



*Het rouwende kind:  
Internaliserend en externaliserend  
probleemgedrag na de dood van een ouder*

*Claire E. S. Lambrichts*

*ANR: 692771*

*Universiteit van Tilburg*

*Departement Kinder- en Jeugdpsychologie*

*Begeleider: Mevr. M. Braeken Msc.*

*Datum: 8 juni 2009*

## 1. Samenvatting

Wanneer een kind een ouder verliest, wordt het geconfronteerd met zeer ingrijpende ervaringen en wordt het voor een taak gesteld die voor de ontwikkeling normatief te vroeg ligt. Het is dus ook heel begrijpelijk dat er problemen kunnen optreden tijdens de rouwperiode. Dit literatuuronderzoek zal dan ook gaan over de gevolgen van het overlijden van een ouder op internaliserend en externaliserend probleemgedrag bij kinderen in de leeftijd tot 18 jaar. Verder wordt er nog kort gekeken of bepaalde kenmerken van het overlijden een rol spelen bij het ontstaan van probleemgedrag. Ten aanzien van internaliserend probleemgedrag hebben rouwende kinderen meer kans op het ontwikkelen van specifieke angsten, maar niet op angststoornissen. Angstgevoelens komen het meest voor bij jongere meisjes. Rouwende adolescenten hebben geen hogere angstniveaus dan hun niet-rouwende leeftijdsgenoten. Over depressieve gevoelens bij rouwende kinderen zijn tegenstrijdige resultaten gevonden, maar geslacht is gevonden als significante predictor van depressie, waarbij jongens minder last hebben van depressieve gevoelens dan meisjes. Hoofdpijn is het meest voorkomende somatisatiesymptoom bij rouwende kinderen, daarnaast hebben kinderen van alle leeftijden slaapproblemen. Enuresis komt met name voor bij kinderen van 2 tot 6 jaar en encopresis komt op alle leeftijden tot het 10<sup>e</sup> jaar voor. Ten aanzien van externaliserend probleemgedrag kan worden gesteld dat voornamelijk peuter- en kleuterjongens last hebben van woede-uitbarstingen. Agressie komt voornamelijk voor in gezinnen waarvan de overgebleven ouder na het overlijden minder goed functioneert en bij kinderen waarvan de vader is overleden. De agressie is het meest gericht op God of de overleden ouder.

*Keywords: parental death; mourning process; depression; anxiety; somatization; aggression*

## **2. Inhoudsopgave**

<b>1. Samenvatting</b>	<b>2</b>
<b>2. Inhoudsopgave</b>	<b>3</b>
<b>3. Inleiding</b>	<b>4</b>
<b>4. Methode</b>	<b>9</b>
<b>5. Resultaten</b>	<b>11</b>
§ 5.1. Effect van de dood van een ouder op internaliserend probleemgedrag van kinderen	11
§ 5.1.1. Angst	11
§ 5.1.2. Depressie	13
§ 5.1.3. Somatische klachten	15
§ 5.2. Effect van de dood van een ouder op externaliserend probleemgedrag van kinderen	18
§ 5.2.1. Woede en agressief gedrag	18
<b>6. Discussie</b>	<b>20</b>
§ 6.1. Wat is de invloed van de dood van een ouder op internaliserend en externaliserend probleemgedrag bij een kind in de leeftijd van achttien jaar en jonger?	20
§ 6.2. Spelen kenmerken van het overlijden een rol bij het ontstaan van probleemgedrag?	23
§ 6.3. Aanbevelingen	23
<b>7. Literatuurlijst</b>	<b>26</b>

### 3. Inleiding

#### *Bedankt mam, voor alles*

*Vaak denk ik terug zoals het vroeger was  
het eten stond op tafel, en jij deed mijn was  
zorgen hoefde ik mij nooit te maken  
want jij regelde al mijn zaken  
pas nu waardeer ik alles wat jij voor mij hebt gedaan  
het gevoel van geborgenheid, een zorgeloos bestaan  
bedankt voor alles wat jij mij hebt gegeven  
juist dat heeft mij sterk gemaakt in mijn eigen leven.*

(“Bedankt mam, voor alles”, 12 maart, 2009)

Dit gedicht geeft goed aan hoe belangrijk onze ouders voor ons zijn. Vooral als kind heb je je ouders echt nodig. Ze geven je onvoorwaardelijke liefde en zijn die eeuwige rots in de branding. Ze zijn diegenen die je een stabiele leefomgeving bieden waarin je zorgeloos kunt opgroeien. Het overlijden van een of beide ouders is dan ook één van de meest fundamentele verliezen dat een kind kan overkomen (Worden, 1996).

De dood is van alle tijden, maar tegenwoordig wordt er steeds meer aandacht aan besteed. Allereerst speelt de ziekte kanker hier een grote rol in, maar helaas zijn er ook steeds vaker berichten in de media van gewelddadige misdrijven waarbij ouders en soms ook kinderen om het leven zijn gebracht. Daarnaast spelen zich in oorlogsgebieden als Afghanistan en Irak natuurlijk ook nog steeds verschrikkelijke drama's af. Hierdoor hebben al veel kinderen hun ouders verloren. In de Afrikaanse landen is de ziekte AIDS weer een belangrijke oorzaak van het grote aantal weeskinderen. Overal op de wereld verliezen kinderen dus, om wat voor reden dan ook, hun ouders. Dit heeft een grote impact op het kind zelf en zijn of haar functioneren. Het is daarom heel belangrijk om het kind goed te begeleiden tijdens de rouwverwerking, zodat het niet wordt belemmerd in zijn of haar ontwikkeling.

Er is echter nog wel discussie over het feit of kinderen op jonge leeftijd al in staat zijn te rouwen. Aan de ene kant wordt geloofd dat de capaciteit om te rouwen niet wordt verworven tot aan de adolescentie, wanneer een persoon volledig gedifferentieerd is (Wolfenstein, 1966 in

Worden, 1996). Aan de andere kant meent Bowlby (Bowlby, 1980 in Worden, 1996) dat kinderen al op een leeftijd van zes maanden gevoelens van verdriet ervaren lijkend op die van volwassenen. De middenpositie wordt vertegenwoordigd door Furman (Furman, 1964 in Worden 1996), die zegt dat kinderen de capaciteit tot rouwen verwerven wanneer ze 3,5 tot 4 jaar zijn. De meeste wetenschappers vinden dat een kind enerzijds duidelijke mentale representaties van belangrijke hechtingsfiguren, zoals de ouders, moet hebben en anderzijds object consistentie. De meerderheid van de kinderen ontwikkelt deze capaciteiten rond het derde of vierde levensjaar en is dan dus in staat om te rouwen (Worden, 1996). Een studie van Nagy (Nagy, 1948 in Willis, 2002) schetst drie aparte stadia waarin een kind zich kan bevinden ten aanzien van het begrijpen van het proces van de dood. In het eerste stadium (3 tot 5 jaar) ziet het kind de dood als het tijdelijke vertrek van een persoon. De persoon is alleen ‘verplaatst’ en leeft ergens anders. In het tweede stadium (5 tot 9 jaar) wordt de dood gezien als iets persoonlijks, dat soms ook volledig ontweken kan worden. In het derde en laatste stadium (9 tot 10 jaar) ziet het kind de dood als iets dat permanent en onvermijdelijk is en bij alle levende dingen voorkomt.

Er bestaat echter wel een verschil tussen het rouwen van volwassenen en dat van kinderen. In grote lijnen verloopt dit proces hetzelfde, maar er zijn ook aanwijsbare verschillen. Er zijn vier gebieden waarop de verschillen zich manifesteren: de ontwikkelingsfase, het denken, het voelen en het gedrag (Fiddelaers-Jaspers, 1999).

1. *De ontwikkelingsfase*: een volwassene is al een afgerond ‘product’, in tegenstelling tot een kind dat zich nog volledig aan het ontwikkelen is. Wanneer een ouder overlijdt, kan een volwassene een ‘pauze’ nemen om dat verlies te verwerken, maar voor een kind is dit veel lastiger, omdat die juist middenin een psychologisch en emotioneel ontwikkelingsproces zit. Die verliesverwerking en ontwikkeling moeten dus tegelijkertijd plaatsvinden en dat kan er voor zorgen dat een van deze processen in de knel komt.
2. *Het denken*: kinderen moeten begrijpen wat dood is om te kunnen rouwen. Ze zien de dingen vaak concreet, pakken uitspraken vaak letterlijk op en kennen maar één werkelijkheid die ze overnemen van belangrijke volwassenen om hen heen. Kinderen ontwikkelen het vermogen om een andere realiteit er naast te zetten pas in de puberteit.

3. *Het voelen*: kinderen en volwassenen hebben dezelfde mogelijkheden om te voelen, maar kinderen zijn vaak minder goed in staat om hun gevoelens op dezelfde manier te uiten en te beschrijven. Ze moeten bijvoorbeeld nog leren dat boosheid na verloop van tijd over gaat en dat je ongelukkig voelen niet voor altijd is. Zij worden eerder angstig van al die gevoelens en begrijpen niet wat er met hen gebeurt. De intensiteit van de gevoelens is voor hen ongekend, ze durven niet alles te laten zien en hebben natuurlijk nog niet de levenservaring van volwassenen om te weten dat pijn op een gegeven moment ook weer minder wordt. Volwassenen zijn beter aangepast en kunnen het uiten van gevoelens vaak beter in de hand houden dan kinderen.
4. *Het gedrag*: rouw treedt bij kinderen vaak naar buiten in de vorm van gedragingen. Een aantal verschijnselen is via onderzoek bij kinderen waargenomen: angst, depressie, gedrags- en slaapstoornissen, eet- en zindelijkheidsproblemen, overmatig huilen, scheidingsangst, grote teruggetrokkenheid en allerlei lichamelijke symptomen. Dit zijn allemaal uitingen van normaal verdriet, maar worden maar al te vaak niet als symptomen van verdriet en rouw herkend. Als kinderen en jongeren een gevoel van veiligheid missen, stellen ze het rouwproces vaak uit. Dit is bij veel kinderen terug te zien. Wanneer de omgeving, met name de overgebleven ouder, weer enigszins in staat is om te ondersteunen, zal het kind zich pas durven te uiten. Dit gebeurt dan ook sneller via gedragsreacties en niet door te huilen of op een andere manier verdriet te tonen. Aan de ene kant zijn er kinderen die explosieve emoties omzetten in onaangepast gedrag. Vaak zien volwassenen dit dan als lastig gedrag en vergeten de link te leggen met het verlies. Aan de andere kant zijn er kinderen die zich juist zeer aangepast gaan gedragen en hun gevoelens aan de binnenkant laten. Deze kinderen zijn vaak het moeilijkst om te troosten en te steunen.

Volgens Worden (1996) bestaat het rouwproces van een kind uit vier rouwtaken. Het kind moet worstelen met de taken en tot op zekere hoogte een oplossing voor ze vinden. De vier taken hoeven niet per se in een bepaalde volgorde te worden volbracht en kunnen altijd weer opnieuw bekeken en behandeld worden. Met name de tweede taak is relevant voor het begrip van deze bachelorthesis.

De eerste taak is het besef van het feit dat iemand echt dood is. Zowel bij kinderen als bij volwassenen zal er ongeloof bestaan over het overlijden van de ouder, maar volwassenen kunnen zich dit verlies na verloop van tijd realiseren en daardoor accepteren. Kinderen kunnen dit definitieve verlies pas accepteren als ze begrippen als eindigheid en onomkeerbaarheid verstaan. Volgens Piaget (Piaget, 1954 in Worden, 1996) ontstaat dit begrip pas wanneer het kind in staat is om operationeel te denken.

De tweede taak gaat over het ervaren van pijn en emotionele aspecten van het verlies. Gevoelens als droefheid, woede, schuld, angst en andere gevoelens gerelateerd aan een verlies worden hetzelfde ervaren door volwassenen en kinderen. Het vermogen van een kind om de pijn van het verlies te ervaren wordt beïnvloed door de manier waarop een naaste volwassene dit verdriet ervaart en toont. Deze taak moeten kinderen geleidelijk volbrengen op een manier die past bij hun copingcapaciteiten. Het is belangrijk voor het kind om de verschillende gevoelens rondom het verlies te ervaren, omdat deze affecten zich anders mogelijkwijs gaan manifesteren in somatische of afwijkende gedragspatronen (Worden, 1996). Het kind kan zowel internaliserend als externaliserend probleemgedrag gaan vertonen, waarbij te denken valt aan onder meer depressie, somatisatie en agressief gedrag.

Bij de derde taak gaat het erom dat het kind leert te leven zonder dat de overleden ouder lijfelijk aanwezig is. Deze aanpassing wordt in grote mate bepaald door de rollen en relaties die de overleden ouder in het leven van het kind heeft gespeeld (Worden, 1996).

Tot slot bestaat de vierde taak uit het emotioneel een plek geven van de overleden ouder en manieren vinden om de persoon te herinneren. Het is belangrijk het kind te helpen om de relatie met de overleden ouder te transformeren en in een nieuw perspectief te plaatsen, dan het kind volledig van de overleden ouder te scheiden (Worden, 1996).

Er is geen rouwpatroon dat goed te herkennen is bij kinderen, maar er is wel bepaald gedrag dat bij veel kinderen is terug te zien. Uitgesteld rouwgedrag, wisselend gedrag, regressief gedrag, aangepast gedrag, explosieve emoties, concentratieproblemen et cetera. Dit gedrag en deze symptomen zijn normaal voor rouwende kinderen, maar het is belangrijk om contact op te nemen met een deskundige wanneer veel symptomen tegelijkertijd bestaan en lang aanhouden (Fiddelaers-Jaspers, 1999).

Uit het voorgaande blijkt dat wanneer een kind een ouder verliest het wordt geconfronteerd met zeer ingrijpende ervaringen en voor een taak wordt gesteld die voor de ontwikkeling normatief te vroeg ligt. Het is dus ook heel begrijpelijk dat er problemen kunnen optreden tijdens de rouwperiode. Onderzoek wijst over het algemeen uit dat kinderen die een ouder verliezen meer psychologische problemen ervaren dan kinderen waarvan beide ouders nog leven (Kranzler et al., 1990 in Thompson et al., 1998). Kranzler, Shaffer, Wasserman en Davies vonden dat kinderen waarvan één ouder overleden was significant depressiever en angstiger zijn en meer verstoring gedrag vertonen dan kinderen met twee levende ouders (1989, in Thompson et al., 1998). Depressie en angst vallen onder de noemer internaliserend probleemgedrag. Internaliserende problemen hebben als kenmerk dat ze uit stoornissen in stemming en gedrag bestaan die 'naar binnen gericht' zijn. Externaliserend probleemgedrag daarentegen wordt gekenmerkt door gestoord gedrag dat naar buiten is gericht, zoals agressie (Junger en Meeus, 2003).

Het literatuuronderzoek in deze bachelorthesis zal dan ook gaan over de gevolgen van het overlijden van een ouder op internaliserend en externaliserend probleemgedrag van een kind. De vraagstelling luidt als volgt: wat is de invloed van de dood van een ouder op internaliserend en externaliserend probleemgedrag bij een kind in de leeftijd van achttien jaar en jonger? In het eerste hoofdstuk zal worden ingegaan op het effect van de dood van een ouder op internaliserend probleemgedrag met als deelparagrafen angst, depressie en somatische klachten. Het tweede hoofdstuk zal gaan over het effect hiervan op externaliserend probleemgedrag, waarbij de deelparagraaf zal gaan over woede en agressief gedrag.



## 4. Methode

Relevante en bruikbare informatie voor dit literatuuronderzoek werd op verschillende manieren verzameld.

Als eerste stap werd er naar wetenschappelijke artikelen gezocht via de website van de Universiteit van Tilburg. Hierbij werden de volgende databases geraadpleegd: Online Contents Tijdschriftartikelen UvT, Online Contents Landelijk, Tijdschriftencatalogus UvT, PsychINFO, PubMed, Web of Science en Medline. In eerste instantie werd gezocht naar algemene informatie over rouwverwerking. De volgende zoektermen werden hierbij in verschillende combinaties gebruikt: *death AND mourning*, *death AND mourning process*, *death AND bereavement*, *mourning process AND grief*, *bereavement AND mourning*, *dood AND rouwverwerking*, *dood AND rouw en dood AND verlies*. Om de informatie meer te specificeren naar rouwverwerking bij kinderen werden daar later de zoektermen *child*, *children*, *kind* en *kinderen* aan toegevoegd. Hierna werd er intensiever gezocht naar relevante artikelen met betrekking tot het gekozen onderwerp. Zoektermen als *death*, *parental death*, *paternal loss*, *maternal loss*, *paternal death* en *maternal death* werden hierbij gecombineerd met de zoektermen *depression*, *anxiety*, *externalizing problems*, *internalizing problems*, *somatization*, *agression*, *angst*, *depressie*, *internaliserend gedrag* en *externaliserend gedrag*, *somatisatie*, *agressie*.

Verder zijn er, met behulp van enkele van de bovenstaande zoektermen, verscheidene boeken gevonden in de bibliotheek van de Universiteit van Tilburg. Daarnaast is nog gezocht op de wetenschappelijke zoekpagina van Google, Google Scholar. Het gedicht uit de inleiding werd gevonden via Google met de zoektermen *gedicht* en *overlijden ouder*. Tot slot werden de literatuurlijsten van eerder gevonden artikelen gebruikt om verdere relevante literatuur te zoeken.

De gevonden artikelen werden vervolgens aan een grondige analyse onderworpen. Hierbij werd eerst de titel bekeken om te beoordelen of het artikel relevant was voor dit onderzoek. Mocht het artikel op het eerste zicht relevant lijken, dan werd de samenvatting gelezen. Tot slot werd nog gekeken of de artikelen rouwverwerking bij kinderen onderzochten. Hierbij moest ook sprake zijn van het overlijden van één of beide ouders. Later in het zoekproces werden artikelen ook geacht te gaan over internaliserend en externaliserend probleemgedrag bij kinderen, na de dood van een ouder.

In de database van PsychINFO werden veel relevante, maar weinig toegankelijke artikelen gevonden. De meeste toegankelijke artikelen werden gevonden in de database Web of Science, waar vaak ook een link naar de site van de Universiteit van Tilburg stond. Via deze link waren de artikelen dan vaak toegankelijk op externe sites. In de catalogi van de Universiteit van Tilburg werden voornamelijk relevante boeken gevonden.

Voor het uitvoeren van deze thesis zijn ter oriëntatie vier boeken en 54 artikelen gelezen. Uiteindelijk werden vier boeken en twintig artikelen voldoende geschikt en relevant gevonden en meegenomen in het onderzoek naar rouwverwerking bij kinderen.

## 5. Resultaten

### § 5.1. Effect van de dood van een ouder op internaliserend probleemgedrag van kinderen

#### § 5.1.1. Angst

##### *Ernst van de angst*

Een erg logische reactie van een kind na het verliezen van een ouder is het hebben van angst. Er zijn twee specifieke typen angst die het meeste voorkomen (Dowdney, 2000). In de eerste plaats zal een kind erg bang zijn nog een geliefd persoon te verliezen, in het bijzonder de overgebleven ouder. Verder kunnen er angstgevoelens ontstaan ten aanzien van zijn of haar eigen veiligheid. Kinderen vragen zich vaak af wat er nu met hen zal gaan gebeuren. Deze angsten ontstaan echter niet meteen na het overlijden van de ouder, maar openbaren zich vaak pas na een jaar of langer (Worden, 1996). In zijn Child Bereavement Study vond Worden (1996) dat vier maanden na het overlijden van de ouder 44% van de kinderen angsten had ten aanzien van de veiligheid van de overgebleven ouder. Na een jaar lag dit percentage op 62%, maar in het tweede jaar had nog maar de helft van de kinderen deze angst. Verder stegen in het eerste jaar ook de angstgevoelens voor de eigen veiligheid. Volgens Kaffman en Elizur (1983) hebben kinderen voornamelijk last van nachtangsten en separatieangsten. Kinderen ervaren al deze angstsymptomen met name wanneer de ouder een natuurlijke dood is gestorven. Melhem, Walker, Grace Moritz en Brent (2008) concluderen dit in een onderzoek waarbij zij kinderen waarvan de ouder een natuurlijke dood is gestorven vergeleken met kinderen waarvan de ouder zelfmoord had gepleegd of door een ongeluk om het leven was gekomen. Ook kinderen die zich minder goed over zichzelf voelen en weinig steun van leeftijdsgenoten ontvangen, zijn angstiger. Ditzelfde geldt ook voor kinderen met meer sociale problemen en minder gevoel van controle over hun omgeving (Worden, 1996).

Wat betreft angststoornissen concluderen Rotheram-Borus, Weiss, Alber en Lester (2005) in hun onderzoek bij AIDS-wezen dat er geen sprake is van een gegeneraliseerde angststoornis, noch een obsessieve-compulsieve stoornis, noch een fobische angststoornis. Ook volgens Dowdney (2000) is er weinig bewijs voor het ontstaan van een gegeneraliseerde angststoornis bij kinderen. Tweed, Schoenbach, George en Blazer (1989) concluderen in hun onderzoek echter wel dat kinderen waarvan de moeder is overleden 6,9 keer zoveel kans hebben op agorafobie met

paniekaanvallen. Zij vergeleken rouwende kinderen met kinderen waarbij de ouders gescheiden zijn.

### *Angst op verschillende leeftijden*

Jongere kinderen ondervinden in de 18 maanden na de dood van een ouder meer angst dan oudere kinderen. Dit concluderen Raveis, Siegel en Karus (1999) in hun onderzoek met 83 families met schoolgaande kinderen. Ook Kaffman en Elizur (1983) concluderen dat jongere kinderen de meeste angstgevoelens ervaren. Zij vergeleken rouwreacties van Kibbutzkinderen met die van stadskinderen en deze laatste groep scoorde significant hoger op niveaus van angst. Daarbij kan wel worden geconcludeerd dat het niveau van angst significant zal afnemen wanneer het kind een betere communicatie met de overgebleven ouder ervaart (Raveis et al., 1999). Ook Sanchez, Fristad, Weller, Weller en Move (1994) onderzochten kinderen in dezelfde leeftijdscategorie. In tegenstelling tot de voorgaande onderzoeken concluderen zij echter dat rouwende kinderen vergeleken met niet-rouwende kinderen niet meer symptomen van angst rapporteren. Zij hebben zelfs minder angstsymptomen dan depressieve kinderen. Rouwende kinderen die toch hogere niveaus van angst rapporteerden hadden daarbij vaak ook een depressieve stoornis. Hetzelfde werd geconcludeerd voor adolescenten door Rotheram-Borus, Weiss, Alber en Lester (2005). Zij onderzochten 414 adolescenten waarvan één van de ouders aan AIDS was overleden en vonden geen enkel verschil in verhoogde angstniveaus tussen rouwende en niet-rouwende adolescenten. Ook Cluver, Gardner en Operario (2007) vonden weinig verschil in angstniveaus tussen adolescente AIDS-wezen, andersoortige wezen en niet-wezen.

Ten aanzien van het heel jonge kind concludeerden Kranzler, Shaffer, Wasserman en Davies (1990) dat wanneer een kind in de leeftijd van 3 tot 6 jaar zijn of haar ouder verliest zich minder gelukkig en banger voelt dan een kind waarbij de beide ouders nog leven. Ook Kaffman en Elizur (1979) onderzochten kinderen jonger dan 6 jaar. Zij concluderen dat jonge kinderen met name last hebben van slaapproblemen en nachtangsten.

Kortom, er is weinig bewijs voor het ontstaan van een uitgebreide angststoornis bij rouwende kinderen (Dowdney, 2000; Rotheram-Borus et al., 2005), maar wel voor het ontstaan van specifieke angsten (Worden, 1996; Kaffman & Elizur, 1983; Melhem et al., 2008). Hierbij is gebleken dat kinderen in de basisschoolleeftijd (ongeveer 4 tot 12 jaar) significant meer angst

ervaren na de dood van een ouder dan adolescenten (Kranzler et al., 1990; Siegel et al., 1999; Worden, 1996). In vergelijking met depressieve kinderen zijn zij echter minder angstig (Sanchez et al., 1994).

### § 5.1.2. Depressie

Er is veel tegenstrijdig onderzoek gevonden wat betreft het ontstaan van depressieve klachten bij kinderen na het overlijden van een ouder. Ondanks dat het overlijden van een ouder een enorme impact kan hebben op het vertrouwde leven van een kind suggereren empirische data van een groot aantal Amerikaanse studies dat pathologische rouwreacties zelden voorkomen (Siegel, Karus, & Raveis, 1996).

#### *Ernst van de depressie*

In de afgelopen decennia hebben drie studies (zeer) ernstige depressie gerapporteerd bij kinderen die een ouder verloren hebben. Uit onderzoek van Cheifetz, Stavrakakis en Lester (1989, in Dowdney, 2000) blijkt dat 31% van de kinderen voldeed aan de DSM-III criteria van een ernstige depressie. Zij onderzochten psychiatrische stoornissen bij 16 kinderen 2 tot 3 jaar na het overlijden van de ouder. Alleen de kinderen van 12 jaar en ouder waren depressief als gekeken werd naar de scores op de Poznansky Children's Depression Rating Scale en DSM-III criteria. 69% van deze kinderen kreeg hierbij de diagnose van dysthymia. Weller, Weller, Fristad en Bowes (1991) onderzochten 38 kinderen 3 tot 12 weken na het overlijden van de andere ouder. Hieruit bleek dat 26% van de kinderen voldoet aan de DSM-III criteria voor een *Major Depressive Disorder* en 8% deze diagnose krijgt op basis van een interview met de overgebleven ouder. Wanneer deze twee methodes samen worden genomen classificeren de onderzoekers 37% van de kinderen als ernstig depressief en 60% als dysphorisch. Verder concluderen zij dat de moeder als overlevende ouder geassocieerd wordt met verhoogde depressieve symptomen bij de rouwende kinderen. Ook Kendler, Seth, Gardner en Prescott (2002) concluderen dat het overlijden van de moeder voor een verhoogd risico op het begin van een *Major Depressive Disorder* zorgt.

In tegenstelling tot Cheifetz et al. (1989) en Weller et al. (1991) vonden Van Eerdewegh, Bieri, Parrilla en Clayton (1982) weinig verschil tussen de twee groepen ten aanzien van zware en ernstige depressieve symptomen. Ook Gersten, Beals en Kallgren (1991, in Dowdney, 2000)

vonden weinig zware depressieve gevallen in hun studie. Zij onderzochten 92 rouwende kinderen in de periode van 3 tot 24 maanden na het overlijden van de ouder. Hierbij voldeed 9.8% van de rouwende kinderen aan de DSM-III criteria voor een depressieve stoornis, tegen 1.3% van de kinderen in de controlegroep.

Ten aanzien van symptomen van milde of licht depressieve symptomen concluderen Van Eerdewegh et al. (1982) in een uitgebreide prospectieve studie dat rouwende kinderen in de 13 maanden na het overlijden van de ouder significant meer symptomen van dysphoria en milde depressie vertonen, dan hun niet rouwende leeftijdsgenoten. In een follow-up studie naar aanleiding van hun onderzoek in 1982 concluderen Van Eerdewegh, Clayton en Van Eerdewegh (1985) dat ook na 13 maanden en langer rouwende kinderen significant meer lijden aan een milde depressie of dysphoria. Er werd weinig verschil gevonden ten aanzien van een zware depressie.

#### *Depressie op verschillende leeftijden*

De meeste studies naar depressie bij rouwende kinderen zijn uitgevoerd bij kinderen in de leeftijd van 6 tot 17 jaar. Silverman en Worden (1992) bekeken bij 125 zes- tot zeventienjarige kinderen wat de normatieve responses waren binnen 4 maanden na de dood van een ouder. Ouders werden gevraagd de Child Behaviour Checklist (CBCL) in te vullen en uit de scores hierop bleek dat jonge kinderen de hoogste totaalscore op de *broad-band schalen* van de CBCL hadden. Dit houdt in dat jonge kinderen voornamelijk internaliserend probleemgedrag, waaronder depressie, vertonen. Zij vonden echter ook dat de meeste kinderen in de lage tot normale *small-band schalen* scoorden, wat inhoudt dat kinderen an sich weinig serieuze gedragsproblemen vertonen na het overlijden van een ouder. Ook Siegel, Karus en Raveis (1996) onderzochten kinderen in dezelfde leeftijdscategorie. In hun studie werd onderzocht of niveaus van depressie en angst 7 tot 12 maanden na dood van een ouder aan kanker blijven bestaan. Zij concludeerden dat het gemiddelde depressie niveau van rouwende kinderen in de periode vóór het overlijden hoger ligt dan bij niet-rouwende kinderen, maar dat dit verschil na het overlijden nagenoeg wegvalt. In een later onderzoek van Raveis, Siegel en Karus (1999) werd hetzelfde geconcludeerd. Tot slot kan voor deze leeftijdscategorie nog worden geconcludeerd dat rouwende kinderen zeker meer aangedaan zijn dan niet-rouwende kinderen, maar dat zij significant minder depressieve gevoelens hebben dan depressieve kinderen. Een hogere sociaal-

economische status en minder depressieve gevoelens bij de overgebleven ouder zorgen hierbij voor minder depressieve gevoelens bij het rouwende kind (Cerel, Fristad, Verducci, Weller & Weller, 2006).

Wat betreft depressie bij adolescenten na de dood van een ouder kan geconcludeerd worden dat zij voornamelijk in het tweede half jaar na het overlijden van de ouder nieuwe problemen krijgen, met name depressieve gevoelens (Harris, 1991). Ditzelfde resultaat werd gevonden in een studie van Rotheram-Borus et al. (2005). Zij volgden 414 adolescenten over 6 jaar en onderzochten hen van 1 jaar voor tot 1 jaar na de dood. Geconcludeerd werd dat adolescenten in het jaar na de dood een stijging hadden van depressieve symptomen, met name een slecht humeur, anhedonie, hopeloosheid en suïcidale gedachten. Deze symptomen namen echter in het tweede jaar na het overlijden al bijna af tot het normale niveau.

Samengevat is er weinig bewijs voor het ontstaan van een zware depressie bij kinderen die een vader of moeder verloren hebben (Cheifetz et al., 1989 in Dowdney, 2000; Weller et al., 1991; Kendler et al., 2002). Ten aanzien van milde of lichte depressieve symptomen is er meer onderzoek gedaan. Zowel bij jongere kinderen als adolescenten zijn in het eerste jaar na de dood van de ouder mild danwel licht depressieve symptomen aanwezig (Van Eerdewegh et al., 1982; Gersten et al., 1991 in Dowdney, 2000; Van Eerdewegh et al., 1985; Silverman & Worden, 1992; Siegel et al., 1996; Raveis et al., 1999; Harris, 1991; Rotheram-Borus et al., 2005), al zijn deze wel minder dan bij klinisch depressieve kinderen (Cerel et al., 2006).

### § 5.1.3. Somatische klachten

Dat het overlijden van een ouder bij volwassenen gezondheidsklachten kan veroorzaken is vastgesteld. Naar gezondheidsklachten en somatisatie bij kinderen is pas de laatste decennia meer onderzoek verricht. Onderzoekers vonden somatisatie als een uiting van rouw, in het bijzonder het ervaren van hoofdpijn en buikpijn, een erg interessant studieonderwerp (Sood, 1992, in Worden 1996).

#### *Hoofdpijn*

In zijn uitgebreide Child Bereavement Study heeft Worden (1996) geconcludeerd dat in de eerste maanden na het overlijden een vijfde van de kinderen regelmatig hoofdpijnen ervaart.

In het eerste jaar na het overlijden vindt er geen reductie van somatisatie plaats. De hoogste niveaus van somatisatie komen voor in families waarbij er veel verstoringen zijn opgetreden na het overlijden van de ouder. In het tweede rouwjaar hield 17% van de kinderen nog last van hoofdpijnen. Deze hoofdpijnen komen meer voor bij meisjes dan bij jongens, maar ook wanneer het kind een goede relatie met de overleden ouder rapporteert en een goede relatie houdt met de overgebleven ouder (Worden, 1996). Ook Van Eerdewegh, Bieri, Parrilla en Clayton (1982) concludeerden ten aanzien van hoofdpijn bij rouwende kinderen dat er in het eerste jaar geen reductie plaatsvindt, het neemt zelfs significant toe in de eerste 13 maanden na het overlijden, met een lichte stijging in het tweede half jaar. In deze studie werd gekeken naar de reacties van rouwende kinderen 1 maand en 13 maanden na het overlijden van de ouder. Er wordt hier echter geen onderscheid gemaakt ten aanzien van de leeftijd van het kind. In een vervolgstudie van Van Eerdewegh, Clayton en Van Eerdewegh (1985) wordt wel onderscheid gemaakt tussen jongere en oudere kinderen. Zij concludeerden in dit onderzoek dat met name kinderen ouder dan 13 jaar, voornamelijk meisjes, last hebben van frequente hoofdpijn. In een studie van Silverman en Worden (1992) wordt net als in de voorgaande onderzoeken geconcludeerd dat hoofdpijn significant vaker voorkomt bij rouwende kinderen. Hier heeft 74% van de kinderen last van hoofdpijnen. Zij concluderen dat dit, samen met slaapproblemen, de meest voorkomende somatisatieproblemen zijn.

### *Slaapproblemen*

Ten aanzien van slaapproblemen kan worden geconcludeerd dat zowel na 1 maand als na 13 maanden rouwende kinderen veel last hebben van slaapproblemen (Van Eerdewegh et al., 1982). Zij concluderen dat kinderen van alle leeftijden last hebben van slaapproblemen. Maar voornamelijk vrouwelijke adolescenten rapporteren significant de meeste slaapproblemen (Van Eerdewegh et al., 1985). Uit onderzoek van Kaffman en Elizur (1979) kwam echter naar voren dat met name kinderen in de leeftijd van 2 tot 6 jaar het meeste slaapproblemen ervaren. Ook Kaffman en Elizur (1983) onderzochten slaapproblemen bij rouwende kinderen. Zij ondervroegen Kibbutz-kinderen en stadskinderen die hun vader verloren waren in de oorlog. Hun conclusie is dat stadskinderen significant meer slaapproblemen hebben, 48% hiervan rapporteerde moeilijkheden bij het slapen. Volgens Silverman en Worden (1992) hebben de meeste rouwende kinderen moeite met in slaap vallen of worden ze 's ochtends te vroeg wakker.



### *Enuresis*

Wat betreft enuresis valt te concluderen dat kinderen zowel 1 maand als 13 maanden na het overlijden van de ouder hier erg veel last van hebben. In het eerdergenoemde onderzoek van Van Eerdewegh et al. (1982) nam enuresis significant het meest toe van alle somatische problemen. Uit de vervolgstudie van Van Eerdewegh et al. (1985) werd geconcludeerd dat voornamelijk kinderen jonger dan 12 jaar erg veel last hebben van enuresis. In de leeftijdscategorie van 2 tot 6 jaar komt enuresis het vaakst voor (Kaffman & Elizur, 1979). Bij adolescenten komt dit niet of nauwelijks voor. Met name meisjes hebben wederom het meeste last van enuresis. Bij jongens zijn de verschillen tussen rouwenden en niet-rouwenden minder groot (Van Eerdewegh et al., 1985).

### *Encopresis*

Ook encopresis ('broekpoepen') komt regelmatig voor na de dood van een ouder. Net als bij enuresis komt encopresis het vaakst voor bij kinderen van 12 jaar en jonger (Kaffman & Elizur, 1979). In een later onderzoek van Kaffman en Elizur (1983) werd echter geconcludeerd dat zowel Kibbutz-kinderen als stadskinderen in zeer geringe mate last hebben van encopresis danwel enuresis. Het is wel zo dat met name rond de 13<sup>e</sup> maand na het overlijden rouwende kinderen buikpijn en darmproblemen hebben (Van Eerdewegh et al., 1985).

Kortom, er is weinig tegenstrijdig onderzoek gevonden wat betreft somatisatie bij rouwende kinderen. Hoofdpijn komt het meest bij jonge meisjes voor (Worden, 1996; Van Eerdewegh et al., 1985). Voornamelijk in het tweede halfjaar verergeren deze klachten (Worden, 1996; Van Eerdewegh et al., 1982). Slaapproblemen komen op alle leeftijden voor, maar met name vrouwelijke adolescenten en heel jonge kinderen hebben er het meeste last van (Kaffman & Elizur, 1979; Van Eerdewegh et al., 1982; Van Eerdewegh et al., 1985). De meeste problemen bestaan tijdens het in slaap vallen en ontwaken (Silverman & Worden, 1992). Zowel enuresis als encopresis komen voornamelijk op jonge leeftijd voor. Waarbij meisjes er weer meer last van hebben dan jongens (Van Eerdewegh et al., 1982; Van Eerdewegh et al., 1985; Kaffman & Elizur, 1979).

## § 5.2. Effect van de dood van een ouder op externaliserend probleemgedrag van kinderen

### § 5.2.1. Woede en agressief gedrag

Volgens Wolfenstein (1969, in Marks Mishne, 1984) is woede een meer voorkomende reactie bij kinderen en adolescenten na de dood van een ouder dan rouw. Voornamelijk jongens hebben de neiging om hun rouwgevoelens te uiten door woede, agressie en *acting-out* gedrag. Hier zouden vaak angstgevoelens voor verlating aan ten grondslag liggen (Black, 1987, in Worden, 1996).

Worden (1996) heeft in zijn Child Bereavement Study, naast depressie en angst, ook onderzoek gedaan naar woede en *acting-out* gedrag. Hij concludeert dat rouwende kinderen agressiever zijn dan niet-rouwende kinderen. Deze verhoogde agressie niveaus komen voornamelijk voor in het eerste jaar na het overlijden van de ouder. Kinderen reageren hierbij hun woede af op verschillende doelen, voornamelijk op God en de overleden ouder. Volgens Worden kunnen deze kinderen vaak minder goed hun gevoelens uiten bij vrienden en familie en hebben ze een lager gevoel van eigenwaarde. Hierdoor uiten deze kinderen hun rouwgevoelens in de vorm van opstandig gedrag en agressie. In een onderzoek van Kaffman en Elizur (1979) werd echter geconcludeerd dat kinderen hun woede meer afreageren op de overlevende moeder. Negativisme, wangedrag en razernij uitbarstingen vanwege frustratie zijn de meest voorkomende gedragingen.

Worden (1996) concludeert verder dat agressief gedrag meer gewoon is in gezinnen waarbij de overlevende ouder minder goed functioneert na het overlijden van zijn of haar partner. Uit een onderzoek van Sears (1951, in Smilansky, 1987) blijkt dat met name kinderen die zonder een vader zijn opgegroeid agressiever zijn dan kinderen die wel met een vader zijn opgegroeid. Ook Isaacs (1950, in Smilansky, 1987) en Thompson, Kaslow, Price, Williams en Kingree (1998) trekken deze conclusie.

#### *Woede en agressief gedrag op verschillende leeftijden*

Er is geen verschil in frequentie van agressief gedrag bij kinderen of adolescenten, ze uiten het alleen op een andere manier. Jongere kinderen hebben meer last van woede-aanvallen, negativisme, dwarsheid en problemen met discipline. Oudere kinderen ruziën en vloeken meer, hebben uitbarstingen van razernij en gedragen zich irritant (Kaffman & Elizur, 1979).

Uit een studie van Kranzler et al. (1990) blijkt dat rouwende kinderen die gevoelens van woede rapporteren meer symptomatisch zijn. Zij concluderen dat peuters en jonge kleuters, in tegenstelling tot oudere jongens en meisjes, een groter risico lopen om problematisch gedrag te gaan vertonen na de dood van een ouder. Dit wordt ook geconcludeerd in een studie van Silverman en Worden (1992). Hier werden 125 kinderen onderzocht aan de hand van de CBCL. Conclusie was dat met name jongere jongens hoog scoren op de schaal van externaliserend gedrag (delinquentie en *acting out*). Ook in een onderzoek van Van Eerdewegh et al. (1985) wordt geconcludeerd dat kinderen onder de 12 jaar meer externaliserend gedrag vertonen, voornamelijk woedeuitbarstingen. In de groep kinderen ouder dan 13 jaar werd geen verschil gevonden in aantal woedeuitbarstingen. In een eerder onderzoek van Van Eerdewegh et al. (1982) werd hetzelfde gevonden. Zij concludeerden dat rouwende kinderen anderhalf keer vaker last hebben van woedeuitbarstingen dan niet-rouwende kinderen. Deze frequentie neemt zelfs nog wat meer toe in het tweede halfjaar na het overlijden van de ouder. In tegenstelling tot het voorgaande werd in een onderzoek van Thompson et al. (1998) juist geconcludeerd dat meisjes meer externaliserend gedrag vertonen dan jongens. Ditzelfde wordt geconcludeerd door Kaffman en Elizur (1983) in hun onderzoek bij Kibbutz-kinderen en stadskinderen. Schoolgaande kinderen vertonen volgens hen meer agressief gedrag dan peuters en jonge kleuters. Dit gedrag werd vooral geobserveerd bij stadskinderen.

Kortom, wat met zekerheid geconcludeerd kan worden is dat rouwende kinderen meer agressie vertonen dan niet-rouwende kinderen (Wolfenstein, 1969, in Marks Mishne, 1984; Worden, 1996). Vooral jongere kinderen en dan met name jongens vertonen externaliserend gedrag (Kranzler et al., 1990; Silverman & Worden, 1992; Van Eerdewegh et al., 1982; Van Eerdewegh et al., 1985), al is er ook tegenstrijdig onderzoek gevonden (Thompson et al., 1998; Kaffman & Elizur, 1983). Op een uitzondering na kan verder ook worden gezegd dat kinderen waarvan de vader is overleden voornamelijk agressief zijn (Sears, 1951, in Smilansky, 1987; Isaacs, 1950, in Smilansky, 1987; Thompson et al., 1998).

## 6. Discussie

### § 6.1. Wat is de invloed van de dood van een ouder op internaliserend en externaliserend probleemgedrag bij een kind in de leeftijd van achttien jaar en jonger?

Wanneer een kind een ouder verliest om wat voor reden dan ook komt het in een rouwperiode terecht. Het wordt geconfronteerd met ingrijpende ervaringen en wordt voor een taak gesteld die voor de ontwikkeling normatief te vroeg ligt. Het is dus begrijpelijk dat er problemen kunnen ontstaan tijdens deze rouwperiode.

Er is gebleken dat rouwende kinderen een groter risico hebben op het ontwikkelen van specifieke angsten. Het kind is bang nog een geliefd persoon te verliezen, maar heeft ook angsten ten aanzien van de eigen veiligheid (Dowdney, 2000; Worden, 1996). Angststoornissen worden vrij weinig gerapporteerd (Rotheram-Borus et al., 2005). Over het algemeen blijken angstniveaus bij meisjes hoger te liggen dan bij jongens (Worden, 1996; Cluver et al., 2007; Raveis et al., 1999; Kaffman & Elizur, 1983). Met name de meisjes die nog niet in de puberteit zitten tijdens het overlijden van hun vader of moeder ervaren de meeste angstgevoelens (Worden, 1996). Rouwende adolescenten hebben namelijk geen hogere angstniveaus dan hun niet-rouwende leeftijdsgenoten (Rotheram-Borus et al., 2005; Cluver et al., 2007). Wat betreft het heel jonge kind kan worden gesteld dat zij zich minder gelukkig voelen en bangere zijn dan kinderen waarbij beide ouders nog leven (Kranzler et al., 1990; Kaffman & Elizur, 1979). Dat kinderen angstiger zouden zijn dan adolescenten zou kunnen worden verklaard uit het feit dat jongere kinderen vanwege ontwikkelingsverschillen gevoeliger zijn voor de spanningen rondom de vele veranderingen in het gezinssysteem na de dood van een ouder. Echter het niveau van angst zal op alle leeftijden significant afnemen wanneer het kind een betere communicatie met de overgebleven ouder ervaart (Raveis et al., 1999).

Er zijn, in tegenstelling tot angst, tegenstrijdige resultaten gevonden als het gaat om depressie. Drie studies hebben ernstige depressie gerapporteerd bij rouwende kinderen. Adolescenten lijden voornamelijk aan dysthymia (Cheifetz et al., 1989, in Dowdney, 2000), waarbij jongere kinderen juist last hebben van een *Major Depressive Disorder* (Weller et al., 1991). Vooral kinderen waarbij de moeder de overgebleven ouder is, hebben een groter risico op het ontwikkelen van een ernstige depressie (Weller et al., 1991; Kendler et al., 2002). Dit zou

kunnen worden verklaard uit het feit dat vrouwen vaak emotioneel labiel zijn, hier soms niet goed mee om kunnen gaan en daardoor mogelijk tekort schieten in de opvoeding van hun kind. Als een kind hier zich geen raad mee weet en zich alleen voelt, kan het een depressie gaan ontwikkelen. Ten aanzien van milde of licht depressieve gevoelens is er geconcludeerd dat rouwende kinderen in het eerste jaar na het overlijden van de ouder last hebben van dyshoria of milde depressie (Van Eerdewegh et al., 1982; Van Eerdewegh et al., 1985). Voornamelijk adolescenten ervaren in die periode verhoogde niveaus van depressie (Harris, 1991; Rotheram-Borus et al., 2005). Andere onderzoeken hebben echter aangetoond dat er vrijwel geen verschillen bestaan tussen rouwende en niet-rouwende kinderen als het gaat om milde of licht depressieve symptomen (Siegel et al., 1996; Raveis et al., 1999). Geslacht is echter wel gevonden als significante predictor van depressie, waarbij jongens minder last hebben van depressieve gevoelens dan meisjes (Raveis et al., 1999; Van Eerdewegh et al., 1985). Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat meisjes een langere periode van rouw nodig hebben, ofwel door aangeboren factoren zoals een grotere kwetsbaarheid tijdens emotionele periodes, ofwel door factoren rondom het overlijden van de ouder. Meisjes kunnen bijvoorbeeld ineens meer verantwoordelijkheden in het huishouden krijgen, wat daardoor hun psychologische aanpassing beïnvloedt. Meisjes hebben voornamelijk meer last van slaapproblemen en een verminderde eetlust (Van Eerdewegh et al., 1985). Rouwende kinderen zijn daarnaast wel minder depressief zijn dan klinisch depressieve kinderen (Cerel et al., 2006). Een hogere sociaal-economische status en weinig depressieve gevoelens bij de overgebleven ouder zorgen daarbij verder voor minder depressie bij rouwende kinderen (Cerel et al., 2006). Een kind zal zich namelijk prettig voelen, wanneer de ouder ook lekker in zijn of haar vel zit.

Wat betreft somatisatie kan worden gesteld dat het grootste deel van de kinderen last heeft van hoofdpijnen (Silverman & Worden, 1992; Van Eerdewegh et al., 1982; Worden, 1996). Voornamelijk kinderen onder de 10 jaar lijden aan hoofdpijn na het overlijden (Worden, 1996). Echter is er ook onderzoek dat aantoont dat juist kinderen boven de 13 jaar meer last hebben van hoofdpijn (Van Eerdewegh et al., 1985). Wat wel duidelijk is, is dat ook hier meisjes er weer meer last van hebben dan jongens (Van Eerdewegh et al., 1985). Ook slaapproblemen komen meer voor bij meisjes (Van Eerdewegh et al., 1985). In het eerste jaar na het overlijden van de ouder hebben kinderen van alle leeftijden last van slaapproblemen (Kaffman & Elizur, 1979; Kaffman & Elizur, 1983; Van Eerdewegh et al., 1982; Van Eerdewegh et al., 1985). Rouwende

kinderen hebben voornamelijk moeite met in slaap vallen en worden vaak te vroeg wakker (Silverman & Worden, 1992). Waar slaapproblemen op alle leeftijden voorkomen, komt enuresis met name voor bij kinderen jonger dan 12 jaar, in het bijzonder in de leeftijdscategorie van 2 tot 6 jaar (Kaffman & Elizur, 1979). Ook hier hebben weer meer meisjes dan jongens last van (Van Eerdewegh et al., 1982; Van Eerdewegh et al., 1985). Encopresis komt op alle leeftijden tot het 10<sup>e</sup> jaar voor (Kaffman & Elizur, 1979).

Dat voornamelijk jongere kinderen somatiseren kan worden verklaard door hun beperkte verbale mogelijkheden. Zij kunnen hun rouwgevoelens hierdoor minder goed uiten en deze gevoelens zullen dan op een lichamelijke manier naar buiten komen. Jongens uiten hun rouwgevoelens daarbij sneller in externaliserend gedrag als woede en agressie, waar meisjes hun gevoelens vaker voor zich houden. Hierdoor komt somatisatie waarschijnlijk op grotere schaal voor bij meisjes dan bij jongens.

Ten aanzien van externaliserend probleemgedrag hebben veel rouwende kinderen last van woede en agressief gedrag. De agressie wordt hierbij afgereageerd op ofwel God, omdat Hij de ouder heeft afgepakt van het kind, ofwel de overleden ouder, omdat deze hem of haar nu al verlaten heeft en ze elkaar dus nooit meer verder zullen kennen (Worden, 1996). Agressie komt voornamelijk voor in gezinnen waarvan de overgebleven ouder na het overlijden minder goed functioneert (Worden, 1996) en bij kinderen waarvan de vader is overleden (Sears, 1951, in Smilansky, 1987; Isaacs, 1950, in Smilansky, 1987; Thompson et al., 1998). Het eerste kan worden verklaard uit het feit dat ouders met problemen vaak tekort schieten in de opvoeding en kinderen hierdoor soms aan hun lot overgelaten worden en agressief gedrag ontwikkelen. Wanneer de vader overleden is gebeurt dit waarschijnlijk omdat het kind op zoek gaat naar een sterk vaderfiguur die de overleden vader kan vervangen en zijn of haar agressieve en negatieve gedrag kan corrigeren. Er is geen verschil in frequentie van agressie tussen jongere en oudere kinderen, maar wel in de uitingsvorm hiervan (Kaffman & Elizur, 1979). Voornamelijk peuteren en kleuterjongens hebben last van woedeuitbarstingen (Kranzler et al., 1990; Silverman & Worden, 1992; Van Eerdewegh et al., 1982; Van Eerdewegh et al., 1985).

### § 6.2. Spelen kenmerken van het overlijden een rol bij het ontstaan van probleemgedrag?

Wat betreft verwacht versus plotseling overlijden kan worden geconcludeerd dat het verwachte overlijden van een ouder meer belemmeringen met zich meebrengt (Saldinger, Cain, Kalter & Lohnes, 1999; Siegel et al., 1996; Sood et al., 1992; Worden, 1996). Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de fase die voorafgaat aan het overlijden van de ouder voor een kind al erg stressvol kan zijn. Verder vertonen rouwende kinderen meer gedragsproblemen, angstsymptomen (Cerel et al., 1999) en depressieve symptomen (Pfeffer et al., 2000) wanneer de ouder door suïcide om het leven is gekomen, dan wanneer de dood een andere oorzaak heeft. Dit zou kunnen worden verklaard uit het feit dat de overleden ouder bij leven vaak zelf ook psychische problemen had en hierdoor waarschijnlijk ook zelfmoord heeft gepleegd. Kinderen hebben daardoor meer kans op psychische problemen na het overlijden, of ze zijn bang dat de overgebleven ouder ook zelfmoord zal plegen.

Ten aanzien van de invloed van het overlijden van de vader danwel de moeder heeft Worden (1996) geconcludeerd dat de invloed van het overlijden van de moeder een grotere impact heeft op het kind dan het overlijden van de vader. Aan de ene kant wordt *acting-out* gedrag geassocieerd met het overlijden van de moeder. Dit zou kunnen duiden op de rol van de moeder in het stellen van regels, of de overgebleven vader heeft moeite met het vernieuwde ouderschap. Aan de andere kant zijn kinderen waarvan de moeder overleden is ook angstiger. Ze hebben voornamelijk angstgevoelens over de veiligheid van de overgebleven ouder. Wanneer de vader is overleden krijgen kinderen, naast agressieve gevoelens (Sears, 1951, in Smilansky, 1987; Isaacs, 1950, in Smilansky, 1987; Thompson et al., 1998), vaker somatisatieproblemen. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat moeders sneller een knuffel en zorg geven aan een ziek kind en vaders eerder medicijnen geven (Worden, 1996). Buiten Worden (1996) werd er weinig bruikbare informatie gevonden over de invloed van het overlijden van de vader danwel de moeder op het ontstaan van probleemgedrag. Hier dient dus nog meer onderzoek naar te worden gedaan.

### § 6.3. Aanbevelingen

Wat is opgevallen is dat de resultaten ten aanzien van depressie na het overlijden van een ouder nog erg tegenstrijdig zijn. Over dit onderwerp is in verhouding veel retrospectief

onderzoek gedaan, maar het is aan te raden om nog meer onderzoek te doen bij kinderen direct na het overlijden van de ouders. Mogelijkerwijs levert dit andere en minder tegenstrijdige resultaten op.

Als tweede aanbeveling is het aan te raden om in het vervolg grotere groepen kinderen te onderzoeken. Veel studies testen vaak namelijk niet meer dan 100 kinderen, wat van invloed kan zijn op de resultaten en generaliseerbaarheid hiervan. De kleinere steekproeven zijn echter wel te verklaren uit het feit dat er vrij moeilijk grote groepen rouwende kinderen te vinden zijn. Sommige onderzoekers proberen via het aanschrijven van overlijdensberichten en mediapubliciteit rouwende kinderen te benaderen, maar zo komt men natuurlijk nooit aan alle rouwende families in een bepaalde stad of provincie. Indien men eventueel een grote groep rouwende kinderen zou hebben verzameld, is het echter ook nog maar de vraag of de overgebleven ouder wel toestemming geeft om mee te werken aan het onderzoek. Veel ouders zijn namelijk erg beschermend als hun kinderen zich in een kwetsbare positie bevinden. Het is daarnaast ook zo dat veel studies kinderen gebruiken die al hulp krijgen bij de rouwverwerking. Deze kinderen zijn hierdoor niet representatief genoeg voor het 'echte' rouwende kind, dat geen psychologische hulp ontvangt. Grote representatieve groepen van rouwende kinderen zouden daarom bijvoorbeeld kunnen worden verkregen door gebruik te maken van databases met namen van overleden personen. Via deze weg zou men dan families met rouwende kinderen van allerlei kaliber aan kunnen schrijven.

Verder is het nodig dat meer studies uitgaan van psychiatrische beoordeling en ondervraging van het kind zelf. In veel onderzoeken werden vaak de ouders ondervraagd over het kind. Dit kan verklaard worden uit het feit dat de overgebleven ouders vaak erg beschermend zijn voor hun rouwende kroost, uit angst dat de onderzoeksprocedures hun kinderen nog meer stress, pijn en verdriet op zullen leveren. Waarschijnlijk wordt een realistischer beeld geschept van de rouwverwerking als het kind zelf ook ondervraagd of getest wordt.

Wat verder is opgevallen is dat er vrij weinig onderzoek is gedaan naar heel jonge kinderen (<5 jaar). Ook werden leeftijdscategorieën vaak samen gepakt, waardoor veel studies kinderen tijdens hun hele kindertijd (t/m 17 jaar) onderzochten. Belangrijk is echter te kijken naar de leeftijdscategorieën apart, bijvoorbeeld jonger dan 5 jaar, van 5 tot 12 jaar en



adolescenten. Gezien de ontwikkelingsverschillen zullen ook de resultaten waarschijnlijk verschillen opleveren.

Het is ook interessant om de invloed van broers en/of zussen tijdens de rouwperiode van het kind te onderzoeken. Is het zo dat broers en zussen een positieve invloed op het rouwproces hebben, omdat ze elkaar kunnen steunen? Of zorgt het juist voor meer stress, omdat ieder het verlies op zijn of haar eigen manier wil verwerken? Waarschijnlijk is het zo dat broers en zussen eerder een positief dan een negatief effect op de rouwverwerking van het kind kunnen hebben. Zij kunnen er bijvoorbeeld voor zorgen dat het kind minder nadelen ervaart als de overgebleven ouder niet meer goed functioneert. Broers en zussen kunnen zorgen dat het huishouden nog goed blijft lopen en het kind op de juiste momenten opgevangen wordt. Verder zal een grote familie het kind ook een groter gevoel van veiligheid geven, waardoor het misschien ook makkelijker zijn of haar gevoelens durft te tonen en hierdoor minder problemen ervaart tijdens de rouwperiode.

Tot slot zou het ook interessant en goed zijn als men gaat bekijken hoe het beste is om te gaan met rouw bij kinderen. Er zou eventueel sprake kunnen zijn van beschermende factoren die het kind al voor het overlijden van de ouder helpen om minder kwetsbaar te zijn in de rouwperiode na het overlijden. Het is ook belangrijk dat men goed weet om te gaan met de vier taken van Worden (1996) die het kind moet 'oplossen' tijdens de rouwverwerking. Mogelijk kunnen er programma's op worden gesteld die het kind op een creatieve manier helpen bij het volbrengen van deze taken.

## 7. Literatuurlijst

- Cerel, J., Fristad, M. A., Verducci, J., Weller, R. A., & Weller, E. B. (2006). Childhood bereavement: psychopathology in the 2 years postparental death. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 45, 681 – 690.
- Cluver, L., Gardner, F., & Operario, D. (2007). Psychological distress amongst AIDS-orphaned children in urban South Africa. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 755 – 763.
- Dowdney, L. (2000). Annotation: childhood bereavement following parental death. *J. Child Psychology Psychiatry*, 7, 819 – 830.
- Fiddelaers – Jaspers, R. (1998). *Jong verlies: handreiking voor het omgaan met rouwende kinderen*. Kampen: Kok.
- Harris, E. S. (1991). Adolescent bereavement following the death of a parent: an exploratory study. *Child Psychiatry and Human Development*, 21, 267 – 281.
- Junger, M., & Meeus, W. (2003). *Psychosociale problemen bij adolescenten: prevalentie, risicofactoren en preventie*. Assen: Van Gorcum.
- Kaffman, M., & Elizur, E. (1983). Bereavement responses of kibbutz and non-kibbutz children following the death of the father. *Journal of Children's Psychology and Psychiatry*, 24, 435 – 442.
- Kendler, K. S., Seth, K., Gardner, C. O., & Prescott, C.A. (2002). Childhood parental loss and risk for first-onset of major depression and alcohol dependence: the time-decay of risk and sex differences. *Psychological Medicine*, 32, 1187 – 1194.
- Kranzler, E. M., Shaffer, D., Wasserman, G., & Davies, M. (1990). Early childhood bereavement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 513 – 520.
- Marks Mishne, J. (1984). Trauma of parent loss through divorce, death and illness. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 1, 74 – 88.

- Melhem, N. M., Walker M., Moritz, G., & Brent D. A. (2008). Antecedents and sequelae of sudden parental death in offspring and surviving caregivers. *Arch Pediatrics Adolescent Medicine, 162*, 403 – 410.
- Raveis, V. H., Siegel, K., & Karus, D. (1999). Children's psychological distress following the death of a parent. *Journal of Youth and Adolescence, 28*, 165 – 180.
- Rotheram – Borus, M. J., Weiss, R., Alber S., & Lester P. (2005). Adolescent adjustment before and after HIV-related parental death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 221 – 228.
- Saldinger, A., Cain, A., Kalter, N., & Lohnes, K. (1999). Anticipating parental death in families with young children. *American Journal of Orthopsychiatry, 69*, 39 – 48.
- Sanchez, L., Fristad, M., Weller R. A., Weller E. B., & Move J. Anxiety in acutely bereaved prepubertal children. *Annals of Clinical Psychiatry, 6*, 39 – 43.
- Siegel, K., Karus, D., & Raveis, V. H. (1996). Adjustment of children facing the death of a parent due to cancer. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 442 – 450.
- Silverman, P. R., & Worden, J. W. (1992). Children's reactions in the early months after the death of a parent. *American Journal of Orthopsychiatry, 62*, 93 – 104.
- Smilansky, S. (1987). *On death: helping children understand and cope*. New York: Peter Lang Publishing.
- Thompson, M. P., Kaslow, N. J., Webb Price, A., Williams, K., & Kingree, J. B. (1998) Role of secondary stressors in the parental death-child distress relation. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*, 357 – 366.
- Tweed, J. L., Schoenbach, V. J., George, L. K., & Blazer, D. G. (1989). The effects of childhood parental death and divorce on six-month history of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry, 154*, 823 – 828.

- Van Eerdewegh, M. M., Bieri, M. D., Parrilla, R.H., & Clayton, P. J. (1982). The bereaved child. *British Journal of Psychiatry*, 147, 188 – 194.
- Weller, R. A., Weller, E. B., Fristad, M. A., & Bowes, J. M. (1991). Depression in recently bereaved prepubertal children. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1536 – 1540.
- Willis, C. A. (2002). The grieving process in children: strategies for understanding, educating and reconciling children's perceptions of death. *Early Childhood Education Journal*, 29, 221 – 226.
- Worden, W. (1996). *Children and grief: when a parent dies*. New York: The Guilford Press.
- Zeg ik niet, A. (2008). *Bedankt mam, voor alles*. Opgehaald 12 maart 2009 van [http://www.1001gedichten.nl/gedichten/3682/bedankt\\_mam%2C\\_voor\\_alles/](http://www.1001gedichten.nl/gedichten/3682/bedankt_mam%2C_voor_alles/)