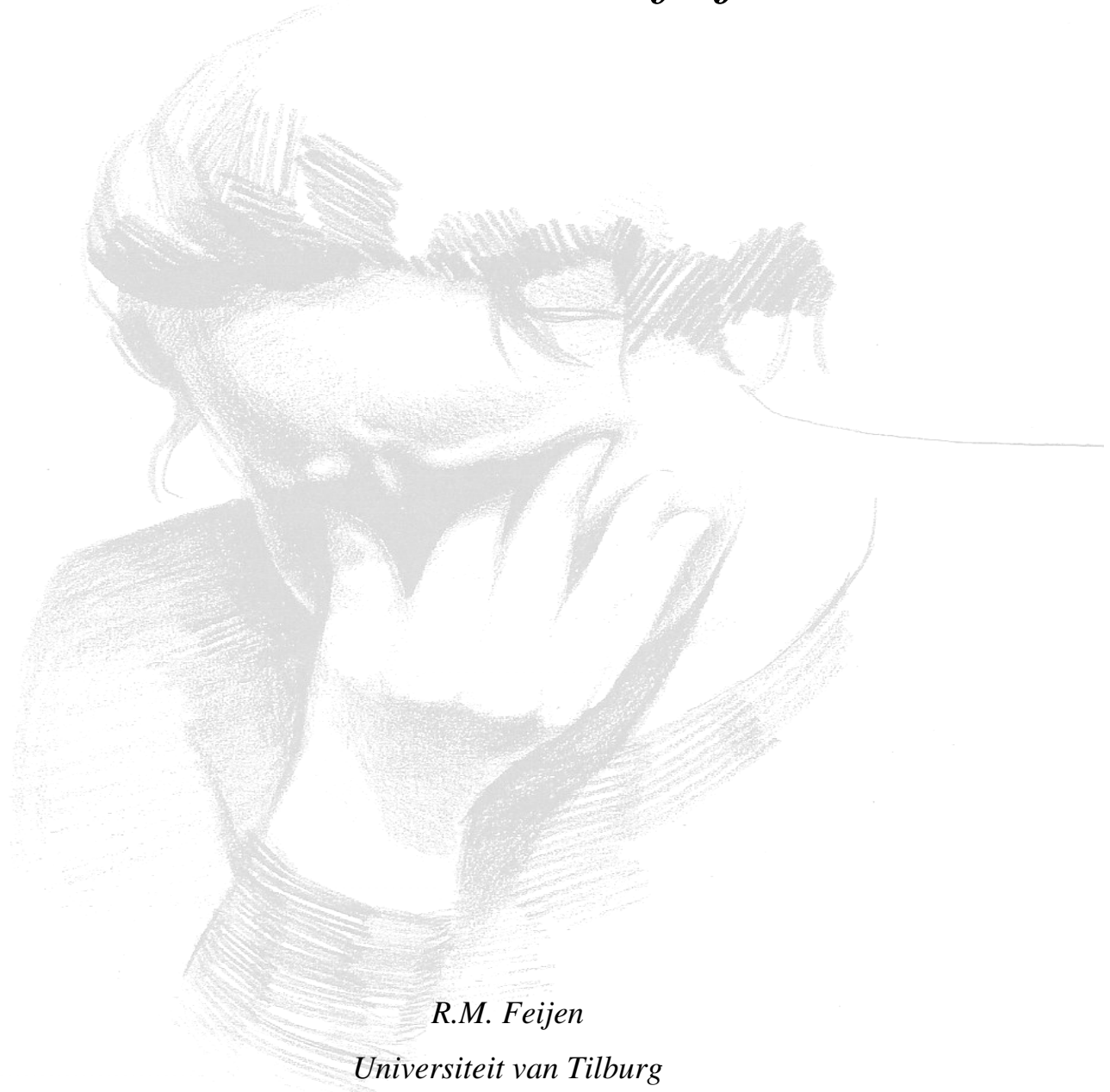


Bachelorthesis

Rouwverwerking bij kinderen op verschillende leeftijden



R.M. Feijen

Universiteit van Tilburg

Departement Kinder- en Jeugdpsychologie

ANR: 865753

Begeleidster: Mevr. H. van Bakel

Datum: 28 juli 2005

Inhoudsopgave

<i>Abstract</i>	<i>p. 4</i>
<i>Samenvatting</i>	<i>p. 5</i>
<i>1. Inleiding</i>	<i>p. 6</i>
<i>2. Methode</i>	<i>p. 10</i>
<i>3. Resultaten</i>	<i>p. 12</i>
§ 3.1. De sensorimotor periode: 0 – 2 jaar	<i>p. 12</i>
• § 3.1.1. <i>Oudere literatuur over het bestaan van rouw bij zeer jonge kinderen</i>	<i>p. 14</i>
• § 3.1.2. <i>Vervanging van de overledene</i>	<i>p. 14</i>
• § 3.1.3. <i>De betekenis van de dood</i>	<i>p. 14</i>
• § 3.1.4. <i>Het verlies ontkennen</i>	<i>p. 14</i>
• § 3.1.5. <i>Conclusie</i>	<i>p. 15</i>
§ 3.2. De preoperationele periode: 2 – 7 jaar	<i>p. 15</i>
• § 3.2.1. <i>Vervanging van de overledene</i>	<i>p. 16</i>
• § 3.2.2. <i>De betekenis van de dood</i>	<i>p. 16</i>
• § 3.2.3. <i>De manier van verwerken en herinneren</i>	<i>p. 16</i>
• § 3.2.4. <i>De effecten</i>	<i>p. 17</i>
• § 3.2.5. <i>Het bijwonen van begrafenisrituelen</i>	<i>p. 18</i>
• § 3.2.6. <i>Hulpverlening</i>	<i>p. 18</i>
• § 3.2.7. <i>Conclusie</i>	<i>p. 19</i>

§ 3.3. De concreet operationele periode: 7 – 11 jaar	<i>p. 19</i>
• § 3.3.1. <i>Kritieke periode</i>	<i>p. 19</i>
• § 3.3.2. <i>De betekenis van de dood</i>	<i>p. 19</i>
• § 3.3.3. <i>De manier van verwerken en herinneren</i>	<i>p. 20</i>
• § 3.3.4. <i>De effecten</i>	<i>p. 21</i>
• § 3.3.5. <i>Het bijwonen van begrafenisrituelen</i>	<i>p. 22</i>
• § 3.3.6. <i>Conclusie</i>	<i>p. 23</i>
§ 3.4. De formele operationele periode: 12 jaar en ouder	<i>p. 23</i>
• § 3.4.1. <i>De betekenis van de dood</i>	<i>p. 23</i>
• § 3.4.2. <i>De manier van verwerken en herinneren</i>	<i>p. 23</i>
• § 3.4.3. <i>De effecten</i>	<i>p. 25</i>
• § 3.4.4. <i>Hulpverlening</i>	<i>p. 26</i>
• § 3.4.5. <i>Conclusie</i>	<i>p. 26</i>
<i>4. Discussie</i>	<i>p. 28</i>
§ 4.1. De gevonden resultaten	<i>p. 28</i>
§ 4.2. Beperkingen	<i>p. 31</i>
§ 4.3. Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek	<i>p. 32</i>
§ 4.4. Tot slot	<i>p. 33</i>
<i>Literatuur</i>	<i>p. 35</i>
<i>Bijlage 1: Tabel empirische onderzoeken</i>	<i>p. 40</i>

Abstract

A lot of research is conducted on the grieving processes of children. Because differences in grief are expected to be the consequence of the cognitive- and emotional development of children, the cognitive developmental theory of Piaget (1966) was used in this thesis, to compare the existing literature about the grieving processes of children in different age-categories. It can be concluded that beside other factors, age is a prominent indicator of the way in which children grief. Differences are especially found in the way children realize that death is irreversible, universal and inevitable and in their way of expressing their grief. Younger children seem to suffer more from anxiety, while older children suffer more from aggression and depression.

Samenvatting

Er is al veel onderzoek gedaan naar de rouwprocessen bij kinderen. Omdat verwacht wordt dat verschillen in rouwreacties het gevolg zijn van de cognitieve- en emotionele ontwikkeling van kinderen, is in deze thesis de cognitieve ontwikkelingstheorie van Piaget (1966) gebruikt om bestaande onderzoeken naar de rouwprocessen bij kinderen in verschillende leeftijdsgroepen te vergelijken. Geconcludeerd kan worden dat, naast andere factoren, leeftijd een belangrijke indicator is van de manier waarop kinderen rouwen. Verschillen worden voornamelijk gevonden in de manier waarop kinderen zich realiseren dat de dood onomkeerbaar, universeel en onvermijdelijk is en in de manier waarop zij hun rouw uiten. Jongere kinderen lijken meer last te hebben van angst, terwijl oudere kinderen meer kampen met agressie en depressie.

1. Inleiding

Rouwverwerking is een wereldwijd fenomeen dat bij iedereen, op welke leeftijd dan ook voorkomt, zei het op verschillende manieren. Verlies van een naaste of dierbare maakt iedereen in zijn leven wel eens mee. In België en Nederland verliezen dagelijks meer dan 3000 personen een van hun ouders (Keirse, 2002) en in de Verenigde Staten krijgt 4-15% van de jongeren onder de achttien jaar te maken met de dood van een ouder (Harris, 1991; Thompson, Kaslow, Price, Williams & Kingree, 1998; Christ, Siegel & Christ, 2002; Pfeffer, 2002). Het is dus onvermijdelijk dat ook kinderen te maken krijgen met rouw.

Rouw wordt gezien als het geheel van gevoelens, gedachten en gedragingen dat ontstaat als gevolg van het voor altijd missen van iets dat dierbaar is. Dat kan een persoon zijn, maar ook iets anders, zoals een huis, een lichaamsdeel, een dier, of een bepaalde wens (Fiddelaers-Jaspers, 1998, 2000, 2004; Fiddelaers-Jaspers & Fiddelaers-Jaspers, 2002). Rouw is de toestand waarin een persoon verkeerd wanneer iets dierbaars verloren gaat. Vaak bepalen gevoelens van verdriet, angst, wanhoop en onzekerheid in deze periode van rouw het leven. We kunnen zeggen dat rouw min of meer de prijs is die je betaalt voor het feit dat je geeft om een ander (Fiddelaers-Jaspers et al., 2004).

Van een goede rouwverwerking is sprake als men door de ervaring van rouw heen komt zonder ernstige lichamelijke, emotionele of geestelijke schade (Keirse, 2002). Reber (2004) beschrijft het begrip verwerken als het volledig beseffen en aanvaarden en het goed doorwerken van iets. Niet iedereen heeft dezelfde tijd nodig om een verlies van een dierbare te aanvaarden en te beseffen en niet iedereen rouwt op een zelfde manier. Dit is onder andere afhankelijk van een aantal factoren, zoals de etniciteit en het aantal stressfactoren in de omgeving (Rosen, 1991; Thompson et al., 1998), de cultuur, het geslacht, de leeftijd (Rosen, 1991; Thompson et al., 1998; Dowdney, 2000; De Keijser, 2004) en de wijze van overlijden (Thompson et al., 1998; Dowdney, 2000; Pfeffer, Karus, Siegel & Jiang, 2000; De Keijser, 2004). Verder hebben ook de persoonlijkheid van de overlevende, de ervaren sociale steun en de band die de persoon had met de overledene een invloed op de mate waarin de rouw tot uiting komt (Rosen, 1991; Dowdney, 2000; Ankersmid, 2002). De mate waarin de genoemde factoren voorkomen kunnen bepalen of de rouwverwerking al dan niet gecompliceerd wordt. In dit geval is er wel sprake van lichamelijke, emotionele en/of geestelijke schade.

Lang heeft men echter getwijfeld over de vraag of kinderen, en in het bijzonder zeer jonge kinderen, ook het besef van verlies van een dierbare kunnen hebben en dus kunnen

rouwen. In 1942, tijdens de Tweede Wereldoorlog, voerden Burlingham en Freud een onderzoek uit naar de effecten van het opgroeien in kindertehuizen op de ontwikkeling van kinderen. Zij kwamen tot de conclusie dat “heftige gebeurtenissen die in de eerste vier levensjaren optreden, in het gehele latere leven hun sporen achter kunnen laten” en “dat het ontbreken van een gezinsverband oorzaak is van ernstige kwalitatieve veranderingen in de ontwikkeling van het kind” (Burlingham & Freud, 1949, p. 17).

Bowlby onderzocht in 1960 het gevolg van verlies van een dierbare voor de gehechtheidsontwikkeling van kinderen. Gehechtheid is “de emotionele relatie tussen twee personen, die wordt gekarakteriseerd door wederzijdse affectie en een verlangen om bij elkaar in de buurt te zijn” (Shaffer, 2002, p.G-1). Op het moment dat een kind in staat is zich te hechten aan een ander, is het ook in staat te rouwen wanneer die ander er niet meer is (Fiddelaers-Jaspers, 2004, Keirse, 2002). Bowlby kwam tot de conclusie dat scheiding van een persoon waaraan het kind gehecht is, in direct verband staat met pathologische condities op latere leeftijd (Bowlby, 1973). Hij beschrijft daarbij een drie-stappenproces dat deze kinderen moeten doorwerken om een verlies te verwerken: protest, wanhoop en onthechting. Tevens concludeert hij dat “er vóór de leeftijd van zes of zeven maanden nog geen separatiereacties waarneembaar zijn” (Bowlby, 1973, p.53).

Tenslotte stelde Worden in 1996 dat er vier rouwtaken bestaan die iedereen, zowel kinderen als volwassenen, moeten doorwerken om tot een goede verwerking van een verlies te komen. Deze rouwtaken zijn erkenning, herkenning, verkenning en reïntegratie (Worden, 1996). Het is van belang dat een rouwende deze taken voltooid om het verlies een plek te kunnen geven, omdat niet afgemaakte rouwtaken verdere groei en ontwikkeling zouden kunnen belemmeren. De taken hebben geen specifieke volgorde, maar er is wel een zekere volgorde voorgesteld in de omschrijvingen. Zo kan men bijvoorbeeld niet met de emotionele gevolgen van een verlies omgaan als men ontkent dat het verlies heeft plaatsgevonden. Volgens Worden is rouw een proces en geen toestand.

Deze voorbeelden tonen aan dat ook bij kinderen rouwprocessen bestaan. Het besef van verlies van een dierbare en de processen die aan de verwerking van dat verlies ten grondslag liggen lijken echter niet op alle leeftijden hetzelfde te zijn. Een kind van vijf jaar zal een andere voorstelling van de dood hebben dan een veertienjarig kind en om die reden ook anders omgaan met een verlies. Deze verschillen hangen waarschijnlijk samen met veranderingen in de cognitieve en/of emotionele ontwikkeling van het kind.

Wat echter opvalt in de verschenen literatuur van de laatste jaren is, dat kinderen vaak als een algemene groep worden beschouwd. Er wordt geen duidelijk onderscheid gemaakt in

verschillende leeftijdsgroepen. En waar dit wel gebeurt, wordt vaak een te grote leeftijdsgroep onder één noemer gezet (bijv. twee tot zestien jaar in Dowdney, Wilson, Maughan, Allerton, Schofield & Skuse, 1999), terwijl men zou verwachten dat er ook binnen deze leeftijdsgroep verschillen zullen zijn. Soms wordt enkel een specifieke leeftijdsgroep onderzocht (vooral de adolescentie, zoals bijvoorbeeld in Harris, 1991). Echter zelden wordt een adequate vergelijking getrokken tussen processen rondom de rouwverwerking bij kinderen op alle leeftijden. In deze thesis worden de beschikbare onderzoeken met elkaar vergeleken met als doel te onderzoeken wat de verschillen en overeenkomsten zijn in rouwverwerking bij kinderen op verschillende leeftijden, om zodoende een algemeen beeld te krijgen over de rouwverwerking bij kinderen in alle leeftijdsgroepen.

Zoals al eerder genoemd, worden de verschillen in het rouwproces op verschillende leeftijden waarschijnlijk voor een groot deel bepaald door het cognitieve- en emotionele ontwikkelingsniveau van het kind. Over het verloop van de ontwikkeling bestaan een aantal theorieën. Zo beschrijft de psychoanalytische theorie van Freud de ontwikkeling van een kind in vijf stappen, terwijl de psychosociale theorie van Erikson de volledige ontwikkeling van een persoon beschrijft in acht stappen.

De theorie die het beste lijkt aan te sluiten bij de ontwikkeling met betrekking tot de rouwverwerking, is de cognitieve ontwikkelingstheorie van Piaget (1966). In zijn theorie beschrijft Piaget intelligentie als een basisfunctie die het kind helpt zich aan te passen aan de omgeving. Gedragmatige, symbolische en operationele schema's worden ontwikkeld en steeds aangepast door organisatie en adaptatie. Adaptatie gebeurt ofwel door assimilatie (nieuwe ervaringen in bestaande schema's inpassen) ofwel door accommodatie (bestaande schema's aanpassen op basis van nieuwe ervaringen). De cognitieve groei die door dit proces tot stand komt, verloopt in een aantal perioden.

- Sensorimotor periode: 0-2 jaar, de zuigelingen houden vast aan gedragmatige schema's om de omgeving te leren kennen en te begrijpen.
- Preoperationele periode: 2-7 jaar, kinderen denken op een symbolisch niveau, maar gebruiken nog geen cognitieve processen. Het kind kan zich slechts op één aspect van een object richten (hoogte, lengte óf breedte)
- Concrete operationele periode: 7-11 jaar, kinderen ontwikkelen cognitieve processen en denken meer logisch na over echte zaken en ervaringen. Het kind kan een object als een geheel zien, en ook zien waaruit het is opgebouwd (bijv. een bloem bestaat uit een stengel, bladeren en een knop).

- Formele operationele periode: *12 jaar en ouder*, kinderen gaan rationeler en systematischer denken over abstracte zaken en hypothetische gebeurtenissen. Het kind begint te fantaseren over dingen die de realiteit te boven gaan. Ze denken na over wat zou kúnnen gebeuren, niet alleen meer over wat actueel is.

Volgens Piaget is leeftijd dus gekoppeld aan ontwikkeling van cognitieve denkprocessen. Bij de vergelijking van de onderzoeken in deze thesis zal deze indeling van ontwikkeling gebruikt worden om te bepalen welke rouwprocessen gebruikelijk zijn bij kinderen op verschillende leeftijden.

Zoals Bowlby (1960) en Worden (1996) onder andere al suggereerden, is het aannemelijk dat iedereen een aantal fasen dient door te werken om tot een volledige verwerking van een verlies van een dierbare te komen. Zoals al eerder aangegeven zijn er een aantal factoren van invloed op het rouwproces, die de mate en snelheid van de verwerking van het verlies bepalen (Norris-Shortle, Young & Williams, 1993; Ankersmid, 2002). De vraag is in hoeverre de factor leeftijd een rol speelt, in welke mate het verlies invloed heeft op de ontwikkeling van het kind en andersom; in welke mate de ontwikkeling invloed heeft op de manier van rouwen bij het kind. Verondersteld wordt dat voornamelijk in het besef van de onomkeerbaarheid van de dood er grote verschillen zullen zijn tussen de kinderen in de verschillende leeftijdsgroepen. Verwacht wordt dat jongere kinderen minder besef hebben van de onomkeerbaarheid van de dood dan oudere kinderen. Tevens wordt verwacht dat de ontwikkelingsfase, waarin het kind zich bevindt, invloed heeft op de rouwverwerking. Met andere woorden kan men verwachten dat de ontwikkelingsfasen, gedefinieerd door Piaget, gekoppeld kunnen worden aan de manier van rouwen bij kinderen.

2. Methode

Verschillende bestanden op Internet zijn geraadpleegd bij het zoeken naar relevante artikelen met betrekking tot het onderwerp rouwverwerking bij kinderen, waaronder PsychINFO Webspirs, Web of Science, Kluwer Online, Medline, de databases van de bibliotheken van de Universiteit van Tilburg en de Radboud Universiteit Nijmegen, en de wetenschappelijke zoekpagina van Google (scholar.google.com).

Om een indruk te krijgen van de beschikbare informatie werd in eerste instantie gezocht naar algemene informatie over rouwverwerking. Algemene zoektermen als “*bereavement*”, “*grief*”, “*mourning*”, “*loss*”, “*rouwverwerking*”, “*verlies*”, “*rouw*” en “*verwerken*” werden gebruikt. Al deze zoektermen werden vervolgens, afhankelijk van de gekozen taal, gecombineerd met de volgende termen: “*children*”, “*age*”, “*personality*”, “*development*”, “*kinderen*”, “*leeftijd*”, “*ontwikkeling*”, “*persoonlijkheid*” en “*verwerking*”. De meeste informatie bleek te bestaan over rouwverwerking bij kinderen in combinatie met verschillende leeftijdsgroepen. Hierna werd een intensievere zoektocht gestart naar relevante artikelen met betrekking tot het gekozen onderwerp. Zoektermen voor rouwverwerking waren wederom: “*bereavement*”, “*grief*”, “*mourning*”, “*loss*”, “*rouwverwerking*”, “*verlies*”, “*rouw*” en “*verwerken*”. Zoektermen met betrekking tot kinderen van verschillende leeftijden waren: “*young children*”, “*pre-school children*”, “*school-aged children*”, “*adolescents*”, “*children + age*”, “*toddlers*”, “*kinderen + leeftijd*”, “*adolescenten*” en “*schoolgaande kinderen*”. Deze zoektermen werden gecombineerd met de zoektermen naar rouwverwerking. Andere termen waarop tenslotte gezocht werd waren: “*paternal loss*”, “*maternal loss*”, “*paternal death*” en “*maternal death*”.

De artikelen die op basis van deze zoektermen naar voren kwamen werden vervolgens aan een grondige analyse onderworpen. De titel werd bestudeerd om te kijken of het artikel relevant was voor dit onderzoek. Indien relevant, dan werd op zijn minst de samenvatting gelezen. Vervolgens werd gekeken of de artikelen rouwverwerking onderzochten met betrekking tot het verlies van een ouder. In het huidige onderzoek worden alleen artikelen betrokken die gaan over het verwerken van de dood van een ouder. Dit om de reden dat ook jonge kinderen bij dit onderzoek betrokken worden en voor zeer jonge kinderen zijn dit vaak de eerste en enige personen aan wie het kind zich hecht. Bij het selecteren van de artikelen ontstond echter een probleem: veel artikelen waren niet toegankelijk of alleen als er een

bedrag werd betaald. Deze artikelen moesten dus helaas uitgesloten worden van het onderzoek.

In de database van PsychINFO werden weinig toegankelijke artikelen gevonden, evenals in Medline. De meeste artikelen werden gevonden in Kluwer Online, waar de volledige teksten van de artikelen direct toegankelijk zijn. Ook op de wetenschappelijke zoekpagina van Google werden verbazingwekkend veel artikelen gevonden. Veel van deze artikelen werden ook gevonden in de andere bestanden, maar waren daar niet toegankelijk. De volledige artikelen werden vervolgens uitgeprint en gelezen. Artikelen gevonden in tijdschriftenbundels werden gekopieerd.

Naast het gebruik van de bestanden op Internet werden ook andere manieren aangewend om literatuur te verzamelen over het onderwerp. Zo werd in de literatuurlijst van de gevonden artikelen zo nu en dan nog een mogelijk relevant artikel gevonden. Deze werden vervolgens weer opgezocht via Internet en geanalyseerd op bruikbaarheid voor dit onderzoek. In een aantal bibliotheken in Amersfoort en Tilburg werden verder nog een aantal bruikbare boeken gevonden over rouwverwerking bij kinderen. Verder werd de startpagina *rouwverwerking.pagina.nl* gebruikt om relevante websites te vinden.

Voor het uitvoeren van deze thesis werden ter oriëntatie veertien boeken en 52 artikelen gelezen. Van de artikelen en boeken deden er 24 verslag van empirische onderzoeken. Twintig van deze onderzoeken werden uiteindelijk voldoende relevant gevonden en meegenomen in de vergelijking van de rouwprocessen bij kinderen op verschillende leeftijden. De belangrijkste gegevens en uitkomsten van de empirische artikelen en boeken zijn samengevat in een tabel (bijlage 1).

3. Resultaten

In de inleiding werd de cognitieve ontwikkelingstheorie van Piaget (1966) al aangehaald. In zijn theorie beschrijft Piaget intelligentie als een basisfunctie die het kind helpt zich aan te passen aan de omgeving. De cognitieve groei die door gedragsmatige, symbolische en operationele ontwikkeling en aanpassing tot stand komt, verloopt in een viertal perioden: de sensorimotor periode (nul tot twee jaar), de preoperationele periode (twee tot zeven jaar), de concrete operationele periode (zeven tot elf jaar) en de formele operationele periode (twaalf jaar en ouder). In deze vier fasen vinden processen plaats op sociaal, emotioneel, cognitief en lichamelijk gebied. In de hierna volgende paragrafen zal deze indeling van ontwikkeling gebruikt worden bij de beschrijving van de resultaten met betrekking tot de rouwverwerking bij kinderen op verschillende leeftijden.

Christ en collega's (2002) geven in hun artikel heel duidelijk weer wat de normale ontwikkelingsprocessen zijn bij kinderen op verschillende leeftijden en wat de gebruikelijke rouwreacties zijn van deze kinderen als een ouder overlijdt. Ook zij trekken een vergelijking met de ontwikkelingsstadia van Piaget. Omdat de door hun gebruikte tabel een goed overzicht geeft van de te verwachten rouwprocessen op verschillende leeftijden, wordt de tabel in deze thesis weergegeven (tabel 3.1.). Merk op dat er in de tabel geen gegevens staan over de ontwikkeling en rouwprocessen bij kinderen in de sensorimotor fase.

§ 3.1. De sensorimotor periode: 0 – 2 jaar

Volgens Piaget houden de kinderen in deze leeftijdsgroep erg vast aan gedragsmatige schema's om de omgeving te leren kennen en te begrijpen. In de empirische literatuur, onderzocht in deze thesis, bestaan opvallend weinig gegevens over de rouwprocessen bij kinderen in de eerste levensjaren. Er werd slechts één empirisch artikel gevonden waarbij kinderen jonger dan twee jaar in het onderzoek betrokken werden. Dit wijst erop dat er nog maar weinig bekend is over de rouwprocessen bij kinderen jonger dan twee jaar. Als het gaat over deze leeftijdsgroep, wordt vaak teruggegrepen naar oudere onderzoeken en theorieën van onder andere Bowlby en Burlingham & Freud.

Tabel 3.1. Ontwikkelingsprocessen bij jonge kinderen en adolescenten als een ouder overlijdt (Christ et al., 2002)	
3 – 5 jaar	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Typisch</u>: “Wanneer komt papa thuis?” • <u>Ontwikkeling</u>: <i>vroeg preoperationeel denken</i> → ‘magisch denken’. Communiceert d.m.v. spel en fantasie. Grootste bron van stress is het gescheiden zijn van de voornaamste verzorger, maar accepteert een vervangende verzorger wel. • <u>Normale rouw</u>: het kind heeft geen begrip van de onomkeerbaarheid van de dood of van de oorzaken die geleid hebben tot de dood. Vraagt daarom herhaaldelijk wanneer de overledene nou weer thuis komt, dit kan maanden aanhouden. Tevens is het kind bang voor het extreme verdriet van volwassenen. Het wil graag een geheel gezin hebben, net als alle andere kinderen en vraagt dan ook regelmatig om een vervanger van de overledene, om de lege plek in het gezin op te vullen.
6 – 8 jaar	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Typisch</u>: “Ik denk dat ik haar vermoord heb” • <u>Ontwikkeling</u>: <i>laat preoperationeel denken</i>. Het kind begrijpt dat de ouder niet meer terugkomt en dat de dood universeel is (‘ik kan ook dood gaan’). Toch haalt het makkelijk oorzaak en gevolg door elkaar. Het kind is bang dat boze gedachten, woorden en wensen kunnen leiden tot de dood van een ander. De ouders zijn de voornaamste bron van zelfvertrouwen. Is verder bang om afgewezen te worden door leeftijdsgenoten. • <u>Normale rouw</u>: voelt zich schuldig, denkt dat hij verantwoordelijk is voor de dood van de ouder. Heeft het vaak over de leuke herinneringen, houdt van verhaaltjes over en foto’s van de overledene. De overleden ouder wordt nu gezien als een soort van heilige, beschermengel en wordt bestempeld als een held. Het kind heeft een beeld van de plaats waar de overledene nu is (vaak in de hemel).
9-11 jaar	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Typisch</u>: “Ik wil gewoon alle feiten horen!” • <u>Ontwikkeling</u>: <i>concreet operationeel denken</i> verbetert de logica en begrip van oorzaak en gevolg. Het kind kan geen goede conclusies trekken zonder voldoende informatie: het wil gedetailleerde informatie. Verder vermijdt het sterke emoties. Vrienden zijn mensen om leuke dingen mee te doen en het kind accepteert de autoriteit van de ouder nog en wil de ouder graag helpen. • <u>Normale rouw</u>: houdt vast aan rituelen om de overledene te herinneren, maar ontwijkt daarnaast ook zijn gevoelens van verdriet. De overleden ouder wordt nu meer gezien als een soort coach of vriend. Het is niet ongebruikelijk dat het kind de aanwezigheid van de overleden ouder ervaart.
12 – 14 jaar	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Typisch</u>: ‘Ik huil op mijn kamer...alleen!’ • <u>Ontwikkeling</u>: <i>formeel operationeel denken</i> → is nog enigszins inconsistent. Het kind ondergaat lichamelijke veranderingen en heeft ambivalente gevoelens t.a.v. (on)afhankelijkheid. Het kind trekt zich emotioneel terug van zijn/haar ouders, met name meisjes leggen de nadruk op het veranderen v.d. relatie met hun ouders. Egocentrisme steekt de kop op en acceptatie door leeftijdsgenoten wordt als extreem belangrijk gezien. • <u>Normale rouw</u>: enigszins egocentrisch en kan ongevoelig lijken voor het overlijden van de ouder. Deze onverschillige houding zie je met name terug als het kind zich onder leeftijdsgenoten bevindt. Na het overlijden wordt de ouder o.a. gezien als een adviseur, een gids en een sociaal rolmodel. Voelt duidelijke aanwezigheid van de overledene (voert bijv. gesprekken met de overledene). Soms heeft het kind de behoefte om kleding te dragen of andere bezittingen van de overledene bij zich te dragen.
15 – 17 jaar	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Typisch</u>: ‘Er is zoveel veranderd...niets zal meer hetzelfde zijn!’ • <u>Ontwikkeling</u>: <i>formeel operationeel denken</i>. Integreert de toekomst met het heden en verleden en is minder ambivalent m.b.t. (on)afhankelijkheid. Het kind is in staat meer intieme relaties met leeftijdsgenoten aan te gaan en denkt meer na en is niet meer zozeer met zichzelf bezig. Het kind heeft meer begrip voor het gezin, maar heeft moeite met heftige gebeurtenissen binnen het gezin. Jongens verlangen eerder naar een separatie met de ouders, meisjes behouden de relatie, maar veranderen deze. • <u>Normale rouw</u>: Het kind trekt zich het verdriet en de zorgen van de overlevende ouder erg aan. De rouw begint al volwassen vormen aan te nemen wat betreft het (overdadige) verdriet en pijnlijke herinneringen, maar de duur is korter. Is bang dat het de toekomstige zelfstandigheid niet aankan en stelt zichzelf vragen over de eigen gezondheid. Het kind heeft regelmatig contact met de overledene en probeert zich te ontwikkelen volgens de wensen van de overleden ouder.

§ 3.1.1. Oudere literatuur over het bestaan van rouw bij zeer jonge kinderen

Over het bestaan van rouwprocessen bij zeer jonge kinderen lopen de meningen in de oudere literatuur redelijk uiteen. Bowlby (1973) zegt dat een kind vóór de leeftijd van zes maanden zich nog niet kan hechten, en dus ook geen besef van verlies heeft. Een kind tot zes maanden zou zich in deze optiek dus niet bewust zijn van het verlies van een ouder en om die reden dus ook niet kunnen rouwen. Echter na die leeftijd zouden de kinderen in staat zijn te rouwen zoals volwassenen dat doen. Dat wil zeggen, dat er na de leeftijd van zes maanden geen verschil meer bestaat tussen de rouwprocessen bij volwassenen en bij het kind.

Daarentegen beweren Burlingham en Freud (1949) dat “stoornissen die in de eerste levensjaren optreden, het gehele latere leven hun sporen achter kunnen laten” (p. 17). Dit zou vooral het geval zijn als het om het gevoelsleven van het kind gaat. Als het kind in de eerste levensjaren een ouder verliest (een ‘stoornis’), zou dit in de optiek van Burlingham en Freud dus wel degelijk invloed hebben op het verdere leven.

§ 3.1.2. Vervanging van de overledene

Het belangrijkste voor kinderen van twee jaar of jonger is dat er een goede vervanger van de overleden ouder is, die het kind kan voorzien in zijn/haar primaire behoeften (Gustavsson & MacEachron, 2000). Als dat het geval is, merkt het kind weinig van het verlies. Uitingen van rouw komen bij deze jonge kinderen meer gedragsmatig of lichamelijk naar voren (bijvoorbeeld: huilerig of eet-/slaapproblemen).

§ 3.1.3. De betekenis van de dood

Hoewel Gustavsson en MacEachron (2000) geen empirisch onderzoek uitvoerden, trekken zij in hun artikel wel een conclusie over kinderen jonger dan twee jaar. Zij zeggen dat kinderen tussen de nul en twee jaar geen verschil zien tussen dood en afwezigheid. In de ogen van kinderen op deze leeftijd betekent dood simpelweg ‘de afwezigheid’ van de ander.

§ 3.1.4. Het verlies ontkennen

Het onderzoek van Kaffmann en Elizur (1984) is eveneens niet recent, maar boekt wel een aantal opvallende resultaten. In hun prospectieve studie trachten zij bij 24 kibboets kinderen te onderzoeken wat de affectieve reacties, de afweermechanismen, de copingmechanismen en de somatische en cognitieve uitingen zijn op het verlies van hun vader, die is omgekomen tijdens de oorlog in Israël (1973). Hoewel in hun onderzoek onderscheid gemaakt wordt tussen twee leeftijdsgroepen, namelijk één tot zes jaar en zes tot

tien jaar, zijn de leeftijdsgroepen vrij groot en het lijkt aannemelijk dat er binnen deze leeftijdsgroepen ook nog verschillen zijn wat betreft de rouwverwerking. Hoewel Kaffmann en Elizur (1984) dus niet specifiek onderzoek doen naar kinderen van twee jaar of jonger, gebruiken we hier toch hun conclusies over kinderen jonger dan zes jaar, gezien het feit dat dit de enige empirische studie is waar kinderen jonger dan twee bij betrokken zijn.

Kaffmann en Elizur (1984) benadrukken dat kinderen jonger dan zes jaar de neiging hebben om het overlijden van de ouder te ontkennen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat ze nog geen volledig ontwikkeld beeld hebben van de dood. Het ontkennen van het overlijden zou echter ook kunnen dienen als een soort tijdelijk defensiemechanisme, om zichzelf tegen de pijnlijke realiteit te beschermen. Kinderen in deze leeftijdsgroep zien doodgaan nog niet als iets definitiefs en gaan er daarom vanuit dat hun vader of moeder over een tijdje gewoon weer terugkomt.

Over de manier van verwerken en herinneren en over de invloed van het verlies van een ouder op het gedrag van het kind, kan in het kader van de onderzochte literatuur verder niets gezegd worden.

§ 3.1.5. Conclusie

Samenvattend kunnen we over de rouwverwerking bij kinderen van nul tot twee jaar weinig solide conclusies trekken. Onduidelijk is nog steeds of er bij kinderen van deze leeftijd überhaupt sprake kan zijn van rouwverwerking. De meningen van Bowlby (1973) en Burlingham en Freud (1949) verschillen hierover nogal. Duidelijk is in ieder geval dat de voornaamste bron van distress bij deze kinderen de afwezigheid van de voornaamste verzorger is en dat men op deze leeftijd nog geen goed beeld heeft van de dood. Indien aanwezig, zijn de uitingen van rouw vooral gedragsmatig en lichamelijk van aard.

§ 3.2. De preoperationele periode: 2 – 7 jaar

Over de rouwprocessen bij kinderen in de leeftijdsgroep van twee tot zeven jaar bestaat meer onderzoek, dan over de rouwprocessen bij kinderen in de sensorimotor periode. In de preoperationele periode denken kinderen volgens Piaget op een symbolisch of ‘magisch’ niveau. In het dagelijkse leven gebruiken ze spel en fantasie om hun gevoelens en gedachten weer te geven. Het magisch denken komt bijvoorbeeld naar voren in de relatie die kinderen in deze leeftijdsfase erop nahouden met foto’s van de overleden ouder. De kinderen zien de foto

vaak als een soort representatie van de persoon zelf. Ze praten ermee, vertellen het verhaaltjes en bootsen de stem van de overledene na (Kaffmann & Elizur, 1984).

§ 3.2.1. Vervanging van de overledene

Net als in de sensorimotor periode is de grootste bron van verdriet en stress bij kinderen van twee tot zeven jaar het gescheiden zijn van de voornaamste verzorger (Christ et al., 2002). Toch is het in staat om een vervangende verzorger te accepteren als de oorspronkelijke verzorger wegvalt. Kaffmann en Elizur (1984) ontdekten in hun onderzoek dat vooral kinderen jonger dan zes jaar op zoek gaan naar een vervangende vader. De kinderen zeggen tegen hun moeder dat ze moet hertrouwen of ze zoeken genegenheid bij een andere vader. Een mogelijke verklaring die Kaffmann en Elizur (1984) geven voor dit verschijnsel is, dat de kinderen het verstoorde gezinssysteem willen herstellen.

§ 3.2.2. De betekenis van de dood

In de voorafgaande periode werd al aangestipt dat kinderen tot een jaar of zes nog geen volledig ontwikkeld beeld hebben van de dood (Kaffmann & Elizur, 1984). Vooral kinderen jonger dan zes jaar proberen de dood te vertalen in bekende concepten, zoals slapen (Kaffmann & Elizur, 1984). Volgens Piaget (1966) is dit voornamelijk bij kinderen van drie tot vier jaar het geval. Pas in de laat preoperationele periode (zes à zeven jaar) beseft het kind langzaam dat de ouder na het overlijden niet meer terugkomt en dat de dood universeel is (“ik kan ook dood gaan”). Maar een realistisch beeld van de dood heeft het kind nog niet. Doordat het kind in deze fase nogal eens oorzaak en gevolg door elkaar haalt, is het snel bang dat boze gedachten, woorden of wensen kunnen leiden tot de dood van een ander (Christ et al., 2002). Kaffmann en Elizur (1984) benadrukken dat op bezoek gaan bij het graf van de overleden ouder kan helpen om kinderen te laten begrijpen hoe definitief de dood is.

In deze periode van de ontwikkeling wordt de overledene door het kind vaak gezien als een soort beschermengel, een heilige of als een ware held (Christ et al., 2002). Kaffmann en Elizur (1984) merken op dat eenderde van de kinderen tot een jaar of tien de eigenschappen en gedragingen van de overleden ouder probeert te reproduceren.

§ 3.2.3. De manier van verwerken en herinneren

Voor volwassenen is de manier van verwerken bij kinderen vaak onbegrijpelijk (Gustavsson & McEachron, 2000). Met name vanaf ongeveer vier jaar kan het kind behoorlijk veel vragen gaan stellen over het overlijden van de ouder en over de dood in het algemeen.

Het kind kan daarbij soms nogal schokkende vragen stellen, die in de ogen van de ouder niet gepast zijn. Tevens kan het kind gewoon spelen met vriendjes. Hierdoor lijkt het alsof het kind helemaal niet bezig is met het overlijden van de ouder.

Over de manier waarop kinderen tot een jaar of zeven hun overleden ouder herdenken en herinneren trekken Kaffmann en Elizur (1984) de volgende conclusie: ze gebruiken meer concrete ervaringen om hun overleden ouder te herinneren. Ze praten veel over hun gevoelens en ervaringen, koesteren de gekregen cadeautjes en de overige bezittingen van de ouder.

Ook op het gebied van psychologische verwerking trekken Kaffmann en Elizur hun conclusies. Het plotselinge verstoorde evenwicht in het gezin, als gevolg van de dood en de daarop volgende veranderingen in de gezinssituatie vraagt veel van het aanpassings- en copingvermogen van het kind. In hun onderzoek reageert maar liefst 45% van de kinderen tussen de twee en tien jaar pathologisch op het overlijden van de vader. Dit betekent dat het kind zo heftig op het overlijden reageert dat het de dagelijkse activiteiten belemmert (Reber, 2004). Ook Bowlby (1973, p.5) trekt de conclusie dat “separatie in de vroege kindertijd een grote kans levert op vele pathologische condities op latere leeftijd”. Als een kind zo heftig reageert op het overlijden van de ouder is psychologische hulp zeer raadzaam.

Opmerkelijk is echter dat in de overige onderzochte literatuur verder geen duidelijke aanwijzingen zijn te vinden dat het verlies van een ouder zou leiden tot een ernstig verhoogd risico op depressie. Silverman en Worden (1992) en Dowdney en collega's (1999) beweren onder andere dat kinderen tussen de zes en zeventien jaar wel disstress ervaren als reactie op het overlijden van een ouder, maar dat deze meestal niet zorgwekkend is. Ook het onderzoek van Gersten, Beals en Kallgren (1991) toont aan dat slechts 10% van de kinderen tussen de acht en vijftien jaar depressief is als gevolg van het verlies van een ouder.

§ 3.2.4. De effecten

In de preoperationele periode kunnen we de invloed van het verlies van een ouder op het kind vooral opmaken uit zijn/haar gedragingen. Net als in de sensorimotor periode zijn uitingen van rouw op deze leeftijd voornamelijk gedragsmatig en lichamelijk zichtbaar. Zo is er bij 63% van de kinderen tussen de één en zes jaar sprake van afhankelijkheid na het overlijden van de ouder (in vergelijking met 5% van de kinderen vóór het overlijden) (Kaffmann & Elizur, 1984). Het kind wil de overlevende ouder niet meer uit het oog verliezen, is erg aanhankelijk en wil niet van de ouder gescheiden worden.

Bovendien concluderen Kaffmann en collega's dat angsten bij 42% van de kinderen voorkomen (in vergelijking met 9% vóór het overlijden). Het soort angst verschilt nogal, van

angst voor specifieke objecten of situaties tot angst om zelf gewond te raken, maar de angsten die het meeste voorkomen uiten zich in slaapproblemen en angst voor de nacht. Tenslotte zien Kaffmann en Elizur bij jonge kinderen (één tot zes jaar) ook een toename in agressief gedrag. Het temperament is, als gevolg van de rouw, minder stabiel en er is sprake van een toename in negativisme en koppigheid.

In aansluiting hierop concluderen Tschann, Kaiser, Chesney, Alkon en Boyce (1996) in hun onderzoek naar de weerbaarheid en kwetsbaarheid bij kinderen tussen twee en vijf jaar, dat kinderen met een moeilijker temperament en kinderen die leven in een stressvol gezinsklimaat de meeste internaliserende en externaliserende gedragsproblemen hebben in vergelijking met andere kinderen. Een moeilijk temperament werkt dus als een kwetsbare factor voor internaliserende en externaliserende gedragsproblemen en geobserveerde agressie. Een gemakkelijk temperament echter werkt als een beschermende factor voor deze uitkomsten.

§ 3.2.5. Het bijwonen van begrafenisrituelen

Een opmerkelijke bevinding in deze thesis betreft het al dan niet bijwonen van de begrafenisrituelen. In een aantal onderzoeken komt naar voren dat kinderen over het algemeen meestal de begrafenisrituelen bijwonen (Silverman & Worden, 1992). Jonge kinderen worden echter nogal eens uitgesloten van deze rituelen, zoals het afscheid nemen bij de kist, het bijwonen van de afscheidsdienst en de bijzetting in het graf (Silverman & Worden, 1992). Ouders willen hun jonge kind beschermen tegen de heftige emoties die opgeroepen worden tijdens zulke rituelen. Volgens Worden (1991) heeft een goede voorbereiding op de begrafenis en het bijwonen ervan echter een positieve invloed op de mate waarin het kind een begrip heeft van de dood en waarin het kind zichzelf ziet als deelnemer in het familiedrama.

§ 3.2.6. Hulpverlening

Een ander opvallend resultaat, gevonden door Dowdney en collega's (1999), betreft de mate waarin hulpverlening voor kinderen tot zeven jaar voor handen is. In hun onderzoek bestuderen zij wat de effecten zijn van de geboden hulpverlening aan het kind en aan de overlevende ouder op de psychiatrische problematiek. Zij komen tot de conclusie dat er voor kinderen jonger dan vijf jaar maar weinig hulp beschikbaar is. Ook als de ouder aangeeft dat het kind behoefte heeft aan hulpverlening, wordt er nog steeds minder hulp geboden dan aan oudere kinderen.

§ 3.2.7. Conclusie

Kinderen van twee tot zeven jaar denken vooral op een ‘magisch niveau’. Ze gebruiken spel en fantasie om hun gevoelens weer te geven en ze gebruiken bekende concepten om de dood te beschrijven. Het beeld over de dood is nog niet volledig ontwikkeld, maar begint wel concretere vormen aan te nemen. De kinderen zijn van mening dat boze woorden of gedachten kunnen leiden tot de dood van een ander. Nog steeds is de grootste bron van disstress het gescheiden zijn van de voornaamste verzorger, maar denkt het kind ook dat het gezinssysteem hersteld kan worden door een ‘nieuwe’ ouder te zoeken. Gedragingen zijn nog steeds voornamelijk lichamelijk en gedragsmatig: het gedrag van de overleden ouder imiteren, veel vragen stellen en praten over de dood, afhankelijkheid, angstig gedrag (vooral slaapangst en nachtangst), agressie en koppigheid. Twee opvallende resultaten zijn dat kinderen in deze leeftijdscategorie vaak uitgesloten worden van de begrafenisrituelen en dat de beschikbare hulpverlening gering is.

§ 3.3. De concrete operationele periode: 7 – 11 jaar

Kinderen in de concrete operationele periode ontwikkelen cognitieve processen en denken meer logisch en realistisch na over ervaringen (Piaget, 1966). Hierdoor krijgt het kind een beter begrip van oorzaak en gevolg en kan dus beter logische verbanden leggen. Tevens is het kind in deze periode al wat meer in staat zelf conclusies te verbinden aan bepaalde gebeurtenissen, maar heeft daarvoor nog wel veel gedetailleerde informatie nodig. Verder is een typisch kenmerk van deze periode dat het kind sterke emoties probeert te vermijden, het kind onderdrukt zijn gevoelens van verdriet (Christ et al., 2002).

§ 3.3.1. Kritieke periode

Een belangrijke algemene bevinding over het effect van het verlies van een ouder op kinderen is gevonden door Birtchnell (1972). Birtchnell onderzocht volwassenen, die in hun kindertijd een ouder verloren hebben, op het voorkomen van psychiatrische stoornissen en kwam tot de conclusie dat personen die voor hun tiende levensjaar een ouder verliezen, een grotere kans hebben op toekomstige psychiatrische stoornissen. Dat wil zeggen, dat er voor het tiende jaar sprake is van een soort kritieke periode.

§ 3.3.2. De betekenis van de dood

Als kinderen een jaar of zeven zijn realiseren ze zich volledig dat de dood onomkeerbaar en universeel is en proberen ze de dood beter te begrijpen. Dit doen ze door

veel realistische vragen te stellen over de dood (Kaffmann & Elizur, 1984). Ze proberen het hoe, wat en waarom van het overlijden beter te begrijpen, maar vinden het echter wel moeilijk om over het daadwerkelijke verlies te praten. Dit in tegenstelling tot jongere kinderen, die er geen moeite mee hebben om te praten over de overleden ouder. Tevens gaan kinderen in de concrete operationele fase op een meer symbolische manier om met de dood door het thema te integreren in hun spel en bij het lezen, schrijven en tekenen.

§ 3.3.3. De manier van verwerken en herinneren

In paragraaf 3.1. en 3.2. werd al beschreven dat Kaffmann en Elizur (1984) twee groepen onderscheiden met betrekking tot de manier van verwerken en herinneren. Gebruiken kinderen tot zes jaar nog vooral concrete herinneringen, plaatsen en bezittingen van de overledene om de ouder te herdenken, kinderen tussen de zes en tien jaar herdenken hun overleden ouder echter een stuk minder opvallend. Kinderen tot een jaar of tien praten minder over het verlies, ze trekken zich terug uit de sociale omgeving als ze aan hun overleden ouder denken. Verwerken en herinneren doen ze door naar foto's te kijken, door brieven te lezen en door naar de begraafplaats te gaan.

Silverman en Worden (1992) voerden een correlatieel onderzoek uit bij 125 niet-klinische kinderen. Van deze kinderen waren 62 kinderen tussen de zes en elf jaar, welke zij de 'jongere' leeftijdsgroep noemden en 63 kinderen tussen de twaalf en zestien jaar, welke zij de 'oudere' leeftijdsgroep noemden. Daarnaast legden ze vast dat 74% van de kinderen hun vader was verloren en 26% hun moeder. Uit dit onderzoek komt naar voren dat jongere kinderen (dus tussen de zes en elf jaar) vaker en langer huilen dan oudere kinderen (van twaalf tot zestien jaar) en dat vooral 'jongere' kinderen nog veel gesprekken voeren met de overledene (in 57% van de gevallen). Hiervan gelooft 43% dat ze een antwoord terugkrijgen van de overledene. Ook Kaffmann en Elizur (1984) beweren dat 86% van de kinderen tot tien jaar last heeft van ernstige huilreacties. Ze huilen niet alleen veel om het feit dat hun vader of moeder weg is, maar ze koppelen ook ander verdriet aan de dood.

Een grootschalig onderzoek naar de kwetsbaarheid en weerbaarheid voor ernstige gebeurtenissen, uitgevoerd door Tiet en collega's (1998), toont aan dat kinderen tussen de negen en zeventien jaar beter weerstand kunnen bieden aan vervelende gebeurtenissen als het gezin beter functioneert en als ze een betere band met hun ouders hebben. Tevens noemen zij dat kinderen met een betere gezondheid en met een hoger IQ beter in staat zijn zich aan te passen aan de nieuwe situatie als gevolg van het overlijden van een ouder. Ook speelt de

begeleiding door anderen een rol. Kinderen zijn weerbaarder als zij meer begeleiding en toezicht ontvangen van hun ouders.

§ 3.3.4. De effecten

De impact die het overlijden van een ouder heeft op kinderen is niet gering. Maar liefst 65% van de kinderen tot tien jaar kampt met gezondheidsproblemen (Kaffmann & Elizur, 1984). Rouwverwerking verloopt bij deze kinderen volgens hen dus maar zelden op een adequate manier. Tevens beweren zij dat 54% van de kinderen ouder dan twee jaar last heeft van een verstoring, die het dagelijks leven zo erg beïnvloedt dat hulpverlening haast onvermijdelijk is. Weller, Weller, Fristad & Bowes (1991) vinden in hun onderzoek bij prepuberale kinderen dat 37% van de kinderen lijdt aan een depressieve stoornis één jaar na het overlijden. Gersten en collega's (1991) echter kunnen deze bevinding maar deels bevestigen. In hun onderzoek naar de mogelijkheden voor preventie-interventies concluderen zij dat het verlies van een ouder bij 10% van de kinderen tussen de acht en vijftien jaar leidt tot depressie. In hun resultaten komt tevens naar voren dat het verlies van een ouder géén risicofactor is voor het ontstaan van gedragsstoornissen. Ook Silverman en Worden (1992) en Dowdney en collega's (1999) beweren dat kinderen tussen de zes en zeventien jaar wel disstress ervaren als reactie op het overlijden van een ouder, maar dat deze meestal niet zorgwekkend is. Over het voorkomen en de ernst van depressieve symptomatologie bestaat dus nog enige onenigheid.

Het verlangen om weer samen te zijn met de overleden ouder komt in deze leeftijdsgroep veel voor. In aansluiting hierop benadrukken Weller et al. (1991) dat dit verlangen kan leiden tot zelfmoordgedachten. Zelfmoordgedachten komen tot stand omdat het kind ernaar verlangt weer samen te zijn met de overleden ouder, niet omdat het zijn eigen leven niet meer ziet zitten (Dowdney, 2000). In werkelijkheid worden deze zelfmoordgedachten echter maar zelden uitgevoerd.

Silverman en Worden (1992) nemen in hun onderzoek de Child Behaviour Checklist af (CBCL) en trekken daaruit de conclusie dat vooral meisjes in de leeftijdsgroep van zes tot elf jaar hoge CBCL scores hebben. Kinderen met hoge CBCL scores geven aan minder sociale steun te ervaren van vrienden, zij hebben het gevoel minder controle te hebben over de dingen die om hun heen gebeuren en hebben een lager zelfbeeld en minder zelfvertrouwen. Overigens hebben jongens in deze leeftijdsgroep de minst hoge CBCL scores. Kinderen ouder dan elf jaar scoren gemiddeld.

In veel gevallen nemen bij kinderen ouder dan zes jaar de angsten toe als gevolg van het overlijden van een ouder. Dit gebeurt in 42% van de onderzochte kinderen (Kaffmann & Elizur, 1984). Er ontstaat vooral een angst voor de dood, maar ook wordt het kind bang om zelf verwond te geraken (of de overlevende ouder) en ontwikkelt het een toegenomen angst voor ziekten (voornamelijk als de ouder overleden is als gevolg van een ziekte). Vooral kinderen die een ouder verloren hebben door zelfmoord, hebben een verhoogde prevalentie van angst, woede en schaamte (Cerel, Fristad, Weller & Weller, 1999). Dit kan mogelijk verklaard worden, doordat deze kinderen voor het overlijden van de ouder al een vergrote kans hebben op gedragsproblemen en angstsymptomen, omdat de gezinssituatie vaak minder stabiel is (Cerel et al., 1999). In het onderzoek van Kaffmann en Elizur komt tevens naar voren dat agressief gedrag bij kinderen in deze leeftijdsgroep vaak toeneemt. Kinderen van een overleden ouder schelden en vloeken meer, ze hebben meer last van woede-uitbarstingen en vertonen meer irritant gedrag. Opvallend is dat de woede soms geuit wordt op de overleden ouder, maar meestal zijn de uitingen gericht op de overlevende ouder.

Thompson en collega's (1998) onderzochten met behulp van drie verschillende doelgroepen (in de leeftijdsgroep van negen tot vijftien jaar) wat de psychologische gevolgen waren van het verlies van een ouder en wat de invloed was van secundaire stressoren op de rouwverwerking. De eerste groep bestond uit kinderen die een ouder verloren hadden door moord, de tweede groep uit kinderen die een ouder verloren hadden door een natuurlijke dood en de derde groep bestond uit kinderen die geen van hun ouders verloren hadden. Zij komen tot de conclusie dat hoe meer gebeurtenissen het kind heeft meegemaakt, des te meer internaliserende en externaliserende (gedrags-)problemen er worden gerapporteerd door het kind en door de overlevende ouder en dat er bij kinderen tot een jaar of twaalf meer sprake is van internaliserende problemen dan bij oudere kinderen.

§ 3.3.5. Het bijwonen van de begrafenisrituelen

Het onderzoek van Silverman en Worden (1992) werd in de vorige ontwikkelingsfase al aangestipt toen het bijwonen van begrafenisrituelen werd besproken. De leeftijdsgroep die in dit onderzoek wordt onderzocht omvat niet alleen kinderen in de preoperationele periode, maar ook kinderen in de concrete operationele periode. Kinderen tot een jaar of elf wonen de begrafenisrituelen minder vaak bij dan oudere kinderen en volwassenen. Dit is waarschijnlijk een gevolg van het idee dat volwassenen hun kind willen beschermen tegen heftige emoties en nare ervaringen of beelden.

§ 3.3.6. Conclusie

In de concrete operationele periode ontwikkelen kinderen meer cognitieve processen, waardoor ze in staat zijn om meer logisch en realistisch na te denken over ervaringen. Ze beseffen dat de dood onomkeerbaar is, maar stellen nog wel veel vragen over de dood. Over het verlies zelf willen ze echter niet praten, ze onderdrukken hun eigen gevoelens. Rouwen doen ze zo onopvallend mogelijk, alleen op hun kamer. Tot een jaar of elf hebben de kinderen veel contact met de overledene, wat vaak een verlangen naar het weer samenzijn oproept. Dit leidt tot zelfmoordgedachten, maar deze worden maar zelden uitgevoerd. Gezondheidsproblemen komen veel voor, evenals angststoornissen (voor ziekte, eigen verwondingen en de dood) en agressief gedrag. Kinderen in deze leeftijdsgroep hebben meer internaliserende problemen dan oudere kinderen en ook deze kinderen wonen de begrafenisrituelen minder bij.

§ 3.4. De formele operationele periode: 12 jaar en ouder

De laatste periode in de ontwikkeling die Piaget (1966) beschrijft is de formele operationele periode. Kinderen van twaalf jaar en ouder vallen hier onder. In deze periode gaan kinderen volgens Piaget (1966) rationeler en systematischer denken en begint het kind te fantaseren over dingen die de realiteit te boven gaan. Ze staan niet meer alleen stil bij actuele en reële dingen, maar ze houden zich ook bezig met hypothetische gebeurtenissen, met wat zou kunnen gebeuren. Om die reden houden ze zich veel bezig met zaken als gezondheid, ziekte en overlijden (Christ et al., 2002).

§ 3.4.1. De betekenis van de dood

Kinderen vanaf een jaar of twaalf zijn goed in staat volledig te beseffen dat de dood onvermijdelijk, universeel en onomkeerbaar is. Omdat alles ineens zo reëel is kunnen ze daar behoorlijk van ondersteboven zijn. Tevens zien kinderen in deze leeftijdsgroep hun overleden ouder als een rolmodel. Ze doen erg hun best om de levensdoelen en de normen en waarden van de overleden ouder na te leven (Christ et al., 2002).

§ 3.4.2. De manier van verwerken en herinneren

Typisch voor kinderen rond de leeftijd van dertien jaar, is dat ze veel alleen willen zijn (Harris, 1991; Christ et al., 2002). Ze trekken zich terug op hun kamer om te huilen en om aan hun overleden ouder te denken. Kinderen in deze leeftijdsgroep bevinden zich in een fase waarin veel veranderingen plaatsvinden (op lichamelijk, sociaal, emotioneel en cognitief

gebied), die op zich al veel verwarde gevoelens met zich mee kunnen brengen. Ze hebben ambivalente gevoelens ten aanzien van (on)afhankelijkheid: aan de ene kant hebben ze hun ouders nog hard nodig, maar aan de andere kant willen ze meer afstand van hun ouders nemen (Harris, 1991; Christ et al., 2002).

Daarnaast is het voor kinderen in deze periode erg belangrijk om geaccepteerd te worden door leeftijdsgenoten en om gelijk te zijn aan hen. Een traumatische gebeurtenis als het verlies van een ouder maakt het moeilijk om deze wens te realiseren, en daarom neemt het kind in het bijzijn van leeftijdsgenoten vaak een onverschillige houding aan ten aanzien van het verlies van de ouder. Het opzoeken van vrienden is voor de adolescent ook een manier om even niet aan het verlies te denken, om even afleiding te zoeken. Het gevolg hiervan is echter wel, dat men een stuk kwetsbaarder is als de vriendschap stukloopt (Harris, 1991).

Als de kinderen iets ouder zijn (ouder dan vijftien jaar) worden ze minder egocentrisch en raken ze meer begaan met het verdriet en de zorgen van de overige gezinsleden. De manier van rouwen begint al meer volwassen vormen aan te nemen. Huilen komt veel voor, evenals het ervaren van pijnlijke herinneringen, maar de duur van de rouw is over het algemeen korter. Het lijkt er op dat kinderen in deze leeftijdsgroep niet alleen uit zichzelf meer volwassen vormen van rouwen aannemen, maar dat er tevens sprake is van een soort verwachting van de overlevende ouder. Silverman en Worden (1992) vonden in hun onderzoek het opzienbarende resultaat dat ouders vaak aan hun kinderen vertellen dat ze nu maar volwassen moeten worden en dus sterk en flink moeten zijn. Mede als gevolg hiervan is 42% van de kinderen meer geneigd om zijn/haar eigen gevoelens voor zich te houden om het de overlevende ouder niet nog zwaarder te maken dan het al is.

Het onderzoek van Tiet en collega's (1998) werd al besproken in de concrete operationele periode, maar ook in deze periode gelden de door hun genoemde resultaten. In hun onderzoek komen zij tot de conclusie dat alle kinderen tussen de negen en zeventien jaar beter weerstand kunnen bieden tegen vervelende gebeurtenissen als het gezin beter functioneert, als ze een betere band met de gezinsleden hebben, als het kind een betere gezondheid en een hoger IQ heeft. We zien hier dus dat er een aantal factoren van invloed zijn op de rouwverwerking die voor een grote leeftijdsgroep geldt. Deze factoren zijn dus niet enkel van invloed op de manier van rouwverwerking bij adolescenten, maar ook bij schoolgaande kinderen.

§ 3.4.3. De effecten

Om een beter beeld van het verloop van de rouw bij adolescenten te krijgen, doet Harris (1991) een onderzoek bij kinderen van dertien tot achttien jaar. Door elf adolescenten gedurende een jaar te volgen, krijgt zij een goed zicht op de effecten van het verlies van een ouder op zijn/haar dagelijks leven. In de eerste zes maanden hebben veel adolescenten last van slaapproblemen en concentratieproblemen. Tevens gaan de schoolprestaties aanzienlijk achteruit. Met name dagdromen, herinneringen en de bezorgdheid over de overlevende ouder dragen er toe bij dat men op school achteruit gaat. Na zeven maanden wordt de problematiek bij meer dan de helft van de proefpersonen ernstiger en worden depressie, alcoholmisbruik en geweld gerapporteerd.

Raveis, Siegel, en Karus (1999) onderzochten 83 gezinnen waarbij in de afgelopen achttien maanden een ouder gestorven was aan de gevolgen van kanker. De overlevende ouder en een aselect geselecteerd kind tussen de zes en zestien jaar werden individueel geïnterviewd en aan de hand daarvan werd bekeken welke factoren de aanpassing van het kind aan het verlies beïnvloeden. Wat duidelijk naar voren komt, is dat de communicatie in het gezin erg belangrijk is voor de manier van rouwverwerking bij de kinderen. Een positief beeld over de communicatie met de overlevende ouder blijkt samen te hangen met minder depressieve en angstige symptomen bij het rouwende kind. Als het kind dus het idee heeft dat het zijn gevoelens kan uitten, is er minder kans op depressie of angststoornissen. Tevens blijkt dat angstige symptomatologie gecorreleerd is met de leeftijd van het kind: oudere kinderen (ouder dan 12 jaar) rapporteren over het algemeen minder angstige symptomen dan jongere kinderen.

Toch is depressie, net als in de voorafgaande ontwikkelingsfasen, ook een veel voorkomend symptoom bij adolescenten die een ouder hebben verloren. Harrison en Harrington (2001) nemen een onderzoek af bij 1746 adolescenten (tussen de elf en zestien jaar) om meer te leren over het voorkomen van rouwervaringen in de adolescentie. Zij vonden dat verlies ook bij adolescenten gepaard gaat met meer depressieve symptomen. De ernst van optredende symptomatologie is echter afhankelijk van het idee dat de adolescent heeft over hoe het verlies het leven heeft veranderd. Als het leven moeilijker en zwaarder is geworden in de optiek van de adolescent, dan heeft het verlies meer impact en is er sprake van meer symptomatologie (Harrison & Harrington, 2001).

§ 3.4.4. Hulpverlening

In de preoperationele periode konden we al concluderen dat kinderen jonger dan vijf jaar slechts minimale hulpverlening aangeboden krijgen, zelfs als de vraag naar hulpverlening bij deze kinderen groot is. Dit patroon kan niet teruggevonden worden bij adolescenten.

Als Harrison en Harrington (2001) in hun onderzoek vragen naar de behoefte van adolescenten om over het verlies te praten en naar hun behoefte aan hulpverlening, komt naar voren dat 87% van de adolescenten weinig tot niet praat over het verlies en hun verdriet (dit werd ook al eerder aangetoond door Harris, 1991 & Christ et al., 2002). Een opmerkelijk resultaat is bovendien dat adolescenten die wèl veel over het verlies praten, meer depressieve symptomen vertonen dan adolescenten die niet over het verlies praten. Als men over het verlies spreekt, dan is dit voornamelijk met de overgebleven ouder of met andere volwassene familieleden. Slechts 54% van de kinderen geeft aan regelmatig met zijn/haar beste vriend(in) te praten over het verlies (Silverman & Worden, 1996). Professionele hulpverlening wordt echter maar zelden gezocht. Bijna 89% van de adolescenten is van mening dat men geen professionele hulp nodig heeft voor de manier waarop zij met het verlies omgaan en hoe zij zich voelen (Harrison & Harrington, 2001).

Sandler en collega's (1992) en Sandler en collega's (2003) voerden een onderzoek uit naar de effecten van een bepaalde vorm van hulpverlening, het Family Bereavement Program, op de manier van verwerken van een verlies. Het Family Bereavement Program zou onder andere leiden tot een afname in gedragsstoornissen bij kinderen tussen de elf en zeventien jaar en tot een verbeterde relatie tussen de overlevende ouder en het kind. Ondanks de resultaten dat adolescenten geen behoefte hebben aan hulpverlening, lijkt het er dus op dat hulpverlening toch wel degelijk nut heeft.

§ 3.4.5. Conclusie

Doordat kinderen ouder dan twaalf jaar meer rationeel en systematisch gaan denken, zijn ze in staat om meer over hypothetische gebeurtenissen na te denken. Thema's als ziekte, gezondheid en de dood houden hun dan ook veel bezig. Ze zijn in staat te beseffen dat de dood onvermijdelijk, universeel en onomkeerbaar is en ze zien de overledene als een soort rolmodel. Ze uiten hun gevoelens niet graag in het bijzijn van anderen en als ze ouder worden, zijn ze meer begaan met de gevoelens van anderen, waardoor hun eigen gevoelens op de tweede plaats komen. Acceptatie door leeftijdsgenoten is erg belangrijk. Angststoornissen zijn veel minder aan de orde dan in de voorgaande periode, wel komen slaapproblemen en concentratieproblemen veel voor. Vormen van alcoholmisbruik, geweld en depressie komen

nu ook meer voor. Tenslotte praten adolescenten niet graag over hun verlies en professionele hulp wordt dan ook maar zelden gezocht.

4. Discussie

Het doel van deze thesis was onderzoeken wat het effect van leeftijd is op de manier van rouwverwerking bij kinderen. Door bestaande literatuur te bestuderen en met elkaar te vergelijken, was het mogelijk een beeld te krijgen over wat er al bekend is over de rouwprocessen bij kinderen en wat het effect van leeftijd hier op is. In de inleiding werd al een voorspelling gedaan over de te verwachten resultaten. Verwacht werd dat er met name op het gebied van het *beseft* van de dood, verschillen gevonden zouden worden bij kinderen op verschillende leeftijden. Daarnaast werd verwacht dat de manier van rouwverwerking mede bepaald wordt door het cognitieve- en emotionele ontwikkelingsniveau van het kind. Deze beide hypothesen kunnen, na het bestuderen van de literatuur, bevestigd worden.

§ 4.1. De gevonden resultaten

Als gekeken wordt naar de resultaten in zijn algemeen, kunnen een aantal conclusies getrokken worden met betrekking tot de verschillende manieren van rouwverwerking op verschillende leeftijden. Een eerste duidelijk verschil dat gevonden wordt met betrekking tot de rouwverwerking op verschillende leeftijden is het *beseft* dat kinderen hebben van de dood. Jonge kinderen tot een jaar of zeven zijn nog niet goed cognitief ontwikkeld, en kunnen daarom nog geen realistische en logische verbanden leggen tussen oorzaak en gevolg van het overlijden. Het is voor hen dan ook onmogelijk om volledig te begrijpen wat de dood inhoudt en dat het onomkeerbaar, onvermijdelijk en universeel is. Ze moeten het doen met bekende concepten om de dood te verklaren en begrijpen. Oudere kinderen vanaf een jaar of acht zijn echter al een stuk beter cognitief ontwikkeld en kunnen daardoor meer begrijpen van de dood. Zij beseffen dat de dood onomkeerbaar, definitief en universeel is, al hebben kinderen tot een jaar of twaalf nog wel veel vragen met betrekking tot dit thema.

Een ander opmerkelijk verschil wordt gevonden in de manier van het *uiten van de gevoelens en gedachten* over het overlijden van de ouder. Rouwreacties komen bij kleine kinderen tot een jaar of zeven vooral gedragsmatig en lichamelijk tot uitdrukking. Als er al sprake is van rouw bij zeer kleine kinderen, zal men dit vooral merken aan hun huilgedrag, eetgedrag en aan hun slaappatroon. Deze zullen over het algemeen veranderen als gevolg van het verlies van de ouder. In de preoperationele periode gaan de kinderen meer *praten* over hun gevoelens en gedachten. Ze zijn over het algemeen heel open, stellen erg veel (soms pijnlijke) vragen en uiten hun gevoelens vooral in hun spel en in tekeningen. Naarmate het kind ouder

wordt, gaat het echter steeds minder gemakkelijk over zijn/haar eigen gevoelens en gedachten praten. Het liefst trekt het kind zich terug als het aan zijn overleden ouder denkt. Omdat de kinderen inmiddels meer sociaal ingesteld zijn, kunnen ze zich beter inleven in het verdriet van de overige gezinsleden. Hierdoor zijn ze meer geneigd om hun eigen gevoelens niet te uiten, ze willen de overige gezinsleden er niet mee tot last zijn.

Nog een verschil wordt gevonden in het voorkomen van *angst* en de ernst hiervan. Vooral bij kinderen in de sensorimotor en de preoperationele periode neemt, na het verlies van een ouder, de angst toe. Deze angst komt op vele manieren tot uiting, maar vooral slaapproblemen en angst voor de nacht komen veelvuldig voor. In de concrete operationele periode behoort angst ook tot de effecten van het verlies van een ouder. Angst is dan echter meer gericht op de dood, ziekte en op eigen verwondingen. In de formele operationele periode hebben kinderen ook nog wel angst voor de dood en voor ziekte, maar hier is angst echter niet meer een van de voornaamste gevolgen van het overlijden van een ouder, zoals dat wel het geval is bij de andere perioden. Slaapproblemen en concentratieproblemen komen in deze periode echter veelvuldig voor. Ook vormen van alcoholmisbruik, geweld en depressie zijn meer gebruikelijke uitingen van disstress als gevolg van het verlies van een ouder in de formele operationele periode.

De ernst van bepaalde gedragsproblemen en *depressie* wordt in veel onderzoeken aangehaald. De resultaten verschillen echter nogal van elkaar. Silverman en Worden (1992) en Dowdney en collega's (1999) beweren dat kinderen tussen de zes en zeventien jaar wel disstress ervaren als reactie op het overlijden van een ouder, maar dat deze meestal niet zorgwekkend is. Ook het onderzoek van Gersten en collega's (1991) toont aan dat slechts 10% van de kinderen tussen de acht en vijftien jaar depressief is als gevolg van het verlies van een ouder. De conclusie van Kaffmann en Elizur (1984) staat hiermee in sterk contrast. Zij beweren dat 54% van de kinderen ouder dan twee jaar last heeft van een verstoring, die het dagelijkse leven zo erg beïnvloedt dat hulpverlening haast onvermijdelijk is. Over het voorkomen en de ernst van depressieve symptomatologie bestaat dus nog enige onenigheid. Vaststaat in ieder geval dat het verlies van een ouder in elke fase een aanzienlijke mate van disstress, verdriet, verwarring, woede, schuldgevoelens en wanhoop met zich meebrengt, ongeacht de leeftijd van het kind.

In vrijwel elke fase zeggen kinderen dat ze, na het overlijden, toch nog *contact* hebben met de overleden ouder. Jonge kinderen zeggen vooral contact met hun overleden ouder te hebben door middel van foto's. Als de kinderen wat ouder worden hebben kinderen een beter beeld over waar hun overleden ouder nu is en zien ze deze als een soort beschermheilige,

coach en toezichhouder. Vooral in de concrete operationele periode, als de kinderen tussen de zeven en elf jaar zijn, kan dit contact leiden tot een verlangen om weer samen te zijn met de overleden ouder. Soms leidt dit tot zelfmoordgedachten, die overigens maar zelden worden uitgevoerd. In de formeel operationele periode ziet het kind de overleden ouder als een soort rolmodel. Het kind probeert dan te leven zoals hij denkt dat de ouder dat zou willen.

Tenslotte zijn er nog een aantal opmerkelijke resultaten die enkel voorkomen bij een bepaalde leeftijdscategorie. Zo is de grootste bron van distress als gevolg van het overlijden van een ouder bij kinderen in de sensorimotor en preoperationele periode, de *afwezigheid* van zijn/haar verzorger. Als er een goede vervanger is die het kind kan voorzien in zijn primaire behoeften, dan zal de mate van distress echter en stuk lager zijn. Bij oudere kinderen is dit niet het geval. Deze kinderen zijn meer zelfstandig en niet meer afhankelijk van de verzorging door de ouder. Verder zijn ze minder egocentrisch ingesteld en hebben daardoor een erg affectieve band opgebouwd met beide ouders. Voor deze kinderen betekent de dood veel meer dan alleen de 'afwezigheid' van de ander. Kenmerkend voor kinderen in de preoperationele periode is dat zij, doordat ze oorzaak en gevolg vaak door elkaar halen, vaak last hebben van *schuldgevoelens*. Ze denken dat boze gedachten of woorden geleid hebben tot de dood van de ouder. Verder is het kind in deze fase erg afhankelijk en koppig en probeert het zoveel mogelijk op de overleden ouder te lijken door zijn/haar gedrag te imiteren. In de concrete operationele periode neemt het *agressieve gedrag* aanzienlijk toe. Ook komen internaliserende problemen bij deze kinderen meer voor dan bij oudere kinderen.

Met betrekking tot de gevraagde en geboden *hulpverlening* zijn ook een aantal opmerkelijke resultaten gevonden. Aan kleine kinderen wordt aanzienlijk minder hulp aangeboden dan aan kinderen in andere leeftijdsgroepen, ook al is de behoefte van de kinderen er wel. Aan kinderen in de formele operationele periode wordt wel hulp aangeboden, hier hebben de kinderen echter niet veel belangstelling voor. Deze kinderen zoeken maar zelden professionele hulp. Een opvallend resultaat, vooral omdat uit onderzoek (o.a. het Family Bereavement Program) is gebleken dat hulpverlening positief bijdraagt aan de verwerking van een verlies (Sandler et al., 1992; Sandler et al., 2003).

Over het 'begin' en het 'eind' van de rouwreacties bestaan in de onderzochte literatuur verschillende meningen. In het onderzoek van Harris (1991) komt naar voren dat de rouwreactie na zeven maanden ernstige vormen aan kan nemen. Agressie, depressie en alcoholmisbruik kunnen dan bijvoorbeeld voorkomen als onderdelen van het rouwproces. Daarvoor kan er wel al sprake zijn van distress, verdriet, slaapproblemen en concentratieproblemen. Silverman en Worden (1992) daarentegen beweren dat de ernst van

de rouwreactie na het eerste jaar al afneemt. In het eerste jaar zouden de kinderen dus last hebben van de ernstige problematiek. Een tussenpositie hierin wordt ingenomen door Kaffmann en Elizur (1984). Volgens hen is het niet mogelijk om het verloop van het rouwproces te voorspellen. De rouwreactie fluctueert nogal: het kan vroeg of laat beginnen, maar het kan ook het ene moment beter gaan dan het ander moment.

Tot slot is er een resultaat gevonden met betrekking tot de *schoolprestaties* na het verlies van een ouder. Silverman en Worden (1996) beweren dat kinderen als gevolg van het verlies van een ouder meer last van concentratieproblemen hebben, waardoor de schoolprestaties achteruit zouden gaan. Aan de andere kant beweert Dowdney (2000) echter dat sommige kinderen na het overlijden van een ouder juist beter hun best gaan doen op school, als een soort eerbetoon aan de overledene. De meningen met betrekking tot de effecten van het verlies van een ouder op de schoolprestaties verschillen dus.

§ 4.2. *Beperkingen*

De gebruikte literatuur in deze thesis komt voornamelijk uit de bibliotheek van de Universiteit van Tilburg. De toch vrij beperkte catalogus van Tilburg beperkte de mogelijkheden aanzienlijk. Daarom werden ook een aantal artikelen van de Radboud Universiteit Nijmegen gehaald en nog een paar anderen uit Amersfoort. Toch was het onmogelijk om over alle relevante literatuur te beschikken. Zoals al eerder genoemd bij de beschrijving van de resultaten, blijkt uit deze thesis dat er in de literatuur opvallend weinig gegevens bestaan over de rouwprocessen bij kinderen in de eerste levensjaren. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat het moeilijk is om rouw bij zeer jonge kinderen (nul tot twee jaar) te meten en te observeren. Men weet nog erg weinig over het gedrag en karakter van het kind, waardoor het moeilijk is te bepalen of er bij het kind sprake is van rouw. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat er in de loop van de jaren een aantal theorieën zijn ontstaan, die ondersteunen dat zeer jonge kinderen nog geen rouw kunnen ervaren, omdat zij zich bijvoorbeeld nog niet hebben kunnen hechten aan een persoon (Bowlby, 1973). Vervolgstudies zouden dit in hun achterhoofd kunnen houden en als gevolg daarvan wordt er weinig onderzoek gedaan naar de werkelijke processen in rouwverwerking bij deze jonge groep. Er kan echter ook een praktische reden genoemd worden waarom in deze thesis naar voren komt dat er weinig literatuur bestaat over deze kinderen. Er bestaat een reële kans dat er wel recent onderzoek gedaan is naar de rouwprocessen bij deze kinderen, maar omdat voor het schrijven van deze thesis geen financiële middelen beschikbaar waren, konden bepaalde

onderzoeken niet gebruikt worden. Beseft wordt dat hierdoor mogelijk belangrijke literatuur over het hoofd wordt gezien.

De zojuist genoemde redenen hebben er toe geleid dat er over de rouwverwerking bij kinderen van nul tot twee jaar maar weinig solide conclusies getrokken kunnen worden. Het blijft bij deze kinderen tot op heden onduidelijk of sprake is van rouw. De meningen van Bowlby (1973) en Burlingham en Freud (1949) verschillen hierover nogal. Tevens is het moeilijk om Bowlby en Freud en Burlingham met elkaar te vergelijken. Bowlby zegt in zijn conclusie niks over de invloed van het verlies op latere leeftijd, hij heeft het enkel over de directe invloed van het verlies op het kind. Freud en Burlingham daarentegen zeggen niks over de directe invloed van het verlies, enkel over de invloed die het verlies heeft op het verdere leven van het kind.

Een andere beperking van deze thesis is dat er een aantal onderzoeken zijn gebruikt die ouder zijn dan tien jaar en die een (te) kleine proefpersoongrootte hebben. Dit is voornamelijk het geval bij de literatuur die gebruikt is bij de beschrijving van de rouwverwerking bij kinderen in de sensorimotor periode. De resultaten over de rouwprocessen in deze leeftijdsgroep zijn grotendeels gebaseerd op oudere literatuur (Bowlby, 1973; Burlingham & Freud, 1949). Ook het onderzoek van Kaffmann en Elizur komt veelvuldig voor in deze thesis, terwijl deze stamt uit het jaar 1984. Toch is er voor gekozen dit onderzoek in de thesis te verwerken. In hun onderzoek is gecontroleerd voor de periode van overlijden (in de oorlog in Israël), de soort dood (oorlogsslachtoffers) en voor geslacht (mannelijk). Door voor deze variabelen te controleren, lijkt het toch een sterk onderzoek. Bij de bespreking van de rouwverwerking bij kinderen in de formele operationele periode, is veel gebruik gemaakt van het onderzoek van Harris (1991). Zoals in de tabel (bijlage 1) te zien is, baseert Harris zijn conclusies op een onderzoek met slechts elf proefpersonen. Het is daarom moeilijk te zeggen of de gevonden resultaten gelden voor de gehele bevolking.

§ 4.3. Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Hoewel uit deze thesis blijkt dat leeftijd een prominente factor is voor de manier waarop een kind omgaat met het verlies van een ouder, is ook duidelijk geworden dat een tal van andere factoren een rol kunnen spelen bij de manier van rouwen. Rosen (1991) en Dowdney (2000) beschrijven een aantal factoren die van invloed zijn op de rouwverwerking bij kinderen, waaronder *de relatie* die het kind met de overledene had, de manier waarop *overige gezinsleden* met het verlies omgaan en de *manier van overlijden*. Ook het *geslacht*

van degene die overleden is draagt bij aan de manier van verwerken. Kaffmann en Elizur (1984) zeggen met betrekking tot dit onderwerp dat kinderen die hun moeder verloren hebben, meer gezondheidsproblemen hebben en volgens Thompson en collega's (1998) hebben kinderen die een vader verloren hebben, meer last van externaliserende problemen. Het *geslacht van het kind* zelf blijkt tevens een belangrijke factor te zijn. Dowdney en collega's (1999) en Dowdney (2000) beweren bijvoorbeeld dat jongens meer problemen als gevolg van het overlijden van een ouder ervaren dan meisjes. Overige factoren van invloed op de manier van rouwverwerking bij kinderen zijn onder andere *financiële toestanden*, reeds bestaande mentale *gezondheidsproblemen* bij ouder of kind en de ervaren *sociale steun* (Sandler, 1992; Dowdney, 2000; Sandler, 2003). Voor toekomstig onderzoek naar rouwverwerking bij kinderen, wordt daarom aangeraden om met deze factoren rekening te houden en ze te betrekken in het onderzoek.

Een opvallend resultaat is dat jonge kinderen minder betrokken worden bij de begrafenisrituelen dan oudere kinderen. Dit zou gebeuren omdat ouders hun kleine kinderen willen beschermen tegen heftige emoties en schokkende beelden. Het bijwonen van begrafenisrituelen zou misschien kunnen bijdragen aan het besef van de onomkeerbaarheid van de dood. Het zou kinderen kunnen helpen bij het verwerken van het verlies (Silverman & Worden, 1996). Het feit dat oudere kinderen wel aanwezig mogen zijn bij de begrafenisrituelen, zou bij kunnen dragen aan hun meer realistische kijk op de dood. Voor toekomstig onderzoek is het daarom wellicht raadzaam om de effecten van het bijwonen van de begrafenisrituelen op verschillende leeftijden te bestuderen.

§ 4.4. Tot slot

Geconcludeerd kan worden dat leeftijd een prominente factor is bij de manier van rouwverwerking bij kinderen. Het feit dat leeftijd, in de meeste gevallen, gekoppeld is aan een bepaald niveau van cognitieve- en emotionele ontwikkeling, draagt er toe bij dat jongere kinderen een ander beeld hebben van de dood en anders omgaan met het verlies dan oudere kinderen. Vooral met betrekking tot het besef van de onomkeerbaarheid, onvermijdelijkheid en universaliteit van de dood en het voorkomen van angst, agressie en depressie bestaan grote verschillen tussen de verschillende leeftijdsgroepen. Rouw kan echter niet gezien worden als iets algemeen, dat bij iedereen in dezelfde leeftijdsgroep op dezelfde manier tot uiting komt. Elk kind heeft andere, unieke reacties (Kaffmann & Elizur, 1984). Leeftijd is niet de enige factor die bepaalt hoe het kind zich een beeld vormt van de dood en hoe het omgaat met het

verlies. Er zijn tal van andere factoren, en hier dient in toekomstig onderzoek rekening mee gehouden te worden.

Literatuur

- *algemene informatie*

Ankersmid, M. (2002). *Verlaat Verdriet: bij mensen die als kind een ouder verloren hebben*. Berg en Dal: Bureau voor Verandering & Verankering.

Christ, G.H., Siegel, K. & Christ, A.E. (2002). Adolescent Grief: "It Never Really Hit Me...Until It Actually Happened". (Reprinted) *JAMA*, 288(10), 1269-1280.

Fiddelaers-Jaspers, M.J.M. (2002). Achter het masker schuilt de rouw. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 41, 654-669.

Fiddelaers-Jaspers, R. (1998). *Jong verlies*. Kampen: Kok-Kampen.

Fiddelaers-Jaspers, R & Fiddelaers-Jaspers, J. (2000). *De meest gestelde vragen over kinderen en de dood*. Heeze: In de Wolken.

Fiddelaers-Jaspers, R. (2004). *Mijn troostende ik*. Kampen: Kok – Kampen.

Gustavsson, N.S. & MacEachron, A.E. (2000). Death in Public Child Welfare. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 17(5), 327-339.

Keijser, J., de (2004). Gecompliseerd rouw. Diagnostiek en behandeling. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30, 100-115.

Keirse, M. (2002). *Kinderen helpen bij verlies*. Utrecht: Lannoo.

Norris-Shortle, C., Young, P.A. & Williams, M.A. (1993). Understanding Death and Grief for Children Three and Younger. *Social Work*, 38(6), 736-742.

Pfeffer, C.R. (2000). Helping Children Cope With Death. *Psychiatric Times*, 17(9).

Piaget, J. & Inhelder, B. (1966). *La psychologie de l'enfant*. Parijs: Presses Universitaires de France.

Reber, A.S. (2004). *Woordenboek van de psychologie: termen, theorieën en verschijnselen*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.

Rosen, H. (1991). Child and adolescent bereavement. *Child and Adolescent Social Work*, 8(1), 5-16.

Shaffer, D.R. (2002). *Developmental psychology: childhood & adolescents* (6th edition). Stamford: Wadsworth Thomson Learning.

Worden, J.W. (1991). *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*. Second edition: London, Routledge.

Worden, W.J. (1996). *Children and grief: when a parent dies*, New York, The Guilford Press.

- ***empirisch onderzoek***

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books, Inc. Publishers.

Birtchnell, J. (1972). Early Parent Death and Psychiatric Diagnosis. *Social Psychiatry*, 7, 202-210.

Burlingham, D. & Freud, A. (1949). *Kinderen zonder eigen thuis: over de voor- en nadelen van kindertehuizen*. Amsterdam: Scheltema & Holkema's Boekhandel en Uitgeversmaatschappij N.V. Amsterdam.

Cerel, J., Fristad, M.A., Weller, E.B. & Weller, R.A. (1999). Suicide-bereaved children

and adolescents: a controlled longitudinal examination. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(6), 672-679.

Dowdney, L., Wilson, R., Maughan, B., Allerton, M., Schofield, P. & Skuse, D. (1999). Psychological disturbance and service provision in parentally bereaved children: prospective case-control study. *British Medical Journal*, 319(7206), 354-357.

Dowdney, L. (2000). Annotation: Childhood Bereavement Following Parental Death. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(7), 819-830.

Gersten, J.C., Beals, J. & Kallgren, C.A. (1991). Epidemiology and preventive interventions: parental death in childhood as a case sample. *American Journal of Community Psychology*, 19(4), 481-500.

Harris, E.S. (1991). Adolescent Bereavement Following the Death of a Parent: an exploratory study. *Child Psychiatry and Human Development*, 21(4), 267-281.

Harrison, L. & Harrington, R. (2001). Adolescents' bereavement experiences. Prevalence, association with depressive symptoms, and use of services. *Journal of Adolescence*, 24, 159-169.

Kaffmann, M. & Elizur, E. (1984). Children's bereavement reactions following death of the father. *International Journal of Family Therapy*, 6(4), 259-283.

Pfeffer, C.R., Karus, D., Siegel, K. & Jiang, H. (2000). Child Survivors of Parental Death from Cancer or Suicide: depressive and behavioral outcomes. *Psycho-Oncology*, 9, 1-10.

Raveis, V.H., Siegel, K. & Karus, D. (1999). Children's psychological distress following the death of a parent. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(2), 165-180.

Sandler, I.N., West, S.G., Baca, L., Pillow, D.R., Gersten, J.C., Rogosch, F., Viridin, L.,

Beals, J., Reynolds, K.D., Kallgren, C., Tein, J., Kriege, G., Cole, E. & Ramirez, R. (1992). Linking Empirically Based Theory and Evaluation: The Family Bereavement Program. *American Journal of Community Psychology, 20(4)*, 491-521.

Sandler, I.N., Ayers, T.S., Wolchik, S.A., Tein, J., Kwok, O., Haine, R.A., Twohey Jacobs, J., Suter, J., Lin, K., Padgett-Jones, S., Weyer, J.L., Cole, E., Kriege, G. & Griffin, W.A. (2003). The Family Bereavement Program: efficacy evaluation of a theory-based prevention program for parentally bereaved children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71(3)*, 587-600.

Silverman, P.R. & Worden, J.W. (1992). Children's reactions in the early months after the death of a parent. *American Orthopsychiatric Association, 62(1)*, 93-104.

Thompson, M.P., Kaslow, N.J., Price, A.W., Williams, K. & Kingree, J.B. (1998). Role of secondary stressors in the parental death-child distress relation. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26(5)*, 357-366.

Tiet, Q.Q., Bird, H.R., Davies, M., Hoven, C., Cohen, P., Jensen, P.S. & Goodman, S. (1998). Adverse life events and resilience. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37(11)*, 1191-1200.

Tschann, J.M., Kaiser, P., Chesney, M.A., Alkon, A. & Boyce, W.T. (1996). Resilience and vulnerability among preschool children: family functioning, temperament, and behavior problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35(2)*, 184-192.

- **Abstracts**

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.

- **Websites**

www.achterderegenboog.nl

www.childrensgrief.com

www.daisyluiten.nl

www.in-de-wolken.nl

www.kinderrouw.nl

www.missingyou.be

www.rouwbegeleiding.com

www.rouwenmetkinderen.nl

www.verlaatverdriet.nl

www.verliesverwerken.nl

www.zonderouders.nl

Bijlage 1. Tabel empirische onderzoeken

Studie	Sample	Leeftijdscategorie	Variabelen en metingen	Belangrijkste uitkomsten
<p>Birtchnell, 1972</p>	<p>Design = retrospectief Experimentele groep (N = 6795): 5 patiëntengroepen (depressieve stoornissen, neurotische stoornissen, psychotische stoornissen, alcoholisten en persoonlijkheidsstoornissen).</p> <p>Controlegroep (N = 3425): random sample uit lijsten van algemene praktijken in Schotland Elk kind werd met een ander kind gematched op leeftijd, geslacht en SES</p>	<p>Personen van 20 jaar of ouder, die op vroege leeftijd een van hun biologische ouders zijn verloren</p>	<p>Experimentele groep:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gegevens</i> uit de North-Eastern Regional Psychiatric Case Register in Schotland • <i>Aanvullend interview</i> • <i>Diagnose van de stoornis:</i> International Classification of Diseases (ICD), 7^e editie. <p>Controlegroep:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Vragenlijst via de post verstuurd</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Persoonlijkheidsstoornissen komen vooral bij jonge mensen voor • Significante relatie tussen verlies van een vader of moeder op jonge leeftijd en depressie bij vrouwen op latere leeftijd. Bij mannen is deze relatie alleen (matig) aanwezig bij het verlies van de moeder • Voor het 10^e jaar is er sprake van een kritieke periode. Als het kind een ouder voor die leeftijd verliest, is de kans op een stoornis groter
<p>Cerel, 1999</p>	<p>Design = longitudinaal N = 26 kinderen waarvan ouder overleden is aan suïcide (SB) N = 332 kinderen waarvan ouder wel overleden is, maar niet aan suïcide (NSB)</p> <p>De gevolgen van de dood v.e. ouder door suïcide op emotioneel gebied en op gedragsgebied werd longitudinaal onderzocht</p>	<p>5 - 17 jaar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Interviews</i> met kinderen na 1, 6, 13 en 25 maanden na het overlijden van de ouder. • Gemeten werden: <ol style="list-style-type: none"> 1. de emotionele reactie op de dood 2. psychiatrische symptomatologie 3. psychosociaal functioneren 	<ul style="list-style-type: none"> • In beide groepen wordt rouw ervaren • SB kinderen rapporteerden vaker angst, woede en schaamte dan NSB kinderen • De kans op het hebben van al bestaande gedragsproblemen en angstsymptomen bleek groter bij SB kinderen • Op depressie, suïcidaliteit en psychosociaal functioneren werden slechts minimale verschillen gevonden tussen SB en NSB kinderen

Studie	Sample	Leeftijdscategorie	Variabelen en metingen	Belangrijkste uitkomsten
<p>Dowdney et al., 1999</p>	<p>Design: prospectieve case-controle studie N = 45 gezinnen die waarin een ouder overleden is</p> <p>Onderzocht werd of psychiatrische problematiek bij kinderen die een ouder verloren hebben en bij de overlevende ouder gerelateerd is aan de geboden hulpverlening</p>	<p>2-16 jaar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mentale gezondheid van de ouder</i>: General Health Questionnaire (GHQ) • <i>Mentale gezondheid v.h. kind</i>: Child Behaviour Checklist (CBC) en het Teacher's report form: • <i>Semi-gestructureerd interview</i> waarin gevraagd werd naar de rouwprocessen in het gezin, de aanpassing v.h. kind en gezin na overlijden, en de aangeboden en gevraagde hulp 	<ul style="list-style-type: none"> • Rouwende kinderen en rouwende ouders hebben tonen hoge levels van psychiatrische problematiek. • Jongens meer problematiek dan meisjes • Moeders meer problematiek dan vaders • Hulpverlening is gerelateerd aan de leeftijd v.h. kind en de manier van overlijden. • Kinderen < 5 jaar werd minder hulp aangeboden, zelfs als ouders er om vragen • Meer hulp wordt geboden als de ouder gestorven is door suïcide en als de dood verwacht werd
<p>Dowdney, 2000</p>	<p>Design: Literatuuronderzoek Er wordt een vergelijking van eerder verschenen literatuur gemaakt om aan de hand daarvan conclusies te kunnen trekken over rouw bij kinderen</p> <p>Dit onderzoek is er op gericht aan te tonen dat rouw een risicofactor is voor psychopathologie</p>	<p>Jonger dan 18 jaar</p>	<p>Er wordt een onderscheid gemaakt tussen 'mediating' en 'moderating' variabelen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moderating variabelen: soort dood, verwachte/onverwachte dood, moeder of vader overleden, leeftijd kind, geslacht kind, al bestaande problematiek • Mediating variabelen: mentale gezondheidsproblemen bij ouder, manier van rouwen in gezin, huiselijke routines, financiële gesteldheid, gezinsfunctioneren. 	<ul style="list-style-type: none"> • In het jaar volgend op het overlijden vertonen kinderen over het algemeen rouwverschijnselen, stress en dysforie. • Emotionele en gedragsproblemen worden zowel door ouder als kind regelmatig gerapporteerd. Jongens lijken meer problemen te hebben. • Slechts een klein deel van de rouwende kinderen heeft kans op het ontwikkelen van een depressieve stoornis • Meer depressie bij oudere kinderen • Dood van de moeder levert meer veranderingen bij jonge kinderen dan bij adolescenten

Studie	Sample	Leeftijdscategorie	Variabelen en metingen	Belangrijkste uitkomsten
<p>Gersten et al., 1991</p>	<p>Design: Epidemiologisch onderzoek N = 92 rouwende kinderen N = 20 controlegroep Verder nog 3 groepen met andere risicosituaties: scheiding ouders, alcoholisme en astma bij het kind.</p> <p>Doel is het ontwikkelen en implementeren van een preventieve interventie voor kinderen en adolescenten waarvan een ouder overleden is. Dit gebeurt door het onderzoek in 2 delen op te splitsen: generatief onderdeel en interventie onderdeel.</p>	<p>8-15 jaar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preventief interventieprogramma is het Family Bereavement Program (FBP) • <i>Mentale gezondheid</i>: Child Assessment Schedule (CAS) en de Achenbach Child Behaviour Checklist 	<p>Generatief onderdeel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overlijden van de vader komt sinds 1980 2x zo vaak voor dan overlijden van moeder. <p>Interventie onderdeel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overlijden van een ouder is een risicofactor voor depressie, maar niet voor gedragsstoornissen bij kinderen.
<p>Harris, 1991</p>	<p>Design = descriptief N = 11 adolescenten n = 5 (13 – 14 jaar) n = 6 (15 -18 jaar)</p>	<p>13-18 jaar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Persoonlijke interviews Ernst van depressieve symptomen</i>: Children Depression Inventory (CDI) • <i>Gedragsproblemen en externaliserende en internaliserende karaktereigenschappen</i>: Achenbach Youth Self-Report (YSR) • <i>Stressspecifieke symptomen gerelateerd aan een specifieke gebeurtenis</i>: Impact of Event Scale (IES) 	<ul style="list-style-type: none"> • Slaapstoornissen, daling in schoolprestaties en slechte concentratie komen veel voor gedurende de eerste 6 maanden • Na 7 maanden worden de problemen ernstiger en worden depressie, alcoholmisbruik en geweld gerapporteerd • Oudere tieners (15-18) zijn meer onafhankelijk van hun ouders en gaan meer om met vrienden, waardoor ze de rouw even kunnen ontvluchten, maar zijn daardoor kwetsbaarder als een vriendschap stukloopt • Jongere tieners (13-14) leven meer geïsoleerd en teruggetrokken en lijken meer gevoelig voor verlies van de moeder

Studie	Sample	Leeftijdscategorie	Variabelen en metingen	Belangrijkste uitkomsten
<p>Harrison et al., 2001</p>	<p>N = 1746 adolescenten van twee scholen in Engeland</p> <p>Onderzoek werd gedaan naar het voorkomen van rouwervaringen in de adolescentie, de associatie tussen deze rouwervaringen en depressieve symptomen en de houdingen van rouwende jongeren t.o.v. hulpverlening</p>	<p>11-16 jaar</p>	<p>Twee vragenlijsten werden afgenomen in de klas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Vragenlijst naar de rouwervaringen</i> • <i>Depressieve symptomen: Mood and Feelings Questionnaire (MFQ):</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • 77,6% heeft een 1e- of 2e graads familielid verloren • Verlies gaat gepaard met meer depressieve symptomen • De impact van een verlies is afhankelijk van het idee dat de adolescent heeft over hoe het verlies het leven heeft veranderd • De meeste adolescenten hebben geen behoeften aan hulpverlening
<p>Kaffman et al., 1979</p>	<p>Design: Prospectief</p> <p>N = 24 kibboets kinderen waarvan de vader is omgekomen tijdens de oorlog in Israël (1973)</p> <p>Doel is systematisch te onderzoeken wat de affectieve responsen, de afweermechanismen, de copingmechanismen en de somatische en cognitieve expressies zijn op het verlies van een vader</p>	<p>Twee categorieën:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1-6 jaar • 6-10 jaar 	<ul style="list-style-type: none"> • Semi-gestructureerde interviews met moeder en leraren tussen 1-6 maanden na overlijden van vader • Vragenlijst 	<ul style="list-style-type: none"> • De dood van een vader is een stressvolle situatie voor zowel het jonge kind (1-6 jaar) als et schoolgaande kind (6-10 jaar) • Het plotselinge verstoorde evenwicht a.g.v. de dood en daaropvolgende veranderingen in de gezinssituatie vragen veel van het aanpassings- en copingsvermogen van het kind • 10 van de 22 kinderen tussen 2-10 jaar reageerden zo ernstig op het overlijden, dat psychologische hulp sterk aangeraden werd. • Rouw kan niet enkel gezien worden als iets algemeen, dat bij iedereen op dezelfde manier tot uiting komt. Elk kind heeft andere reacties.

Studie	Sample	Leeftijdscategorie	Variabelen en metingen	Belangrijkste uitkomsten
Pfeffer et al., 2000	N = 64 kinderen van wie een ouder gestorven is aan kanker N = 16 kinderen van wie een ouder gestorven is aan zelfmoord	5 -12 jaar (in de periode waarin de ouder gestorven is)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Depressieve symptomatologie:</i> Children's Depression Inventory (CDI) • <i>Sociale competentie en gedragsproblemen:</i> Child Behaviour Checklist (CBCL) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderen waarvan de ouder is overleden aan zelfmoord, vertonen meer depressieve symptomen in vergelijking met kinderen waarvan ouder is overleden aan kanker. Ze vertonen meer slecht humeur, interpersoonlijke problemen, anhedonie en ineffectiviteit. • Het gedrag en de competenties bij kinderen van wie een ouder overleden is aan kanker verschilt niet van het gedrag en de competenties bij kinderen van wie een ouder overleden is aan zelfmoord.
Raveis et al., 1998	N = 83 gezinnen, waarbij in de afgelopen 18 maanden een ouder is gestorven aan de gevolgen van kanker De overlevende ouder en een aselect geselecteerd kind werden individueel geïnterviewd. Onderzocht werd wat de factoren zijn die de aanpassing van een kind aan het verlies v.e. ouder beïnvloeden	Schoolgaande kinderen 6-16 jaar	De volgende variabelen werden o.a gemeten: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Aantal dagen tussen diagnose en overlijden</i> • <i>Aantal dagen tussen overlijden en het interview</i> • <i>General Communication with Surviving Parent:</i> hoe goed het kind vindt dat de ouder communiceert met de kinderen • <i>Aanwezigheid van depressieve symptomen:</i> Children's Depression Inventory (CDI) • <i>Aanwezigheid van angstige symptomen:</i> State-Trait Anxiety Inventory for Youths (STAIY) (12 jaar en ouder) en de State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) (11 jaar en jonger) 	<ul style="list-style-type: none"> • Een positief beeld over de communicatie met de overlevende ouder hangt samen met minder depressieve en angstige symptomen bij rouwende kinderen • Depressieve symptomatologie is gecorreleerd aan het geslacht van het kind: Jongens rapporteren minder depressieve symptomen dan meisjes • Angstige symptomatologie is gecorreleerd met de leeftijd van het kind: Oudere kinderen rapporteren minder angstige symptomen dan jongere kinderen

Studie	Sample	Leeftijdscategorie	Variabelen en metingen	Belangrijkste uitkomsten
<p>Sandler et al., 1992</p>	<p>Design: Experimenteel N = 72 gezinnen waarbij een ouder overleden is n = 35 behandelgroep (T) n= 37 controlegroep (C)</p> <p>Onderzocht wordt wat de effecten zijn van het "Family Bereavement Program" (FBP) om mentale gezondheidsproblemen te voorkomen bij kinderen die een ouder hebben verloren</p>	<p>7-17 jaar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ouderlijke psychologische symptomatologie</i>: De PERI demoralisatie schaal • <i>Ouderlijke warmte</i>: Children's Reports of Parental Behaviour Inventory (CRPBI) • <i>Stabiele positieve en negatieve gebeurtenissen</i>: geselecteerd uit General Life Events Schedule for Children (GLESC) en Parent Death Events List • <i>Depressie</i>: Child Assessment Schedule (CAS), Child Depression Inventory (CDI) en de Child Behaviour Checklist (CBCL) • Gedragsstoornissen: CAS en CBCL 	<ul style="list-style-type: none"> • Het FBP doet de rapportage van ouders m.b.t. de warmte v.d. relatie met hun kinderen in vergelijking met controlegroep toenemen. • Het FBP verhoogt de tevredenheid bij ouders met de ervaren sociale steun in vergelijking met controlegroep. • Het FBP voorkomt een afname in het praten over de dood en verdriet. • Het FBP zorgt voor een afname in gedragsstoornissen bij oudere kinderen (11-17 jaar). • Het FBP zorgt voor een afname in depressiegevoelens bij overlevende ouder.
<p>Sandler et al., 2003</p>	<p>Design: Experimenteel N = 244 kinderen Random assignment in de FBP conditie of in de 'zelf-studie' conditie.</p> <p>De interviews werden op drie momenten uitgevoerd met overlevende ouder en het kind: voor de test, na de test en 11 maanden na de test</p>	<p>8-16 jaar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Communicatie m..b.t. stressvolle gebeurtenissen in het gezin</i>: Caregiver Expression of Emotion Questionnaire • <i>Geestelijke gezondheidsproblemen bij ouder</i>: Beck Depression Inventory en de Psychiatric Epidemiology Research Interview • <i>Goede manier van Coping</i>: Children's Coping Strategies Checklist-Revision 2 • <i>Negatieve gebeurtenissen</i>: General Life Events Schedule for Children en de Parent Death Events List 	<ul style="list-style-type: none"> • FBP leidt tot verbeterde relatie tussen ouder en kind, coping en gezondheid van de verzorger • FBP leidt tot een afname in stressvolle gebeurtenissen. • FBP leidt op de lange termijn tot een afname in internaliserende en externaliserende problemen. Dit geldt alleen voor meisjes en voor degene die voor het overlijden ook al meer problemen hadden.

Studie	Sample	Leeftijdscategorie	Variabelen en metingen	Belangrijkste uitkomsten
Silverman et al., 1992	Design = correlatieel N=125 niet-klinische kinderen n=62 (6-11 jaar) n=63 (12-16 jaar) 74% heeft vader verloren 26% heeft moeder verloren	6-17 jaar	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Semi-gestructureerde interviews met ouder en kind:</i> 4 maanden na het overlijden en na 1 en 2 jaar na het overlijden. • <i>Emotionele- en gedragsproblemen gerapporteerd door overlevende ouder:</i> Child Behaviour Checklist (CBCL) • <i>Waargenomen competentie:</i> Perceived Competence Scale for Children (PCSC) • <i>Algemene verwachtingen van interne en externe controle en bekrachtiging:</i> Locus of Control Scale (LCS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Deelname aan de begrafenisrituelen heeft invloed op het begrip van de dood en op hoe kinderen zichzelf als zien deelnemer in het familiedrama. • De manier waarop de overlevende ouder omgaat met het overlijden bepaalt hoe de familie functioneert als een gezin. • Moeders kunnen beter inspelen op de komende veranderingen na het overlijden van de vader en zijn er meer voor hun kinderen tijdens deze periode. • Er zijn geen sign. verschillen in de reacties direct na het overlijden tussen jongens en meisjes. • Jonge kinderen en kinderen van overleden moeders wonen de begrafenis minder vaak bij. • Ernstige gedragsproblemen komen bijna niet voor bij de kinderen. • Hoogste CBC scores bij jongere meisjes en laagste scores bij jongere jongens. (meer is > distress) • Hogere LCS scores gaan gepaard met minder moeite op school.

Studie	Sample	Leeftijdscategorie	Variabelen en metingen	Belangrijkste uitkomsten
<p>Thompson et al., 1998</p>	<p>Design = retrospectief n = 26 jongeren die een ouder verloren hebben aan moord n = 45 jongeren die een ouder verloren hebben aan een natuurlijke dood n = 45 jongeren die geen van hun ouders verloren hebben</p> <p>Doel v.d.studie was onderzoeken wat de psychosociale gevolgen en secundaire stressors waren die invloed hebben op de ervaring van de dood van een ouder.</p>	<p>9 – 15 jaar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Soort dood</i>: 1=moord, 2=natuurlijke dood, 3=controle • <i>Depressieve symptomatologie</i>: Children's Depression Inventory (CDI) • <i>Sociale competentie en gedragsproblematiek</i>: Child Behaviour Checklist (CBCL) • <i>Secundaire stressoren</i>: General Life Events (GLE) en Bereavement-related Events (BRE) • <i>Psychologische problematiek gerapporteerd door overlevende ouder</i>: Child Behaviour Checklist (CBCL) • <i>Psychologische problematiek gerapporteerd door kind</i>: Youth Self-Report (YSR) 	<ul style="list-style-type: none"> • Verzorgers rapporteren meer externaliserende gedragsproblemen bij meisjes • Jongere kinderen rapporteren hogere levels van internaliserende stress dan oudere kinderen • Kinderen die een vader hebben verloren, zouden meer externaliserende gedragsproblemen hebben, dan kinderen die een moeder verloren hebben • Verlies v.e. ouder tijdens de kindertijd is gerelateerd aan een hogere incidentie van secundaire stressoren. • Verlies v.e. ouder door moord gaat gepaard met meer externaliserende gedragsproblemen
<p>Tiet et al., 1998</p>	<p>N = 1285 kinderen en ouders Elke leeftijd wordt voor minstens 10% vertegenwoordigd in de totale samplegrootte.</p> <p>Deze studie onderzoekt de factoren die de veerkracht of weerbaarheid van het kind bepalen.</p>	<p>9-17 jaar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Van <i>elf factoren</i> die mogelijk invloed uitoefenen op de aanpassing van kinderen op vervelende gebeurtenissen werden de hoofd- en interactie-effecten bepaald (geslacht, ouderlijke psychopathologie, gezinsstructuur, de conditie van het huwelijk v.d. ouders, SES, IQ, ouderlijke controle, gezins-functioneren, schoolmotivatie, fysieke gezondheid en het aantal volwassenen in het gezin). 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderen met een hoog risico op negatieve gebeurtenissen bieden beter weerstand tegen vervelende gebeurtenissen als een gezin beter functioneert, als ze een betere band met ouders hebben, als er meer volwassenen in het huishouden zijn en bij een hoger opleidingsniveau en hoger IQ • Kinderen die goed weerstand kunnen bieden aan vervelende gebeurtenissen ontvangen meer begeleiding en toezicht door hun ouders en leven in gezinnen met een hogere SES

Studie	Sample	Leeftijdscategorie	Variabelen en metingen	Belangrijkste uitkomsten
Tschann et al., 1996	N = 145 kinderen De kinderen werden door de moeders, leraren en onafhankelijke observanten geëvalueerd	2-5 jaar	<ul style="list-style-type: none"> • Categorieën waarop men beoordeelde: -<i>Moeders</i>: familie functioneren (stressvol gezinsfunctioneren en expressiviteit) -<i>Leraren</i>: temperament v.h. kind (moeilijk/makkelijk en toegankelijkheid) -<i>Onafh. observanten en leraren</i>: gedragsproblemen bij het kind 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderen met een moeilijker temperament, met een meer stressvol gezinsfunctioneren, hebben de meeste internaliserende en externaliserende gedragsproblemen. • Kinderen met een makkelijk temperament hebben minder gedragsproblemen, ongeacht de mate van stressvol gezinsfunctioneren thuis • Een moeilijk temperament werkt als een kwetsbare factor voor internaliserende en externaliserende gedragsproblemen en geobserveerde agressie. Een makkelijk temperament werkt als een beschermende factor voor deze uitkomsten.
Weller et al., 1991*	N = 38 kinderen van wie een ouder recent is overleden N = 38 depressieve kinderen	Prepuberaal	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Verzameling demografische gegevens</i> • <i>Interview met ouder en kind</i>: Diagnostic Interview for Children and Adolescents 	<ul style="list-style-type: none"> • 37% v.d. rouwende kinderen voldeed aan DSM-III-R criteria voor een depressieve periode • de depressieve kinderen hadden gem. meer depressieve symptomen dan de rouwende kinderen • Associatie gevonden tussen verhoogde depressieve symptomen bij rouwende kinderen en: <ol style="list-style-type: none"> 1. de moeder als overlevende ouder 2. onbehandelde psychiatrische stoornis bij kind 3. familiegeschiedenis met depressie 4. hoge SES.

