stoornissen en posttraumatische stress symptomatologie (PTSS) ontwikkelen (Brewin, 2003). Hoewel maar een kleine groep mensen PTSS ontwikkelt, heeft PTSS lange termijn consequenties voor het ontwikkelen van andere psychiatrische syndromen zoals persoonlijkheidsstoornissen en psychofysiologische aandoeningen (Kleber, 1996; Tedeschy, 1999).

Volgens de American Psychiatric Association (2006) is er sprake van PTSS wanneer aan de volgende criteria wordt voldaan. “De betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring. De betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen”. Daarnaast behoren de volgende reacties bij de betrokkene: intense angst, hulpeloosheid of afschuw. De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd. Er is sprake van aanhoudende vermijding van prikkels die samengaan met de trauma. Verder zijn er aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid. Tot slot veroorzaakt de stoornis in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen. De duur van de PTSS stoornis is langer dan één maand (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2006).

### 2.1 Trauma en posttraumatische stressstoornis

Over het algemeen weet tussen de 70 en 80 procent van de mensen, die wel eens blootgesteld zijn aan een traumatische gebeurtenis in hun leven, hiermee om te gaan. Deze groep maakt gebruik van eigen hulpbronnen en een steungroep waardoor zij geen PTSS ontwikkelen. Uit National Comorbidity Survey is gebleken dat 20% van vrouwen en maar 8% van mannen die aan een traumatische ervaring is blootgesteld, uiteindelijk PTSS heeft ontwikkeld (Scheeringa, & Zeanah, 2001). Er zijn verschillende risicofactoren die de kans op het PTSS vergroten. Volgens Brewin (2003) zijn de belangrijkste risicofactoren: de ernst van de trauma, dat is persoonsafhankelijk en hierbij kan gedacht worden aan het ontsnappen aan de dood of het meemaken van de moord van een familielid. Meervoudige trauma's; het meemaken van verschillende traumatische gebeurtenissen achtereen in een

korte tijdsinterval. Pre- posttraumatische stressoren en het ontbreken van sociale steun. Tevens speelt sociale en culturele reacties op een trauma een rol in het ontwikkelen van PTSS (Kleber, 2010). Ook blijkt uit een onderzoek van Neuter et al. (2004) dat blootstelling aan meervoudige trauma's, in vergelijking met gelijksoortige trauma's, de kans op PTSS aanzienlijk vergroot. Naast de bovengenoemde risicofactoren zijn er ook individuele factoren die iemand kwetsbaar maken voor het ontwikkelen van PTSS. Shalev (1996) voegde de resultaten van 38 trauma studies samen en kwam tot de volgende risicofactoren: genetische predispositie, pre- psychiatrische stoornissen, mishandeling in de kindertijd en armoede (Brewin, Andrew, & Valentine, 2000). Tot slot wordt het vrouwelijke geslacht geassocieerd met een hogere kans op het ontwikkelen van chronische PTSS, depressie en angstklachten (Ai, Peterson, & Uebelhor, 2002).

Naast de grote evidentie van de negatieve gevolgen van de traumatische ervaringen, komt er steeds meer bewijs voor de positieve veranderingen ten gevolgen van de traumatische gebeurtenissen. Ondanks gedeelde en gelijkaardige traumatische ervaringen is een groot verschil in de individuele reactie daarop (Kleber, 1996). Sommige individuen krijgen als reactie op de traumatische gebeurtenis meer waardering voor het leven, meer waardering voor de relaties of een verbetering in het leven (Taylor, Kemeny, Bower, & Gruenewald, 2000). Dit wordt ook wel posttraumatische groei genoemd (Tedeschi, & Calhoun, 1995). Deze groei heeft betrekking op de fundamentele schema's over het zelf, de ander en de toekomst. De nieuw gevormde schema's nemen de plaats in van de oude schema's. Individuen rapporteren een verandering in hun perceptie van de eigen identiteit, filosofie en levensdoelen (Tedeschi, & Calhoun, 1995). Vaak is deze veranderde perceptie een positieve manier van omgaan met de traumatische gebeurtenis omdat er meer waardering ontstaat voor het leven. Anderen focussen zich op het vinden van een verklaring voor de traumatische gebeurtenis. Het zoeken van een verklaring voor een traumatische gebeurtenis wordt gedaan vanuit de aanwezige kennis en schema's over zichzelf, anderen en de wereld (Lepore, Silver, Wortman, & Wayment, 1996).

Het wel of niet ontwikkelen van PTSS heeft ook met coping te maken. Coping is een gedachte en/of handeling die een individu toepast om te kunnen omgaan met interne- en externe eisen bij een stressvolle gebeurtenis (Folkman & Lazarus, 1980). De meerderheid van de mensen die geen PTSS ontwikkelen zijn beter in het houden van balans in hun gezondheid en de dagelijkse activiteiten en ervaringen. Hierdoor kunnen mensen na een traumatische ervaring doorgaan met hun leven zonder PTSS te ontwikkelen. Individuen met een ongezonde stijl van omgang met stress zien de wereld en anderen als gevaarlijk en zichzelf als kwetsbaar en /of hopeloos (Foa, & Cahill, 2001). Deze perceptie zorgt ervoor dat het verwerkingsproces belemmerd wordt. Wanneer er negatieve gebeurtenissen plaatsvinden, zien individuen zichzelf en de wereld in een minder positief daglicht (Catlin, & Epstein, 1992).

## 2.2 Vluchtelingen en posttraumatische stress stoornis

Vluchtelingen leven in extreem stressvolle condities. Vaak zijn ze gescheiden van hun familie, leven jarenlang in onzekerheid en zijn gedwongen thuis te blijven omdat ze niet mogen werken (Renner, Salem, & Ottomeyer, 2006). Deze groep rapporteert veelvoudig psychische klachten zoals depressie, angst en stemmingstoornissen. Door de extreme gebeurtenissen die vluchtelingen meemaken, is de kans op het ontwikkelen van de PTSS groot (Olf, 2010). Verder blijkt een grote variatie in de prevalentie van PTSS onder vluchtelingen. Uit de grootschalige onderzoeksstudies van Fazel, (2005) blijkt het aantal PTSS te variëren tussen 3% tot 86%. In dit onderzoek zijn 20 studies onderzocht met in totaal N=6743 volwassen vluchtelingen, waarbij er in de 17 studies (N=5499) PTSS naar voren komt. In totaal komt 8-10% PTSS voor. In een Nederlandse studie over de fysieke en mentale gezondheidsproblemen onder 178 vluchtelingen en 232 asielzoekers uit Afghanistan, Iran en Somalië, kwam in ongeveer 28% van deze groep symptomen van PTSS, angst en depressie naar voren (Gerritsen, Bramsen, Deville, Willigen, Hovers & Ploeg, 2005).

Deze cijfers zijn vrij laag in vergelijking met de studie van Bosnische vluchtelingen die tijdens de burgeroorlog traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt. Hieruit bleek de meerderheid uiteindelijk PTSS te ontwikkelen (Thulesius, & Hakansson, 1999). Een hoog PTSS percentage komt voor in de studie van Neuner et. al., (2004) waarin blijkt dat 50% van de trauma slachtoffers onder vluchtelingen chronische PTSS ontwikkeld heeft (Neuner, Schauer, Karunakara, Klaschik, Robert, & Elbert, 2004).

Naast het verwerken van de traumatische gebeurtenissen die de vluchtelingen hebben meegemaakt in het land van herkomst, kan het aanpassen in de nieuwe cultuur soms stroef verlopen. Soms moeten ze een lange asielprocedure meemaken en wachten op hun verblijfsvergunning. Daarnaast hebben de vluchtelingen geen toestemming om te werken waardoor ze gedwongen stilzitten. De onzekere verblijfsstatus en een gebrek aan activiteiten, kunnen ervoor zorgen dat men blijft nadenken over de nare gebeurtenissen in het land van herkomst en dat men zich angstig voelt voor een eventuele verplichte terugkeer (Pynoos, Steinberg, & Wraith, 1995). Dit kan veel stress met zich meebrengen. Uit het onderzoek van Laban, Gernaat, Komproe, Schreuders, & De Jong (2005) waarbij twee groepen Irakese asielzoekers werden onderzocht, bleek onder 143 Irakese asielzoekers die 6 maanden in Nederland zijn, 42% te lijden aan één of meer psychiatrische aandoeningen. Hiervan betrof 25% een depressieve stoornis en 32% PTSS. Bij een tweede groep van 151 Irakese asielzoekers, die op dat moment al twee jaar in afwachting van de beslissing over hun asielverzoek was, bleek 66% te lijden aan één of meer psychiatrische aandoeningen. In 44% gevallen was dit een depressieve stoornis en in 42% een PTSS (Laban et. al., 2005). De duur en daarmee de stress van de asielprocedure kan zorgen voor een toename van de psychiatrische problematiek. Gelijksortige bevindingen zijn ook uit eerdere onderzoeken onder Afghaanse en Somalische vluchtelingen in Nederland naar voren gekomen. Deze

onderzoeken laten zien dat de asielzoekers en vluchtelingen veel psychiatrische aandoeningen hebben en dat er bij een belangrijk deel daarvan het om PTSS gaat. Naast een stressvolle procedure moeten de vluchtelingen zich aanpassen aan een nieuwe omgeving, cultuur en taal. Dit maakt het verwerken van de traumatische gebeurtenissen extra belastend. Vooral omdat de vluchtelingen een nieuw land en cultuur betreden, weten ze vaak niet hoe ze de traumatische gebeurtenissen een plaats moeten geven. Daarnaast speelt het missen van kennissen en vrienden bij wie ze voor steun terecht kunnen mogelijk ook een rol.

Postmigratie wordt geassocieerd met stress, weinig sociale steun, PTSS, depressie en angst (Gerritsen et al., 2005). Verder is het van belang om op te merken dat in sommige culturen weinig bekend is over de psychische gevolgen van de traumatische gebeurtenis. Om die reden is het moeilijk voor vluchtelingen om dit te herkennen en hiervoor professionele hulp te vragen. Bovendien worden bepaalde psychische klachten mogelijk binnen de families ritueel behandeld (Ai, Peterson, & Ubelhor, 2002).

### 2.3 Ouder-kind relatie en postraumatische stress stoornis

Uit verschillende studies komt naar voren dat PTSS symptomatologie gerelateerd is aan problemen in verschillende domeinen van functioneren binnen het gezin, waaronder problemen met intimiteit, expressiviteit en omgaan met kinderen (Hayes, Wakefield, Andersen, Scherrer, Traylor, Wiegmann, Denmark, & DeSouza, 2010).

Traumatische gebeurtenissen kunnen diverse effecten hebben op kinderen. Het begrijpen van traumatische gebeurtenissen is bij jonge kinderen (2-3 jaar) anders dan bij oudere kinderen en volwassenen. Het begripsniveau van jonge kinderen is namelijk gebaseerd op hun beperkte cognitieve kader (Almqvist, & Broberg, 2003). Hierbij kan een situatie die als gevaarlijk wordt ervaren door een ouder kind, minder beangstigend zijn voor een jonger kind, die de situatie niet volledig begrijpt. Wel hebben jonge kinderen net als volwassenen een emotioneel geheugen. Het is dus aannemelijk dat jonge kinderen zich sterk emotionele ervaringen zullen herinneren (Almqvist et. al., 2003). Hoewel jonge kinderen zelf geen oordeel kunnen maken over gevaar, kunnen ze gevaar of trauma waarnemen door de angstige reactie van de ouders (Almqvist et. al., 2003).

Een belangrijk concept dat centraal staat in de interactie tussen ouder en kind is “emotionele beschikbaarheid”. Emotionele beschikbaarheid verwijst naar de aanwezigheid van de ouder voor de emotionele signalen van het kind. Het is sensitief opvangen en beantwoorden van de emotionele signalen en noden van het kind (Hoof, Emmery, & Sleurs, 2007). Jonge kinderen blijken gevoelig te zijn voor de emotionele beschikbaarheid van de ouder. De primaire kenmerken van de emotionele

beschikbaarheid is de mate van responsiviteit voor de signalen van het kind, goede timing, flexibiliteit, gevoeligheid en emotionele betrokkenheid (Lum, & Phares, 2004). Hogere emotionele betrokkenheid van de ouder is gerelateerd aan een hogere veiligheidsgevoel van het kind. De basis van de veiligheidsgevoel van het kind wordt gevormd door de ouder-kind interactie in de kindertijd. Hierbij is een kind veilig gehecht. In tegenstelling tot een veilige gehechtheid heeft een onveilige gehechtheid een negatieve invloed op de psychologische ontwikkeling en toekomstige relaties van het kind. Daarnaast blijkt dat de minder emotionele betrokkenheid van de ouder leidt tot meer angst bij het kind (Lum & Phares, 2004). Een getraumatiseerde ouder ondervindt stress ten gevolge van traumatische ervaringen. Hierdoor is de ouder meer bezig met de eigen symptomatologie, waardoor de ouder emotioneel en functioneel minder beschikbaar is en minder vermogen heeft om op een effectieve manier om te gaan met het kind (Scheeringa, & Zeanah, 2001). Dit kan een negatieve effect hebben op het stress-respons systeem van het kind omdat deze afhankelijk is van de relatie met de ouder (Scheeringa, & Zeanah, 2001). Volgens de attachment theorie is weinig aandacht van de primaire verzorger stressvol voor het kind en leidt tot hechtingproblemen en latere relatieproblemen (Bowlby, 1973). Daarnaast vormt de hechting met de moeder een model voor alle verdere relaties, waarin emotionele nabijheid ontstaat (Bowlby, 1973). Uit een studie van Almqvist en Broberg (2003) blijkt dat bij de getraumatiseerde moeders de interne representatie van het zelf en zichzelf in relatie tot het kind, beschadigd is. Een gevolg hiervan is een negatief effect op zowel het zorg-systeem van de moeder als de interne representaties van het kind. Dit heeft tot gevolg dat de getraumatiseerde moeder zowel emotioneel als fysiek niet beschikbaar is voor haar kinderen. In het bovenstaande onderzoek is naar voren gekomen dat getraumatiseerde moeders zich ervan bewust zijn dat hun gedrag ongezond is voor de ontwikkeling van hun kind(eren). Desondanks zijn deze moeders niet in staat om zich beter te gedragen ten opzichte van hun kinderen en laten zij de zorg over aan anderen (Almqvist, & Broberg, 2003).

Sinds de Tweede Wereldoorlog worden de negatieve gevolgen van traumatisering van de ouders op de ouder-kind relatie bestudeerd. De afname van de emotionele responsiviteit en affectieve capaciteit zoals dat vaak samen gaat met PTSS, wordt ook wel 'emotional numbing' genoemd (Brewin, 2003). In het onderzoek van Ruscio, Walter, King, en King (2002), onder 66 Vietnamese veteranen en hun kinderen, is gekeken naar de invloed van de PTSS op de relatie tussen de ouder en het kind. Uit de resultaten blijkt inderdaad dat er een hoge correlatie bestaat tussen emotionele numbing van PTSS en een verstoorde ouder-kind relatie (Ruscio et al, 2002). Wanneer de ouders traumatische ervaringen hebben meegemaakt hebben hun kinderen een grotere kans om ook klachten te ontwikkelen. Kinderen kunnen zich terugtrekken, bedroefde stemming hebben of angstig zijn en of meer hyperactief, agressief en antisociaal gedrag vertonen (Almqvist & Broberg, 2003). Dit heeft negatieve consequenties voor de ouder-kind relatie.

Een verklaring voor waarom getraumatiseerde ouders (vaak moeders) soms afstand namen van hun kinderen, is dat de kinderen als een 'trigger' kunnen dienen voor flashback van de ouders aan de traumatische gebeurtenis (bijvoorbeeld het verlies van een persoon). Het is ook mogelijk dat aspecten van het ouder-kind hechtingssysteem of het verzorgende gedrag als een 'trigger' werkt en opdringerige herinneringen activeert die geassocieerd worden met traumatische gebeurtenissen. Het kind wordt dus geassocieerd met een traumatische gebeurtenis. Soms wordt het voor de ouder ondragelijk om in de nabijheid van het kind te zijn (Almqvist & Broberg, 2003). Dit maakt kinderen van ouders met PTSS symptomen, kwetsbaar voor het ontwikkelen van PTSS op een latere leeftijd (Nugent, Ostrowski, Christopher en Delahanty, 2007).

## 2.4 Betekenisgeving

Betekenisgeving is de laatste jaren een belangrijke aspect geworden in empirische onderzoeken, waarbij het effect van betekenisgeving op tevredenheid van het leven, posttraumatische stress en therapeutische interventies bestudeerd worden. Bij theorieën over de psychologische verwerking van traumatische ervaringen, neemt betekenisgeving een centrale plaats in (Berwin & Holmes, 2003). Na een negatieve ervaring is het van belang om een nieuwe betekenis toe te kennen aan het eigen vermogen maar ook om de kracht te hebben nieuwe doelen te ontwikkelen en een betere zelfbeeld te creëren. Betekenisgeving beïnvloedt de interpretatie van een gebeurtenis en hoe de wereld in elkaar zit. Voornamelijk in het Westen wordt vaak gedacht dat de wereld waarin men leeft, te controleren vanzelfsprekend en onwillekeurig is (Davis, Larson, & Nolen-Hoeksema, 1998).

Trauma maakt een inbreuk op globale betekenisverlening van een persoon of gooit deze betekenisverlening helemaal door elkaar. Globale betekenisgeving is het begrijpen en het reageren op en van de omgeving (Park et al, 2002; Janoff/Bulman & Frantz, 1997). Een traumatische ervaring laat de grenzen van onze capaciteiten inzien en maakt een inbreuk op onze controle. Bij een negatieve gebeurtenis is het verlies van controle cruciaal. De globale betekenisgeving (zoals verwachtingen, ideeën of onkwetsbaarheid), die fundamenteel zijn voor ons gedrag en beleving, worden geschonden. Men voelt zich dan niet meer zeker en niet meer veilig (Kleber, 1996). Na een traumatische gebeurtenis komen bij het individu zelf verschillende vragen naar boven over de rechtvaardigheid, controle over de wereld, eigen leefwereld en het creëert een gevoel van onzekerheid over de functie van het eigen leven (Janoff/Bulman & Frantz, 1997; Kleber, 1996; Park et al, 2006). In een studie van Ai en Park (2005), waarbij er 457 studenten na de terroristische aanval van 11 september zijn onderzocht, bleek spirituele betekenisgeving samen te hangen met lage niveau van depressie en angst (Ai, & Park, 2006).

In het onderzoek van Caitlin en Epstein (1992) zijn er verschillen gevonden in de globale overtuigingen van individuen die afwijzing, seksueel misbruik of een gewelddadige misdaad hebben meegemaakt en in de globale overtuigingen van individuen die deze traumatische gebeurtenissen niet hebben ervaren (Caitlin, & Epstein, 1992; Park & Folkman, 1997). Individuen die een afwijzing hebben ervaren hebben significant minder eigenwaarde, waarderen hun relaties met anderen minder en geloven niet meer in het goede van de wereld. Individuen die seksueel zijn misbruikt, hebben significant minder eigenwaarde, geloven dat ze geen liefde waard zijn en geloven niet in het goede van de wereld. Daarnaast waarderen ze, net als mensen die afwijzing hebben meegemaakt, relaties met anderen minder (Park, & Folkman, 1997). In een onderzoek waarbij de invloed van oorlog op de globale overtuigingen onderzocht wordt, worden drie verschillende groepen veteranen uit Vietnam met elkaar vergeleken. De eerste groep veteranen vertoonde PTSS symptomatologie; de tweede groep veteranen vertoonde geen PTSS symptomatologie; en de derde groep waren wel aanwezig in de oorlog (tweede linie), maar waren niet direct betrokken bij het gevecht (artsen, koks). In alle drie de groepen kwam naar voren dat de positieve betekenis over de wereld en de behoefte aan relaties met anderen was gedaald. De sterkste daling kwam voor in de groep die PTSS symptomatologie vertoonde. Deze groep werd namelijk dagelijks geconfronteerd met hun klachten en waren hierdoor meer bezig met hun symptomen, wat het herstel van de globale overtuigingen lastiger maakte. De globale overtuigingen van de tweede en derde groep herstelde zich na een paar maanden. De globale overtuigingen bij de groep met PTSS symptomatologie blijft over de jaren dalen, zelfs 15 jaar na de stressvolle gebeurtenis (Caitlin, & Epstein, 1992).

De opvatting van een kind over zichzelf en de wereld wordt gevormd door vroege ervaringen in de kleutertijd. Bij deze ervaringen staat de interactie met de verzorger van het kind centraal. Het kind leert hierbij vertrouwen, welwillendheid, normen en waarden, zelfwaardering en het begrijpen van een persoonlijke onvoorzienbare gebeurtenissen (Park, & Folkman, 1997; Scheeringa, & Zeanah, 2001). Ook internaliseren kinderen in de eerste levensjaren de belangrijke fundamentele impliciete overtuigingen zoals optimisme en vertrouwen (Caitlin, & Epstein, 1992; Scheeringa, & Zeanah, 2001). Door de tijd heen worden diverse vroege ervaringen en herinneringen van het kind geïntegreerd in een georganiseerd subjectief perspectief. Deze vroege mentale structuren worden gevormd door de ervaringen die worden opgedaan in de kindertijd en adolescentie, waarbij weinig veranderingen zullen plaatsvinden in de volwassenheid (Park, & Folkman, 1997).



## 2.5 Onderzoeksvraag

De hoofdvraag in dit onderzoek luidt: *Bestaat er een verband tussen PTSS en betekenisgeving met betrekking tot de ouder-kind relatie?* Dit onderzoek zal zich daarom richten op de posttraumatische stresssymptomatologie van de gevluchte ouders en de interactie hiervan met hun nageslacht. Er wordt voornamelijk onderzocht of PTSS een sterke relatie vertoont met de betekenisgeving van de ouder over het kind. De ouder-kind interactie wordt onderzocht door verschillende aspecten uiteen te zetten. Zo wordt er gekeken naar de beoordeling van de relatie tussen ouder en kind, de betekenis die de ouder het kind toekent, de wensuitspraken over de toekomst van het kind en tot slot of de naamgeving van het kind gerelateerd is aan een traumatische gebeurtenis. In de praktijk komt het voor dat vluchtelingenouders de naamgeving van hun kind in verband brengen met traumatische ervaringen. Dit verband kan zowel positief als negatief zijn. Een naam die bijvoorbeeld positief gerelateerd is aan een traumatische ervaring kan ‘held’ of ‘geluk’ als betekenis hebben. In het huidige onderzoek wordt nagegaan of de traumatische ervaring van de ouder een rol kan spelen bij de naamgeving aan het kind. Er is hier geen eerder onderzoek naar gedaan.

Verwacht wordt dat er een sterk verband bestaat tussen PTSS en een negatieve beoordeling van de ouder-kind relatie door de ouders. Dus een ouder met PTSS zal een negatief betekenis verlenen aan de persoonlijkheid van het kind. Voorts wordt er een verband verwacht tussen PTSS en positieve wensuitspraken over de toekomst van het kind. Tot slot wordt er een sterk verband verwacht tussen PTSS en de naamgeving van het kind. Hoe meer de ouder traumatische ervaringen heeft meegemaakt, hoe eerder de naamgeving van het kind beïnvloed zal zijn door de trauma's van de ouder.

## 2.6 Deelvragen en hypothesen:

1. Is er een verband tussen het aantal traumaklachten bij ouders en hoe zij de relatie met hun kind beoordelen?

Hypothese 1: Hoe hoger het aantal traumaklachten bij ouders, des te negatiever de beoordeling van de relatie met het kind.

2. Is er een verband in de hoge mate van traumaklachten van de ouder en de betekenis die verleend wordt aan de persoonlijkheid van het kind?

Hypothese 2: Hoe hoger de traumaklachten van de ouder, des te negatiever de betekenis is, die wordt verleend aan de persoonlijkheid van het kind.

3. Bestaat er een verband tussen het aantal traumaklachten en de wensuitspraak over de toekomst van het kind?

Hypothese 3: Er is een relatie tussen hoge traumaklachten van de ouder en positieve wensuitspraak over de toekomst van het kind. Ouders met traumaklachten zijn bang dat het kind zal ontsporen.

4. Bestaat er een verband tussen meer traumaklachten van de ouder en trauma gerelateerde naamgeving die de ouder aan het kind geeft?

Hypothese 4: Ouders met meerdere traumatische ervaringen, geven het kind eerder een naam die gerelateerd is aan de traumatische gebeurtenis.

## Hoofdstuk 3: Methoden

---

### 3.1 Onderzoeksopzet

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel “within subject design”. Er is in dit onderzoek dus sprake van een selectie van bestaande groepen waardoor het niet mogelijk is om de onafhankelijke variabelen (PTSS symptomatologie) te manipuleren. Dit onderzoek is een within subject design met als onafhankelijke variabelen de PTSS symptomatologie van de ouders en als afhankelijke variabele de betekenisgeving.

Het huidige onderzoek is opgezet om verschillende probleemgebieden bij vluchtelingen en asielzoekers in kaart te brengen. Doordat er weinig bekend is over de ingewikkelde relatie tussen traumaklachten en de betekenis die daaraan wordt verleend, worden in dit onderzoek de relationele verbanden op verschillende wijze weergegeven. Deze worden opgedeeld in interpretaties op de persoonlijkheid van het kind, de wensuitspraken over het kind en de naamgeving van het kind na traumablootstelling. Het onderzoek begint ten eerste met een beschrijvend gedeelte waarin de participantenpopulatie beschreven wordt, gevolgd door een toetsend gedeelte waarbij de hypothesen aangenomen of verworpen worden en tot slot een exploratief gedeelte waarin de verbanden tussen de variabelen worden bekeken.

### 3.2 Onderzoekspopulatie

De participanten die deelnemen aan dit onderzoek zijn vluchtelingen en asielzoekers. Deze participanten zijn deels geworven in samenwerking met de behandelaars van Stichting Centrum '45 en deels in samenwerking met de Centrale Orgaan opvang Asielzoekers. Stichting Centrum 45 is het landelijke behandel- en expertisecentrum voor psychotrauma ten gevolge van geweld, vervolging en oorlog. Voor het onderzoek is er gekeken of de participanten voldoen aan de inclusiecriteria. Hierbij worden 4 vragen gesteld over het kind. Is uw kind tussen de 1-4 jaar oud, is uw kind geboren in Nederland, heeft uw kind geen traumatische ervaring meegemaakt en krijgt uw kind geen hulp voor eigen problemen. Als alle vier de vragen met een 'ja' beantwoord worden, wordt er nagegaan of er door middel van de Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) aanwijzingen zijn voor alcoholmisbruik, middelenmisbruik en aanwezigheid van psychotische verschijnselen bij de ouder. Voorafgaand aan het onderzoek wordt de ouder gevraagd om een toestemmingsverklaring voor zichzelf en voor het kind te ondertekenen.

In totaal hebben 80 participanten deelgenomen aan het onderzoek. Van deze 80 participanten zijn er 4 geëxcludeerd uit het onderzoek. Van twee participanten was het kind te oud. Van één participant was er geen respons mogelijk omdat zij hoogzwanger was en van de laatste participant was het kind niet geboren in Nederland. In tabel 3a, 3b en 3c worden verschillende gegevens van de participanten

weergegeven. Er hebben in dit onderzoek zowel moeders als vaders meegedaan met hun zoon of dochter (zie tabel 3a). De ouders komen oorspronkelijk uit verschillende landen, wel is te zien dat de meeste participanten uit het Midden Oosten afkomstig zijn (zie tabel 3b). Ook in opleidingsniveau van de ouders is de variatie duidelijk te zien tussen de ouders die geen of enkele jaren basisschool hebben gehad en ouders die een HBO/WO opleiding hebben gevolgd (zie tabel 3c).

Tabel 3a. *Demografische gegevens steekproef*

	Ouders	Kinderen
Leeftijd	Jaren	Maanden
Gemiddelde	31,8	27,0
SD	7,4	8,9
Geslacht		
Mannen (%)	35,5	57,9
Vrouwen (%)	64,5	42,1

Tabel 3b. *Land van herkomst ouders*

Land van herkomst	Aantal	Percentage (%)
West en Zuid Europa	1	1.3
Oost Europa en Balkan	4	5.3
Rusland en voormalige Russische staten	6	7.9
Zuid en Oost Azië	5	6.6
Midden Oosten	35	46.1
Afrika	24	31.6
Zuid Amerika	1	1.3

Tabel 3c. *Opleidingsniveau ouders*

Opleiding ouder	Aantal	Percentage (%)
Geen /enkele jaren basisschool	16	21.1
Basisschool afgerond	10	13.2
Middelbare school	15	19.7
VMBO/MBO	8	10.5
HBO/WO	21	27.6
Onbekend	6	7.9

### 3.3 Instrumenten

De participanten deden vrijwillig mee en hen is vooraf verteld dat zij anoniem zouden blijven. Voor de deelname aan dit onderzoek kregen de participanten lunch en een beloning van 25,- euro. Op elk gewenst moment kon er gestopt worden als daar behoefte aan was. Na de ondertekening van de toestemmingsverklaring zijn in het totale onderzoek zes verschillende instrumenten afgenomen, namelijk: MINI, dagregistratie, CBCL, HTQ, HSCL en de WMCI. In het huidige onderzoek is alleen gebruik gemaakt van gegevens van de HTQ (Harvard Trauma Questionnaire) en de WMCI (Working Model of the Child Interview).

#### Harvard Trauma Questionnaire

Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) is een meetinstrument die gebruikt wordt om de traumaproblematiek in kaart te brengen (Mollica, Caspi-Yavin, Bollini, Truong, & Lavelle, 1992). Deze vragenlijst bestaat in verschillende talen en kan door de deelnemers zelfstandig worden ingevuld. De Nederlandse vertaling van deze vragenlijst is betrouwbaar en valide gesteld (Kleijn, Hovens, & Rodenburg, 2001). HTQ bestaat uit twee delen. Het eerste deel bestaat uit 24 items, variërende in niveau van potentiële traumatische gebeurtenissen zoals, mishandeling, verkrachting, geen voedsel of water en moord op een familielid of vriend (Mollica et al, 1992). In de eerste 20 items kan er gekozen worden tussen vier verschillende antwoordmogelijkheden: ervaren, gezien, erover gehoord en niet ervaren. Bij de overig 4 items kan er tussen 2 antwoordmogelijkheden gekozen worden: ervaren en niet ervaren. De betrouwbaarheid van de trauma gebeurtenissen is door middel van 3 verschillende methodes gemeten: interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, test-hertest betrouwbaarheid en tot slot de interne consistentie. In de studie van Mollica et. al., (1992) is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid hoog ( $r=.93$ ). De test-hertest betrouwbaarheid gemeten met de Pearson correlatie en is tevens hoog ( $r=.89$ ,  $p<.0001$ ). Tot slot is de interne consistentie gemeten met behulp van de Cronbach's alpha (.90) en blijkt wederom hoog te zijn (Mollica et al, 1992). Om van een goed betrouwbare test te spreken is een cronbach's alpha van 0.80 of hoger nodig.

De tweede deel van de HTQ bestaat uit 2 gedeeltes. Het eerste gedeelte beslaat 16 items afkomstig uit DSM-IV criteria voor PTSS (Shoeb et al, 2007). Het tweede gedeelte bestaat uit 14 items die trauma gerelateerde symptomatologie beschrijven zoals: je hopeloos voelen, jezelf de schuld geven van wat je overkomen is, niemand meer kunnen vertrouwen en vijandigheid tegenover anderen. Voor al deze 30 items kan aangegeven worden in hoeverre het ervaren wordt 1=helemaal geen last, 2= een beetje last, 3= redelijk veel last en 4= zeer veel last. Ook in de tweede deel van de HTQ is de betrouwbaarheid van de trauma gerelateerde symptomatologie met 3 verschillende methodes gemeten: interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, test-hertest betrouwbaarheid en tot slot de interne consistentie. In de studie van Mollica et al., (1992) is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid hoog ( $r=.98$ ). De test-hertest betrouwbaarheid gemeten met de Pearson correlatie en is tevens hoog ( $r=.92$ ).

$p < .0001$ ). Tot slot is de interne consistentie gemeten met behulp van de Cronbach's alpha (.96) en blijkt wederom hoog te zijn (Mollica et al, 1992).

#### Working Model of the Child Interview

De WMCI is een semigestructureerd interview dat bestaat uit 19 vragen over het ouder-kind relatie (Benoit, Zeanah, Parker, Nicholson, & Coolbear, 1997). Het geeft het interne representatie weer over hoe ouders hun kind zien en de relatie met hun kind. De WMCI die in het totale onderzoek gebruikt wordt, is een verkorte versie hiervan die bestaat uit 10 interviewvragen. Door middel van deze vragen kan er opgemaakt worden hoe ouders over hun kind denken.

De WMCI is ontwikkeld om de perceptie van de ouders over het kind, hun subjectieve ervaringen met het kind, de persoonlijkheidseigenschappen van het kind en de relatie met het eigen kind te meten (Benoit et al, 1997). De WMCI kent 3 classificaties waaronder de relatie tussen de ouder en het kind onderverdeeld kan worden: evenwichtig, onveilig gehecht, gedesoriënteerd. Bij een ouder-kind relatie die evenwichtig is, geeft de ouder een goede indruk van de karaktereigenschappen van het kind. Tevens wordt de ouder-kind relatie belangrijk geacht voor de ontwikkeling van het kind. De evenwichtige relatie kenmerkt zich door een goede ouder-kind relatie. De onveilig gehecht ouder-kind relatie wordt gekenmerkt door een afstandelijke relatie. Een gedesoriënteerd ouder-kind relatie wordt gekenmerkt door interne inconsistentie en incoherentie. Een poging van de ouder om zich dicht bij het kind te voelen zijn daardoor onsuccesvol. .

Voordat uit de WMCI opgemaakt kan worden welke betekenis de ouder toekent aan het kind, dient er een coderingssysteem opgemaakt te worden. De coderingssysteem wordt gebruikt voor een betrouwbare meting van scores. In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van een al aanwezig coderingssysteem. Echter, is deze coderingssysteem verder verbeterd en aangepast om de kans op de betrouwbaarheid te vergroten. Daarnaast is er een handboek opgemaakt met instructies voor de te coderen items, om zoveel mogelijk overeenkomst te scheppen tussen de beoordeelaars.

Voor dit onderzoek zijn 4 van de 10 vragen van belang. De eerste vraag bestaat uit hoe de ouders de relatie met het kind beschrijven. Hier kan gekozen worden uit negatief, neutraal en positief. De tweede vraag betreft hoe de ouders de persoonlijkheid van het kind beschrijven. Deze vraag kan opgedeeld worden in 10 items met verschillende categorieën waaruit gekozen kan worden. Tijdens het scoren van de interviews voor dit onderzoek zijn maar 4 item van belang; namelijk de indeling van de eigenschappen in negatief, neutraal en positief, ook is hier rekening gehouden met het totale aantal eigenschappen zodat de relativiteit berekend kan worden. De derde vraag dat van belang is voor dit onderzoek bestaat uit de wensen en de angsten die de ouder heeft over de toekomst van het kind. Deze vraag bestaat uit 6 items waarin zowel de wensen als de angsten apart van elkaar kunnen worden gescoord. De vierde vraag omvat hoe de naam van het kind tot stand is gekomen. Hier gaat het er voornamelijk om wie de naam heeft gekozen, om welke redenen dit is gedaan en of de naam

verbonden is aan een traumatische gebeurtenis. Deze vraag bestaat uit 5 items met verschillende categorieën waarop gescoord kan worden. Voor dit onderzoek is maar 1 item van belang.

#### Taal

De standaard HTQ is in verschillende talen verkrijgbaar en kan door de participant zelf ingevuld worden. Het is vaak voorgekomen dat participanten die aan het onderzoek deelnemen analfabeet zijn. Hier wordt dan gebruik gemaakt van de diensten van een professionele tolk die dezelfde taal spreekt. De vragen worden aan de participant gesteld waarbij het antwoord door de onderzoeker wordt ingevuld.

Tijdens de afname van de WMCI wordt ook gebruik gemaakt van de diensten van een professionele tolk die dezelfde taal spreekt. Het is belangrijk om tijdens het interview de vragen te richten aan de participant en niet aan de tolk. De tolk is duidelijk geïnstrueerd om letterlijk te vertalen. Het hele interview wordt opgenomen met een cassetterecorder.

#### 3.4 Procedure

Het grootste deel van de participanten die hebben deelgenomen aan het onderzoek zijn geworven in samenwerking met het COA en stichting centrum '45. De participanten die in behandeling waren bij stichting centrum '45 en die aan de inclusiecriteria voldeden, zijn door de behandelaren gemotiveerd om deel te nemen aan het onderzoek. Deze participanten zijn telefonisch benaderd, waarna een datum gepland is voor de testafname.

Via het COA is een lijst beschikbaar gesteld met namen en kamers van ouders met jongere kinderen erop vermeld. Deze potentiële participanten zijn bezocht in bijzijn van een professionele tolk, om hen te werven. Voor het onderzoek is er altijd een professionele tolk gereserveerd. Tijdens het werven is aan elke participant uitgelegd wat het onderzoek inhoudt. Als blijkt dat de participanten interesse hebben, is er direct een afspraak gemaakt voor de testdagen die plaats vinden in het COA gebouw op de woensdag en de vrijdag van 10:00 uur tot 15:00 uur. Dit is gedaan om de drempel laag te houden en meer participanten over te kunnen halen om deel te nemen aan het onderzoek. Aan alle participant is de procedure uitgelegd en de datum van de testafname afgesproken. Afhankelijk van de reisafstand is er voor de locatie Diemen of Oestgeest gekozen.

De vragenlijst en interview die in dit onderzoek van belang zijn worden aan het einde van de testdag afgenomen. Voorafgaand hieraan worden andere tests afgenomen. In deze thesis worden alleen de tests besproken die relevant zijn voor dit onderzoek. De participant wordt gevraagd de HTQ zelf in te vullen, wat ongeveer 15 minuten in beslag neemt. Na het invullen van de HTQ wordt de WMCI mondeling afgenomen en opgenomen met behulp van een cassetterecorder. Dit is bewust gedaan zodat de opgenomen WMCI op een later tijdstip schriftelijk uitgewerkt kan worden. Bij de participanten die analfabeet zijn, worden zowel de HTQ als de WMCI mondeling afgenomen. Na de

WMCI worden de participanten bedankt voor hun bijdrage aan het onderzoek en krijgt men een kleine vergoeding van 25 euro mee.

### 3.5 Analyse

Voor het analyseren van de data is er gebruik gemaakt van histogrammen om na te gaan of de verdeling normaal verloopt op de HTQ. Er is door middel van spreidingsdiagrammen een grafische weergave opgesteld en tot slot zijn er verschillende lineaire regressieanalyses uitgevoerd.



## Hoofdstuk 4: Resultaten

---

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van de statistische analyses per hypothese worden weergegeven. Er wordt ten eerste de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de WMCI getoetst. Ten tweede is er nagegaan of de schalen op de HTQ normaal verdeeld zijn. Tot slot worden de spreidingsdiagrammen en de lineaire regressieanalyses beschreven bij de hypothesen.

### 4.1 Betrouwbaarheid

Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de onderzoekers bij het coderen van de WMCI vast te stellen, is 25% van de interviews door beide onderzoekers gecodeerd. Tijdens het coderen is er gebruik gemaakt van een zelf opgemaakte WMCI handboek waarin de instructies per item staan beschreven. Daarna is de Cronbach's alpha berekend om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vast te stellen. In dit geval was hij 0.78. Na het verwijderen van item 3, die voor het huidige onderzoek niets relevant vertoonde, werd Cronbach's alpha 0.80. Voor een wetenschappelijk onderzoek is een betrouwbaarheid van 0.80 nodig om te spreken van een betrouwbare test (ter Laak, & de Goede, 2003).

### 4.2 Normaal verdeling

Voor het uitvoeren van de analyse is er nagegaan of er een normaal verdeling is op de HTQ. Hierbij is een verdeling gemaakt tussen de totale resultaten en de DSM-IV van de HTQ. De verdeling van zowel de totale resultaten als van de DSM-IV zijn normaal verdeeld (zie bijlage 1). In tabel 4 wordt dit bevestigd doordat het gemiddelde en de mediaan niet veel van elkaar verschillen.

Tabel 4. *Gemiddelde en mediaan op HTQ en DSM-IV*

	Mean	Median
HTQ symptomen (1-30)	2.48	2.57
DSM-IV symptomen (1-16)	2.64	2.68

Van de WMCI is er geen normaal verdeling gemaakt omdat er voor dit onderzoek maar vijf items relevant zijn.

### 4.3 Afkappunt

In de handleiding van de HTQ wordt een afkappunt van 2.45 gebruik gemaakt, scores boven deze afkappunt duiden op een klinisch niveau van traumaklachten. Alle deelnemers aan dit onderzoek ervaren traumaklachten. Om een onderscheid te maken in mate van de traumaklachten tussen de deelnemers en te zorgen voor meer variatie in de steekproef, is er gekozen voor een hogere afkappunt van 2.80. De resultaten gelijk aan en hoger dan 2.80 duiden op een ernstige mate van traumaklachten

en de scores lager dan 2.80 duiden op geringe mate van traumaklachten. In tabel 5 worden de gemiddelden (Mean) en de standaarddeviaties (SD) van zowel de geringe als de ernstige mate van traumaklachten weergegeven.

Tabel 5. Gemiddelde en standaarddeviatie van de HTQ onderverdeeld in 3 subgroepen (DSM-IV, geringe mate van traumaklachten en ernstige mate van traumaklachten).

	N	Mean	SD	Min	Max
HTQ symptomen (1-30)	75	2.48	0.71	1.03	3.90
DSM-IV symptomen (1-16)	75	2.64	0.76	1.06	4.00
Groepen met geringe mate van trauma klachten	47	2.07	0.56	1.03	2.77
Groepen met ernstige mate van traumaklachten	28	3.17	0.25	2.80	3.90

#### 4.4 Hypothese 1: Ouders met meer traumaklachten beoordelen de relatie met hun kind negatiever.

Voor het beantwoorden van deze hypothese is het verband tussen traumaklachten en de negatieve beoordeling van de relatie met het kind getoetst. In de eerste instantie is alleen getoetst of de hoge traumaklachten van de ouders, invloed hebben op de negatieve beoordeling van de relatie met het kind. Uit de resultaten blijkt geen significant verschil te zijn tussen de hoge traumaklachten bij de ouder en de negatieve beoordeling van de relatie met het kind ( $p=.605$ ). Van deze bevindingen is er een visuele weergave gemaakt middels een spreidingsdiagram. Op de verticale as is de hoogte van de traumaklachten aangegeven en de horizontale as geeft de mate van negatieve beoordeling weer. Er is geen verband te zien tussen de variabele traumaklachten en variabele negatieve beoordeling (zie bijlage 2). Vervolgens is er een onderscheid gemaakt tussen ouders met hoge traumaklachten en ouders met geringe traumaklachten (twee groepen). Door middel van de lineaire regressieanalyse is gekeken naar de relatie tussen traumaklachten bij de ouders en de negatieve beoordeling van de relatie met hun kind. Wanneer er gekeken wordt naar het verschil tussen hoge en geringe traumaklachten van de ouders, blijken deze twee groepen niet significant te verschillen in de negatieve beoordeling van de relatie met het kind ( $p= .291$ ). Uit de gegeven resultaten kan hypothese 1 niet worden aangenomen. Deze resultaten zijn afgebeeld in tabel 6.

Tabel 6. *Resultaten van het lineaire regressie van het hoog en laag traumaklachten en ontevredenheid met de relatie.*

	B	$\beta$	t	$\rho$
HTQ sypmtomen	-.040	-.065	-.520	.605
HTQ (geringe*ernstige mate)	-.124	-.133	-1.07	.291

*4.5 Hypothese 2: Hoe hoger traumaklachten zijn, des te negatiever er betekenis wordt verleend aan de persoonlijkheid van het kind.*

Voor het beantwoorden van deze hypothese is ten eerste door middel van een spreidingsdiagram nagegaan of er een verband bestaat tussen de hoogte van de traumaklachten en de betekenisgeving die wordt toegekend aan de persoonlijkheid van het kind. Er zijn twee verschillende spreidingsdiagrammen gemaakt waarbij er ten eerste gekeken is naar de hoeveelheid van de negatieve betekenisgeving, die wordt toegekend aan de persoonlijkheid van het kind. De spreidingsdiagram toonde enigszins een negatieve correlatie tussen de hoogte van de traumaklachten en de negatieve betekenisgeving die wordt toegekend aan de persoonlijkheid van het kind (zie bijlage 3).

Door middel van lineaire regressieanalyse is eerst gekeken naar de relatie tussen de hoge traumaklachten en de negatieve betekenisverlening aan de persoonlijkheid van het kind. Er is geen significant verband gevonden tussen de hoge traumaklachten en de hoeveelheid negatieve betekenisgeving die wordt toegekend aan de persoonlijkheid van het kind ( $\rho=.467$ ). Tot slot is gekeken of er een significant verschil bestaat tussen de groepen geringe en ernstige mate van traumaklachten op de negatieve betekenisgeving aan de persoonlijkheid van het kind. Wederom is er geen significant verband gevonden tussen de mate van traumaklachten op de negatieve betekenis die wordt toegekend aan de persoonlijkheid van het kind ( $\rho=.947$ ). Uit de gegeven resultaten kan hypothese 2 niet worden aangenomen. De resultaten zijn afgebeeld in tabel 7.

Tabel 7. Resultaten van de lineaire regressie op de subschaal negatieve betekenisverlening op de persoonlijkheidseigenschappen van het kind.

	B	$\beta$	t	$\rho$
HTQ symptomen	-.199	-.086	-.732	.467
HTQ geringe*ernstige mate	.027	.008	.067	.947

4.6 Hypothese 3: Er bestaat een relatie tussen hoge traumaklachten en positieve wensuitspraken over de toekomst van het kind. De ouders met traumaklachten zijn bang dat het kind de verkeerde kant op gaat.

Voor het beantwoorden van deze hypothese is ten eerste door middel van een spreidingsdiagram nagegaan of er een verband bestaat tussen de hoogte van de traumaklachten en de positieve wensuitspraken over de toekomst van het kind. Het spreidingsdiagram vertoont een onafhankelijke correlatie met de hoogte van de traumaklachten en de positieve wensuitspraken over de toekomst van het kind (zie bijlage 4).

Daarna is er door middel van een lineaire regressieanalyse gekeken naar de relatie tussen de hoge traumaklachten en de positieve wensuitspraken over de toekomst van het kind. Er is geen significant verband gevonden tussen de hoge traumaklachten en de positieve wensuitspraken over de toekomst van het kind ( $\rho=.885$ ). Vervolgens is gekeken of er een significant verschil is tussen de twee groepen, geringe en ernstige mate van traumaklachten op de positieve wensuitspraken over de toekomst van het kind. Er is geen significant verband gevonden ( $\rho=.793$ ). De resultaten zijn afgebeeld in tabel 8.

Vervolgens is er onderzocht waar de wensuitspraken betrekking op hebben. Er werd verwacht dat de ouders hoog zouden scoren op de categorie “goed terecht komt/op het goede pad blijft”. Dit is niet het geval. De meeste ouders hebben als wensuitspraak voor de toekomst van het kind, dat het kind een goede opleiding kan volgen en dat het kind daardoor een goede baan krijgt (36,8%). Gevolgd door de categorieën “persoonlijke ontwikkeling en goed terecht komt/op het goede pad blijft” (10,5%). Tot slot is er gekeken naar waar de angsten betrekking op hebben. De twee meest voorkomende angsten van de ouders op de toekomst van het kind zijn: “dat het kind niet goed terecht komt” (14,5%) en dat het kind terechtkomt in een “oorlog- en vluchtgerelateerde situaties” (14,5%). Deze resultaten spreken de wensen van de ouders gedeeltelijk tegen (zie bijlage 4 tabel 9). Als wensuitspraak wordt namelijk tegen de verwachting in niet hoog gescoord op de categorie “goed terecht komt/op het goede pad blijft” maar er wordt wel hoog gescoord op deze categorie met betrekking tot de angsten van de ouders.

Tabel 8. *Resultaten van de lineaire regressie op de subschaal positieve wensuitspraken.*

	B	$\beta$	t	$\rho$
HTQ symptomen	-.023	-.018	-.146	.885
HTQ geringe*ernstige mate	-.058	-.033	-.264	.793

4.7 *Hypothese 4: Ouders met meerdere traumatische ervaringen, het kind eerder een naam geven die gerelateerd is aan de traumatische gebeurtenis.*

Voor deze hypothese is er een regressieanalyse uitgevoerd om het verband te toetsen tussen ‘meerdere’ traumatische ervaringen van de ouder en de traumagerelateerde naamgeving aan het kind. Hierbij is een spreidingsdiagram gemaakt voor de grafische weergave. Op de verticale as is de mate van de traumaklachten aangegeven en op de horizontale as de traumagerelateerde naamgeving (zie bijlage 5). De grafische weergave laat enigszins een positieve correlatie zien. Dit betekent dat er een licht significant verband is tussen de aanwezigheid van meerdere traumatische ervaringen bij de ouders en de trauma gerelateerde naamgeving aan het kind. Daarentegen is in de regressieanalyse, de coëfficiënt van de DSM-IV niet significant ( $p = .083$ ), hetgeen erop wijst dat er geen lineaire verband bestaat. De resultaten zijn afgebeeld in tabel 9. Met de gegeven bevindingen wordt hypothese 4 gedeeltelijk aanvaard.

Tabel 9. *Resultaten van de lineaire regressie op de DSM-IV symptomen.*

	B	$\beta$	t	$\rho$
DSM-IV symptomen	-.112	-.210	1.759	.083

## Hoofdstuk 5: Discussie

---

Wereldwijd zijn er steeds meer mensen door oorlog, armoede of andere levensbedreigende factoren op de vlucht voor een veilig onderkomen. Deze groep vluchtelingen blijkt een kwetsbare groep te zijn voor het ontwikkelen van een posttraumatische stressstoornis (PTSS). De interactie tussen ouder en kind in, en als gevolg van zo een stressvolle situatie, speelt een belangrijke rol in het geven van betekenis aan de relatie met het kind en de ontwikkelen van een PTSS bij het kind. In dit onderzoek is getracht meer duidelijkheid te verschaffen in het verband tussen PTSS en betekenisgeving, met betrekking tot de ouder-kind relatie.

Dit is onderzocht door middel van een aantal hypothesen. In de eerste instantie is gekeken of de ouders met meer traumaklachten de relatie met hun kind negatiever beoordelen (hypothese 1). Vervolgens is onderzocht of hogere traumaklachten van de ouders een negatieve invloed hebben op de betekenisgeving aan de persoonlijkheid van het kind (hypothese 2). Daarna is onderzocht of er een relatie bestaat tussen hogere traumaklachten van de ouders en positieve wensuitspraak over de toekomst van het kind (hypothese 3). Als laatste is er onderzocht of de ouders met meer traumatische ervaringen, het kind eerder een naam geven die gerelateerd is aan de traumatische gebeurtenis (hypothese 4).

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt geen verband te bestaan tussen traumaklachten en de betekenisgeving over de beoordeling van de ouder-kind relatie. Bij de laatste hypothese is een klein significant verschil gevonden. De resultaten die betrekking hebben tot de eerste drie hypothesen laten echter een significant negatief verband zien.

### *Bevindingen en conclusie bij hypothese 1, 2, 3 en 4.*

De eerste onderzoeksvraag in dit onderzoek was of er een verband bestaat tussen het aantal traumaklachten bij de ouders en hoe zij de relatie met hun kind beoordelen. Uit de eerder beschreven onderzoeken blijkt wel degelijk een verband te zijn. Zo ook uit het onderzoek van veteranenouders met PTSS klachten die meer gereserveerd waren en op zichzelf gericht, waardoor er minder interpersoonlijke contact was met de kinderen. Hierdoor werd de relatie met de kinderen als minder tevreden beoordeeld (Ruscio et al, 2002). De verwachting was daarom dat hoe hoger het aantal traumaklachten bij ouders, des te negatiever de beoordeling van de relatie met het kind zou zijn.

Deze verwachting is echter niet uitgekomen. Er bleek geen significante verschil te zijn tussen de ouders met hoge traumaklachten en ouders met geringe traumaklachten, in de negatieve beoordeling over de relatie met het kind. Hiermee kan gezegd worden dat de hypothese niet ondersteund wordt. Ondanks het resultaat kan er niet zomaar geconcludeerd worden dat er geen verband bestaat tussen het

aantal traumaklachten van de ouders en de negatieve beoordeling van de ouder-kind relatie. In het onderzoek van de veteranenouders werd het onderzoek jaren later na de traumatische gebeurtenissen afgenomen. Mogelijk hebben de veteranenouders een copingstrategie gebruikt voor het verwerken van de traumatische ervaringen waarbij er totale emotionele gereserveerdheid plaats heeft gevonden en daarmee ook emotioneel afstandelijkheid naar de kinderen. Echter, in het huidige onderzoek zijn de meeste participanten nog maar kort geleden weg uit de getraumatiseerde situaties. Deze ouders zijn wellicht meer in staat om de getraumatiseerde stimulus actief te vermijden en minder emotioneel afwezig te zijn in de inter-persoonlijk relatie met hun kinderen. Daarnaast is er in het onderzoek van veteranen alleen de beoordeling van de vaders over de ouder-kind relatie gemeten. In het huidige onderzoek is er geen verschil gemaakt in de sekse van de ouder. Hiermee is de invloed van de moeder en de gehechtheid aan het kind in de beoordeling over de ouder-kind relatie opgenomen. Moeder is meestal de primaire verzorger van het kind en er kan al voor de geboorte een band ontstaan tussen de moeder en het kind (Bowlby, 1973). Dit zorgt er waarschijnlijk voor dat zij een hechtere band ontwikkelt met het kind waardoor ze mogelijk minder snel een negatieve uitspraak zal doen over de relatie met haar kind. Een andere verklaring voor het uitblijven van een significante verband is dat de getraumatiseerde moeder zich overbezorgd kan gedragen om te voorkomen dat het kind getraumatiseerd raakt (Scheeringa, & Zeanah, 2001). Tevens kan er sprake zijn van posttraumatische groei waarbij de ouder een positieve betekenis geeft aan de relaties met de dierbaren en daarmee ook aan de ouder-kind relatie (Tedeschi, & Calhoun, 1995). Verder is het mogelijk dat bij vluchtelingen en asielzoekers de relatie tussen gezinsleden juist wordt versterkt doordat sprake is van leven in een vreemd land en vreemde cultuur.

Verder kan doordat er bij de vluchtelingen en asielzoekers sprake is van leven in een vreemde cultuur, de relatie tussen gezinsleden juist wordt versterkt. De ouders bieden bescherming aan de kinderen tegen de incoherentie van de buiten wereld.

### *Hypothese 2*

De tweede onderzoeksvraag was of er een verband is in de hoogte van traumaklachten van de ouder en de betekenis die verleend wordt aan de persoonlijkheid van het kind. Er is hier weinig onderzoek naar gedaan. Verondersteld werd dat getraumatiseerde ouders, door hun kachten, zich afstandelijk zou gedragen naar het kind (Hayes et al., 2010), waardoor er een slechte ouder-kind relatie zou ontstaan. Als reactie hierop zou er verandering ontstaan in de beoordeling van de persoonlijkheid van het kind, door de ouder. Verwacht werd dat de ouder, de persoonlijkheid van het kind als negatief zou beoordelen. Deze hypothese werd echter niet bevestigd. Waarschijnlijk is de invloed van trauma niet zo groot op de betekenisgeving van de ouder om de gehele persoonlijkheid van een kind negatief te beoordelen. Mogelijk verandert de ouder-kind relatie niet door het afstandelijke gedrag en de

afwezigheid van emotionele betrokkenheid (Lum et al., 2004) van de ouder naar het kind. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat de andere ouder of andere gezinsleden responsief zijn naar de noden van het kind, waardoor het kind niks tekort komt. Het kind zou zich dan niet anders dan normaal gedragen. Hierdoor zou de beoordeling van de persoonlijkheid van het kind door de ouders niet negatief beoordeeld worden. Een andere verklaring voor het uitblijven van een significant verband zou kunnen zijn dat de traumatische ervaring plaats maakt voor verandering in positieve betekenisgeving van de relatie met het kind en de beoordeling over de persoonlijkheid van het kind. Er is dan meer waardering voor de relatie met en de persoonlijkheid van het kind. Opvallend aan dit onderzoek was dat veel ouders moeite hadden met het geven van een beschrijving van de persoonlijkheid van hun kinderen. Na het benoemen van voorbeelden konden de ouders enigszins een aantal persoonlijkheideigenschappen van hun kind benoemen. Ook deze hypothese wordt, gezien de niet significante resultaten, verworpen.

### *Hypothese 3*

Verwacht werd dat er een positieve samenhang zou zijn tussen de hoge traumaklachten en een positieve wensuitspraak over de toekomst van het kind. Bij veel vluchteling gezinnen spelen de stressoren van traumatische ervaringen en de huidige bestaanonzekerheid een grote rol in het gezinsleven. Door de nare ervaringen van de getraumatiseerde ouders en de onzekere verblijfsstatus in Nederland, kunnen de vluchtelingen in angst leven. Angst betreft het terugkeer naar het land van herkomst, naar de nare gebeurtenissen en ervaring die ze al eens hebben meegemaakt (Pynoos et al., 1995).

Verondersteld werd dat deze ouders een betere toekomst zouden wensen voor hun kinderen. Deze hypothese bleek echter niet significant te zijn. Er is geen verband tussen de hoogte van de traumaklachten en een positieve wensuitspraak voor het kind. Tevens is er geen significant verband gevonden tussen de geringe en ernstige mate van traumaklachten op de positieve wensuitspraak over de toekomst van het kind. Opvallend aan deze resultaten is dat er verwacht werd dat de ouders hoog zouden scoren op de categorie “goed terecht komen/op het goede pad blijven” met betrekking tot een goede toekomst wensen voor het kind. Echter was dit niet het geval. Wel werd er door de ouders op de categorie “goed terecht komen/op het goede pad blijven” hoog gescoord op angsten voor de toekomst van het kind. Een mogelijke verklaring voor dit negatief verband zou te vinden zijn in het feit dat de getraumatiseerde ouders door hun klachten meer met de eigen traumatische klachten bezig zijn (Scheeringa et al., 2011), waardoor ze minder tijd besteden aan het denken over de toekomst. Een andere verklaring kan zijn dat het kind door de ouders als trigger wordt gezien van een negatieve of traumatische ervaring (het kind lijkt op een dode familielid bijvoorbeeld) (Almqvist et al., 2003). Deze ouders zijn afstandelijker naar hun kind en zullen minder snel aan de toekomst van het kind denken. Zoals eerder genoemd is er een relatie tussen PTSS klachten van de ouders en emotionele



numbing (Brewin, 2003). De veteranen ouders waren afstandelijk naar hun kind en hebben een minder goede relatie met hun kinderen (Ruscio et al., 2002). Het zou dan ook mogelijk zijn dat deze ouders minder aandacht besteden aan de toekomst wens van hun kinderen. Ook in het huidige onderzoek betreft het ouders met PTSS klachten. Waarom er wel een angst bestaat voor de toekomst van het kind om niet op het slechte pad terecht te komen, is wellicht doordat de de getraumatiseerde ouders elke dag in eigen angstige gevoelens, met betrekking tot PTSS, leven. Deze angst zorgt er waarschijnlijk voor dat de ouders ook angst hebben voor de toekomst van hun kind om niet op het slechte pad te komen. Verder is er weinig in het literatuur te vinden om een concreter antwoord hierop te geven en zal er meer onderzoek gedaan moet worden. Gezien de niet significante resultaten wordt hypothese 3 verworpen.

#### *Hypothese 4*

De onderzoeksvraag in dit onderzoek was of er een verband bestaat tussen meer traumaklachten van de ouder en trauma gerelateerde naamgeving aan het kind. In het onderzoeksveld is er echter niet voldoende literatuur te vinden met betrekking tot traumaklachten van de ouders en de traumagerelateerde naamgeving. In het huidige onderzoek werd er verondersteld dat de impact die traumatische ervaringen zou hebben op de ouders, ook een invloed zouden kunnen hebben op de naamgeving van hun nabestaanden. De verwachting in dit onderzoek was daarom dat de ouders met meerdere traumatische ervaringen, hun kind eerder een naam geven die gerelateerd is aan de traumatische gebeurtenis. De naamgeving zou zowel positief als negatief gerelateerd kunnen zijn aan de traumatische gebeurtenis (b.v. Hoop of Tofan, wat betekent tornado).

Deze verwachting is uitgekomen. Er blijkt een significante verband te bestaan tussen de meer traumaklachten van de ouders en de traumagerelateerde naamgeving aan hun kind. De hypothese wordt met de bovenstaande bevindingen ondersteund. In het huidige onderzoek ging het om vluchtelingen ouders met kinderen tussen de 1 en 4 jaar, die recentelijk uit de getraumatiseerde situatie weg zijn en waarbij alle herinnering nog vers zijn. Wellicht spelen de omstandigheden en levensomstandigheden hierdoor een rol bij het kiezen van een naam. Een andere mogelijke verklaring, die tevens door de participanten werd gegeven, is dat het geven van de naam van een overledene dierbare aan hun kind, de nabestaanden het gevoel kan geven dat de overleden dierbare op een bepaalde niveau voort blijft leven. Tevens kunnen de gevluchte ouders de namen van familieleden kiezen voor hun kinderen, die zij achter hebben moeten laten in het land van herkomst. Door de naam aan eigen kinderen te geven, hebben ouders mogelijk minder het gevoel van gemis van de familieleden. Tevens kan bijvoorbeeld een naam met positieve betekenis zoals Hoop of Redder de ouders de kracht geven om positiever naar het leven te kijken of dankbaar te zijn.

### *Sterke punten van dit onderzoek*

Er zijn maar weinig onderzoeken gedaan naar de invloed van trauma op het ouder-kind relatie bij vluchtelingen en asielzoekers. Het is namelijk moeilijk om vluchtelingen en asielzoekers te vinden die bereid zijn om deel te nemen aan een onderzoek. Een van de mogelijke redenen is de onbekendheid van deze doelgroep met de westerse psychologische onderzoeksmethode. Stichting Centrum 45 heeft de mogelijkheid geboden om de vluchtelingen uit verschillende culturele achtergrond te onderzoeken. Een is een sterk punt van het huidig onderzoek is de brede onderzoekspopulatie. Daarnaast is er in het huidige onderzoek geen onderscheid gemaakt tussen de ouders en hebben zowel moeders als vaders deel genomen aan dit onderzoek. De resultaten van dit onderzoek kan men daarom generaliseren naar de getraumatiseerde vluchtelingen -en asielzoeker-ouders.

### *Aanbevelingen en conclusie*

Ondanks de sterke punten van dit onderzoek zijn er ook minder sterke punten waar in de toekomstige onderzoeken rekening mee dient te worden gehouden. Het huidige onderzoek meet namelijk de subjectieve invloed van trauma op de betekenisgeving en daarmee de beoordeling van de ouder-kind relatie. De resultaten van het onderzoek zijn enkel gebaseerd op de vragenlijsten. Tevens hebben de getraumatiseerde vluchtelingen –en asielzoekers moeite met het beantwoorden van trauma gerelateerde vragen aan een onderzoeker, mogelijk door schaamte. Een andere punt is de ruis die ontstaat bij het gebruik maken van de tolk als tussenpersoon. Wellicht is het handig om in een vervolg onderzoek rekening te houden met meer objectief betrouwbare meetinstrumenten voor de asielzoekers en vluchtelingen onderzoekspopulatie.

Verder dient opgemerkt te worden dat een meerderheid van de deelnemers aan dit onderzoek uitgedeeldeerd zijn en dat deze groep een kleine hoop heeft op het verkrijgen van een verblijfsvergunning. Hierbij zijn de deelnemers extra voorzichtig met het beantwoorden van de vragen waarbij er gedacht wordt aan de eventuele invloed van dit onderzoek op hun verblijf status. Hierbij zijn sociaal wenselijke antwoorden niet ondenkbaar.

Tevens is geen rekening gehouden met andere klachten van de ouders naast de depressie en de achtergrond informatie van de participanten, die mogelijk invloed zouden kunnen hebben op de resultaten. Het soort trauma heeft namelijk invloed op de beoordeling van het ouder-kind relatie. Een ouder die een kind heeft verloren in de oorlog geeft mogelijk een andere beoordeling over het kind en de relatie met het kind dan een ouder die slechts uit een oorlog gebied gevlucht is om een andere reden. Daarnaast zijn de participanten aselekt gekozen en er is geen gebruik gemaakt van een controle groep. Verder is het wellicht interessant om in het vervolg onderzoek een onderscheid te maken in de sekse van de ouders. Aangezien moeders vanuit de biologisch opzicht meer verbonden zijn aan hun kind is het mogelijk dat er een verschil bestaat in het beoordelen tussen de moeders en de vaders. In

het huidige onderzoek is hiermee geen rekening gehouden en word de invloed van beide seksen weergegeven en gegeneraliseerd naar alle getraumatiseerde ouders. Hiernaast is er in het huidige onderzoek de persoonlijkheid van de ouder en de gewenstheid van het kind niet onderzocht. De persoonlijkheid van de ouders heeft mogelijk invloed op de interpersoonlijke relatie met het kind en het kan een verband hebben met de beoordelen van het kind en de ouder-kind relatie. Tevens kan de gewenstheid van het kind een belangrijke rol spelen in het beoordeling van het kind en de ouder-kind relatie.

Wat ook dient opgemerkt te worden is dat de HTQ een grenswaarde van 2.45 hanteert. Mensen die hoger scoren dan 2.45 zitten in klinische gebied. In het huidige onderzoek is de grenswaarde verhoogd tot 2.80 waarbij lager dan 2.80 betekent categorie geringe klachten. De twee groepen met geringe klachten en meer klachten worden vervolgens met elkaar vergeleken en wordt er geconcludeerd dat er geen significante verband bestaat. Hierbij wordt geen rekening gehouden dat in de categorie geringe, ook mensen zitten die geen klinische klachten hebben. Tot slot, is de onderzochte populatie afkomstig uit verschillende werelddelen. Er is echter geen rekening gehouden met een mogelijke invloed van het cultuur op betekenisgeving aan de kinderen en de relatie met hen.

De beperkingen in dit onderzoek hebben mogelijk een effect gehad op de niet significante resultaten. Toekomstige onderzoeken dienen rekening te houden met de bovengenoemde factoren die een rol kunnen spelen in de samenhang tussen de PTSS en de betekenisverlening aan een ouder-kind relatie. Daarnaast zijn er tot op heden weinig studies gedaan naar het verband tussen PTSS en ouder-kind relatie en kan dit onderzoek een aanleiding zijn tot meer onderzoeken en antwoorden.

## Referentielijst

- Ai, A.L., Peterson, C., & Uebelhor, D. (2002). *Journal of Traumatic Stress*, 15, (2), 157-160.
- Almqvist, K & Broberg, A.G. (2003). Young children traumatized by organized violence together with their mothers- The critical effects of damaged internal representations. *Attachment & Human Development*, 5 (4), 367-380.
- American Psychiatric Association (2006). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (4th edition text revised)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Benoit, D., Zeanah, C. H., Parker, K. C. H., Nicholson, E., & Coolbear, J. (1997). Working Model of the Child Interview: Infant clinical status related to maternal perceptions. *Infant Mental Health Journal*, 18 (1), 107-121.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger*. Harmondsworth: Penguin.
- Brewin, Ch.R. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* London: Yale University Press
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for Posttraumatic Stress Disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 748-766.
- Berwin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 339-276.
- Catlin, G. & Epstein, S. (1992). Unforgettable experiences: The relation of life events to basic beliefs about self and world. *Social cognition*, 10 (2), 189-209.
- Daud, A., Klinteberg, B, & Rydelius, P.A. (2008). Resilience and vulnerability among refugee children of traumatized and non-traumatized parents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2, 7.
- Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1988). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 561-574.
- Folkan, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analyse of coping in a middle-age community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21, 219-239.
- Gerritsen, A.M., Bramsen, I., Deville, D., Willigen, van L.H.M., Hovers, J.E., & Ploeg, H.M. van der. (2005). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 41, 18-26.
- Hayes, J., Wakefield, B., Andersen, E.M., Scherrer, J., Traylor, L., Wiegmann, P., Demark, T., & DeSouza, C. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 47 (9), 825-840.
- Hoof, van. E., Emmery, P., & Sleurs, I. (2007). Ouderparticipatie bij infant-diagnostiek in een (semi) residentiële setting, 32-43.

- Kleber, R.J. (1996). Het begrip posttraumatische stress-stoornis in cross-cultureel perspectief. Mogelijkheden, beperkingen en bedenkingen. *Medische Antropologie* 8 (1), 27-43.
- Kleijn, W.C., Hovens, J. E., & Rodenburg, J. J. (2001). Posttraumatic stress symptoms in refugees: Assessment with the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins Symptom languages, *Psychological Reports*, 88, 527-532.
- Laban, C.J., Gernaat, H.B.P.E, Komproe, I.H., Schreuders, G.A., De Jong, J.T.V.M. (2005). Invloed van de duur van de asielpprocedure op deprevalentie van psychiatrische stoornissen bij Irakese asielzoekers in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 743-752.
- Lepore, S.J., Solver, R.C., Wortman, C.B., & Wayment. H.A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70.
- Lum, J.J., & Phares, V. (2004). Assesing the Emotional Availability of Parents. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 27 (3).
- Mollica, R.F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., D., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and Posttraumatic Stress Disorder in Indochinese Refugees. *Journal Nervous Mental Diseases*, 190, 111-116.
- Neuner, F., Schauer, M., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert, C., & Elbert, T. (2004). Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. *BioMed Central Psychiatry*, 4, 1-7.
- Nugent, N.R., MA, Ostrowski, S., MA, Christopher, C., MD, and Delahanty, D.L., PhD. (2007). Parental posttraumatic stress symptoms as a moderator of child's acute biological response and subsequent posttraumatic stress symptoms in pediatric injury patients. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (3). 309-318.
- Olf, M. De posttraumatische Stressstoornis en Onbegrepen lichamelijke klachten. Verkregen op 18 december 2010 via, [http://www.empty-memories.nl/science/PTSS\\_Olf.pdf](http://www.empty-memories.nl/science/PTSS_Olf.pdf).
- Park.C.L., & Ai.A.L., (2006). Meaning making and growth: New direction for research on survivors of trauma. *Journal of Loss and Trauma*. 11:389-407.
- Park.C.L., & Blumberg.C.J., (2002). Disclosing Trauma Through Writing: Testing the Meaning-Making Hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 26, No 5, 597-616.
- Pynoos, R.S., Steinberg, A.M & Wraith, R. (1995). Adevelopmental model of childhood traumatic stress. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology. Theory and methods vol. 2* (pp 72-96). New York: John Wiley.
- Renner, W., Salem, I., & Ottomeyer, K. 2006. Cross-cultural validation of measures of traumatic symptoms in groups of asylum seekers from Chichniya, Afghanistan, and West Africa. *Social behavior and personality*, 34 (9), 1101-1114.
- Rohlof, H. (2001). Groepstherapie met getraumatiseerde vluchtelingen.
- Ruscio, A.M., Weathers, F.W., King, L.A. & King, D.A. (2002). Male Waar-Zone Veterans perceived Relationships with their Childeren: The Importance of Emotional Numbing. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 351-357.

Ruscio, A.M., Weathers, F.W., King, L.A. & King, D.A. (2002). Male War-Zone Veterans perceived relationships with their children: The importance of emotional numbing. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 351-357.

Scheeringa, M.S. & Zeanah, C.H. (2001). A relational Perspective on PTSD in Early Childhood. *Journal of Traumatic Stress, 14* (4).

Stichting Centrum '45 (2010). Persoonlijke verhalen. Verkregen op 20 februari 2011, van [http://www.centrum45.nl/assets/Image/CONT/G/getroffen\\_ouders\\_getroffen\\_kinderen\\_nog.pdf](http://www.centrum45.nl/assets/Image/CONT/G/getroffen_ouders_getroffen_kinderen_nog.pdf).

Laak, J.J.F. ter., & Goede, M.P.M. de. (2003). *Psychologische diagnostiek*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M., Bower, J.E., & Gruenewald, T.L. (2000). Psychological resources, positive illusions and health. *American Psychologist, 55*, 99-109.

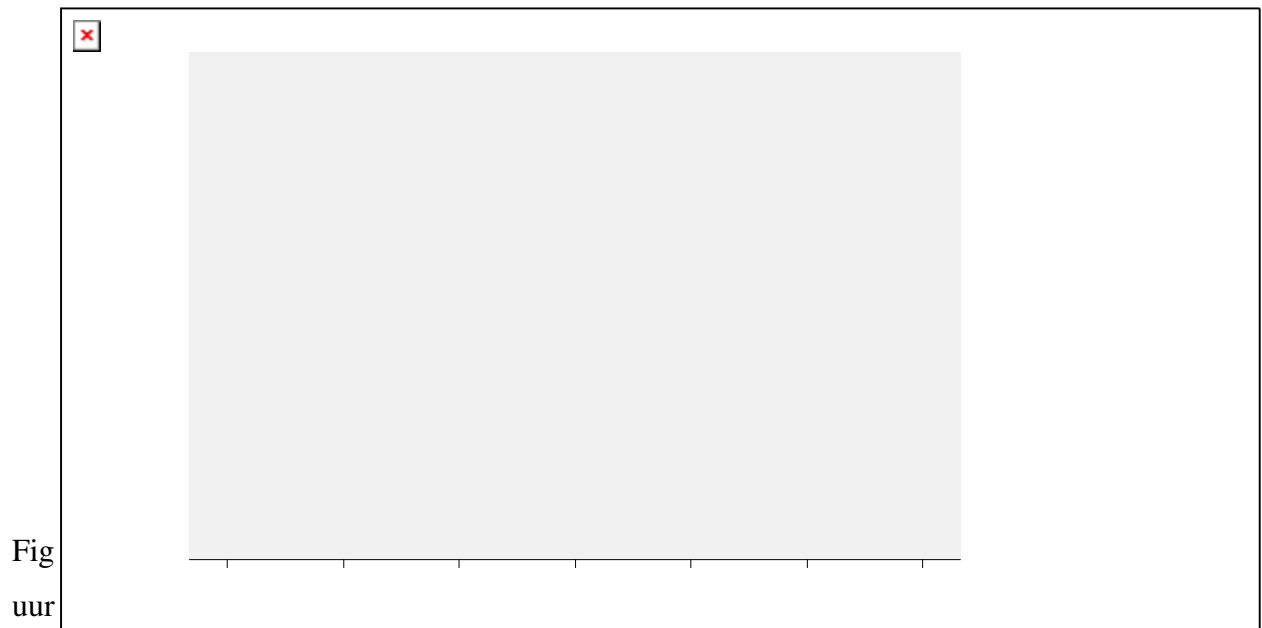
Tedeschi, R.C. (1999). Violence Transformed: Posttraumatic Growth in Survivors and their Societies. *Aggression and Violent Behaviour, 4* (3), 319-341.

Tedeschi, R.G. & L.G. Calhoun (1995). *Trauma & transformation. Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks: Sage Publications.

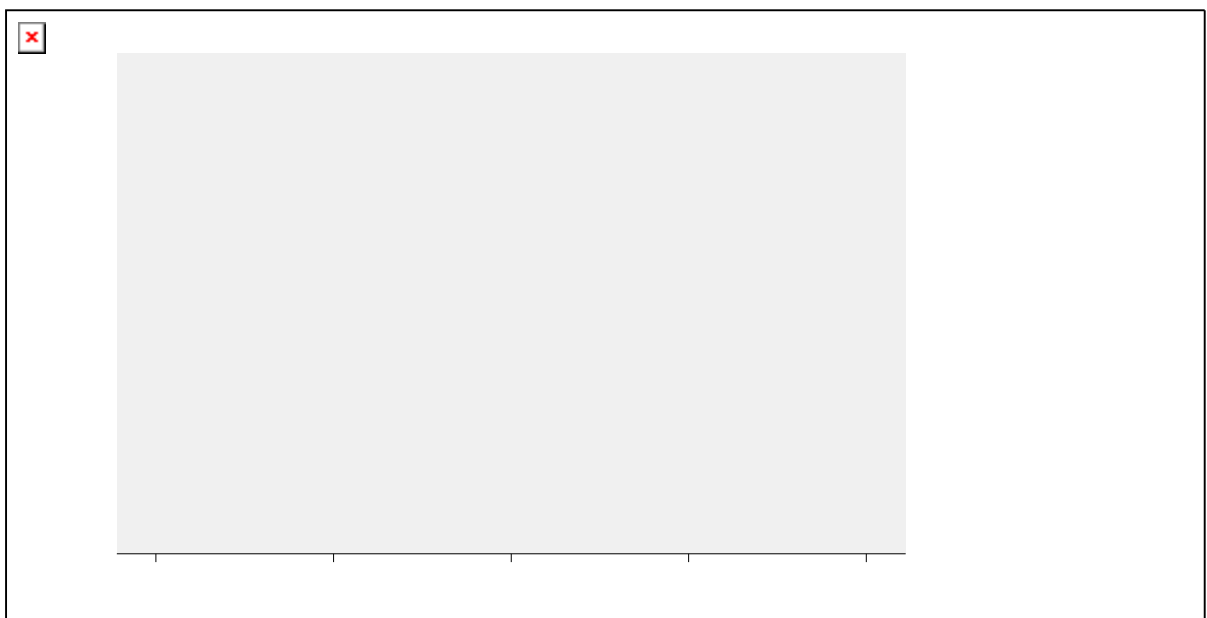
Thulesius, H. & Hakansson, A. (1999). Screening for Posttraumatic Stress Disorder symptoms among Bosnian refugees. *Journal of Traumatic Stress, 12*,(1).

## Bijlagen

### Bijlage 1

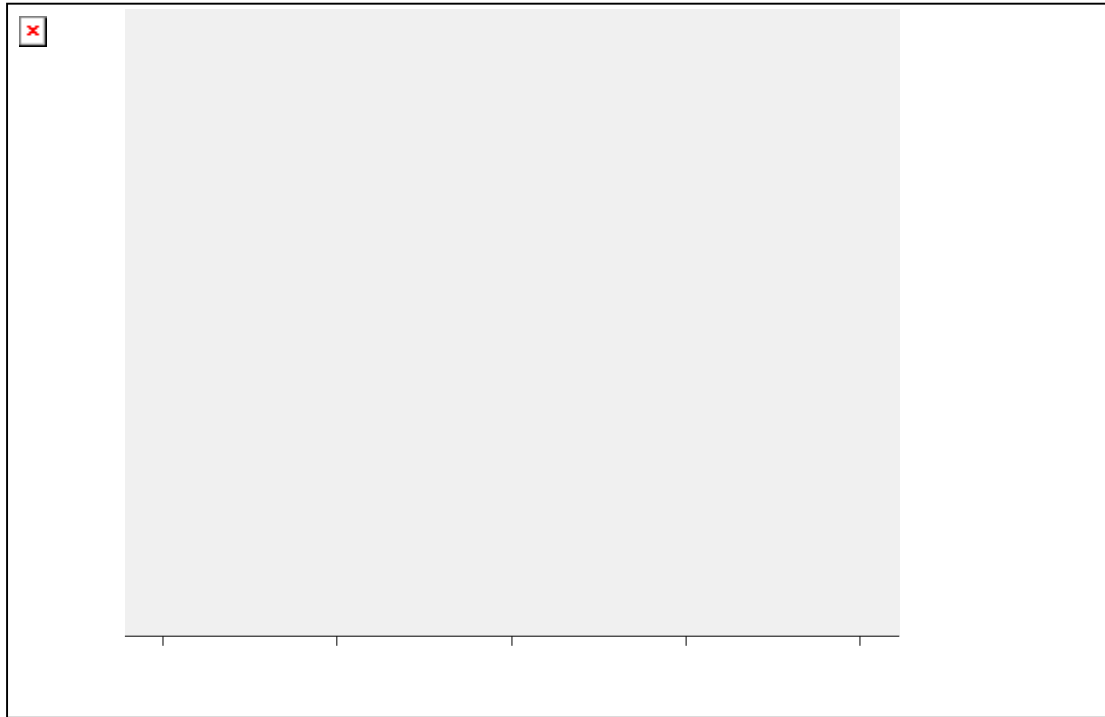


1: frequentieverdeling van de totale HTQ symptomen (1-30)



Figuur 2: frequentieverdeling van DSM-IV symptomen op de HTQ (1-16)

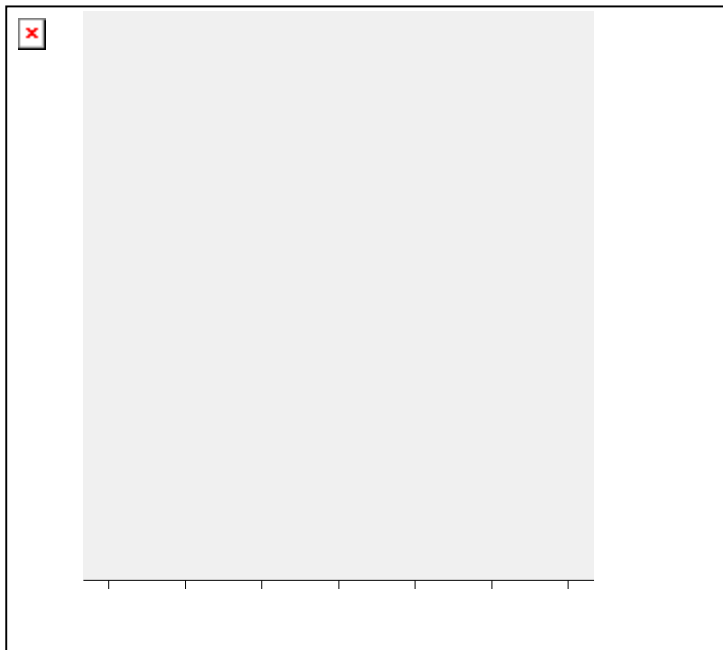
## Bijlage 2



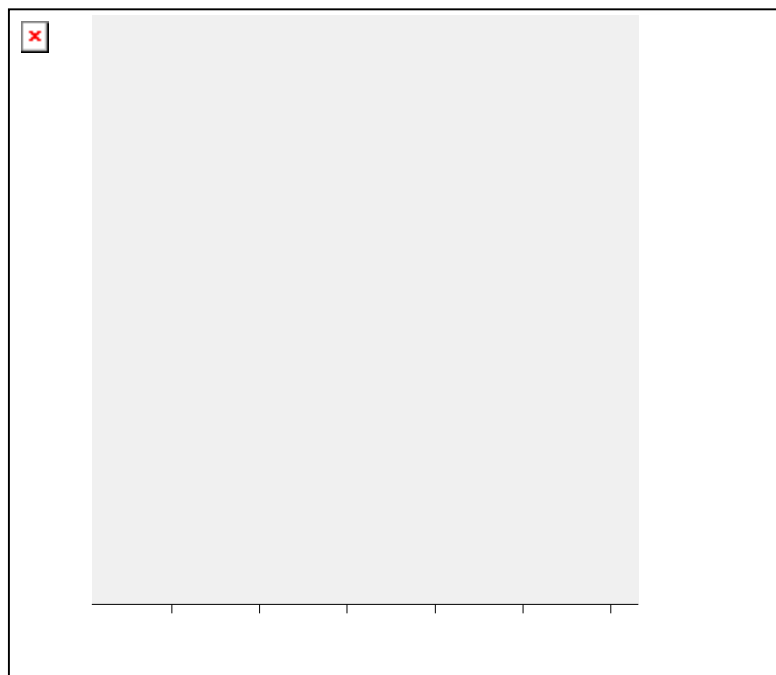
Figuur 3: spreiding op de negatieve beoordeling van de relatie met het kind



### Bijlage 3

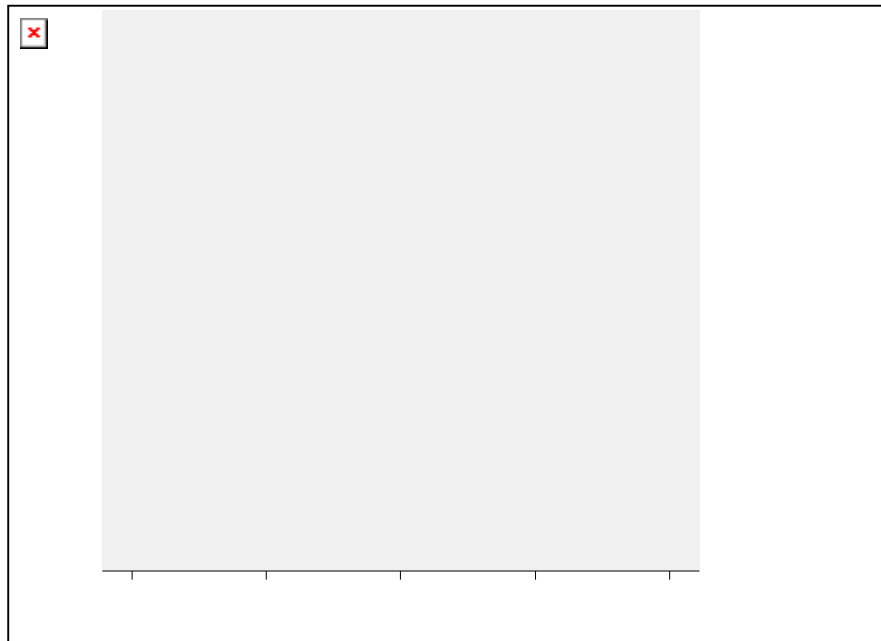


Figuur 4: spreiding op de hoeveelheid van de negatieve betekenisgeving die wordt toegekend aan de persoonlijkheid van het kind.



Figuur 5: spreiding op de relativiteit van de negatieve betekenisgeving die wordt toegekend aan de persoonlijkheid van het kind

## Bijlage 4



Figuur 6: spreiding positieve wensuitspraak op de toekomst van het kind

Tabel 9: *resultaten van de drie meest voorkomende wensen en angsten voor de toekomst van het kind.*

	Frequentie	percentage (%)
<b>Wensen</b>		
Opleiding/werk	28	36,8
Persoonlijke ontwikkeling	8	10,5
Goed terecht komt/op het goede pad blijft	8	10,5
<b>Angsten</b>		
Niet goed terecht komt	11	14,5
Oorlog en vluchtgerelateerde situaties	11	14,5
criminaliteit	5	6,6

## Bijlage 5

Figuur 6: spreiding van de naamgeving die gerelateerd is aan een traumatische gebeurtenis

