

---

# **De invloed van psychotrauma op het systeem**

**Een studie binnen een klinische populatie van gezinnen van vluchtelingen en  
asielzoekers in Nederland naar de relatie tussen traumagerelateerde klachten  
bij de ouder en de ouder-kind interactie**

---

**Stichting Centrum '45 & Universiteit Utrecht**

**mei 2013**

**Masterprogramma Klinische en gezondheidspsychologie**

**Student: Douwe Visser (3377881)**

**Begeleiding onderzoeksinstelling: Dr. T. Mooren**

**Begeleiding universiteit: Prof. Dr. R. J. Kleber**

**Onderzoekperiode: november 2011 tot mei 2013**



## INHOUD

SAMENVATTING	P 5
ABSTRACT	P 6
INLEIDING	P 7
Vluchtelingen, trauma en stress	
Ouder-kind relatie bij traumatisatie	
Contextuele benaderingen en <i>Multi-Family Therapy</i> (MFT)	
Werkzaamheid MFT	
Effectiviteit van MFT	
MFT en <i>emotional availability</i>	
Studie	
METHODE	P 15
Design	
Participanten	
Vragenlijsten	
Procedure	
Statistische analyses	
RESULTATEN	P 19
Relatie traumagerelateerde klachten en psychisch welbevinden	
Relatie klachten en ouder-kind interactie	
Afwezigheid <i>ingroup</i> variantie in MFT conditie	
Aanwezigheid <i>betweengroup</i> variantie tussen MFT en vergelijkingsconditie	
DISCUSSIE	P 23
Bevindingen en interpretatie	
Krachten en beperkingen	
Klinische implicaties en vervolg onderzoek	
REFERENTIES	P 29



## SAMENVATTING

Gezinnen van getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers vormen een kwetsbare groep, mede doordat de post traumatische stress stoornis (PTSS) van een ouder weerslag kan hebben op het gehele systeem. Het belang van een behandeling met expliciet aandacht voor de ouder-kind relatie is daarom groot. Multi-family therapie (MFT), een combinatie van systeem en groepstherapie, grijpt hier op in. Echter, tot op heden is er, ondanks positieve geluiden uit de klinische praktijk, nog weinig evidentie voor deze behandeling binnen deze populatie. Ook over de onderliggende assumptie dat de PTSS de ouder-kind interactie beïnvloed, is weinig bekend.

Deze studie is een eerste stap tot vergelijkend longitudinaal onderzoek, om zo te komen tot *evidence based practice* voor MFT bij vluchtelingen en asielzoekers. Centraal staat de vraag hoe traumagerelateerde psychische klachten samenhangen met de ouder-kind interactie. De steekproef bestaat uit cliënten van Stichting Centrum '45. In totaal zijn er 15 ouder-kind interacties gefilmd en gescoord via de Emotional Availability Scale (EAS) tevens zijn er klachtenlijsten (HTQ en HSCL-25) afgenomen.

Er bleek een negatieve correlatie te bestaan tussen algemeen psychisch welzijn en depressie enerzijds en verschillende aspecten van de ouder-kind interactie (algemene emotionele beschikbaarheid, sensitiviteit van de ouder en de mate van structureren door de ouder) anderzijds. Opvallend was dat er geen verbanden werden gevonden tussen angst of PTSS symptomen en de ouder-kind interactie. Een verklaring hiervoor is dat depressie symptomen, zoals somberheid en verminderde energie, meer leiden tot verminderd ouderschap. Klinische implicaties en mogelijkheden voor vervolgonderzoek worden gegeven.

## ABSTRACT

Families of traumatized refugees and asylum seekers are a vulnerable group, especially because of the notion that Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) of a parent can influence the entire family system. Therefore, treatment with explicit attention for the parent-child relationship is important. Multi-family therapy (MFT), a combination of system and group therapy, acts on this. However, until now, this treatment is not covered by convincing evidence, despite of the optimism from the clinical practitioners. Additionally, also the underlying assumption that PTSD influences the parent-child interaction is not thoroughly analyzed.

This study is the first step to a comparative longitudinal study to work towards evidence-based practice for MFT by refugees and asylum seekers. The central question of this study is how mental problems related to PTSD correlate with the parent-child interaction. All participants were clients of *Stichting Centrum '45*. Fifteen parent-child interactions were filmed and analyzed using the Emotional Availability Scale (EAS). Additionally, the parents' complaints were analyzed, according to the HTQ and HSCL-25 lists.

A negative correlation was found between general psychological well-being and depression on the one hand and different aspects of the parent-child interaction (general emotional availability, sensitivity of the parent and the degree of structuring by the parent) on the other hand. Remarkably, no relations with anxiety or PTSD symptoms and the parent-child interaction were found. One possible explanation is that depressive symptoms, like a depressed mood and a reduced level of energy, are more likely to lead to a reduction in parenthood. Clinical implications and suggestions for future research are mentioned as well.

## **INLEIDING**

Een studie van Euser et al. (2011) toont een zorgwekkend beeld: kinderen van migranten zijn vaker het slachtoffer van mishandeling dan andere kinderen. In deze studie werden autochtone Nederlandse gezinnen, traditionele migrantengezinnen van arbeidsmigranten uit Turkije, Marokko, Suriname en de Nederlandse Antillen, en niet-traditionele migrantengezinnen van economische en politieke vluchtelingen met elkaar vergeleken. In beide migrantengroepen bleek kindermishandeling meer voor te komen dan onder de autochtone gezinnen. Uit deze bevindingen ontstaat een vraag: waarom zijn kinderen van vluchtelingen en asielzoekers meer kwetsbaar voor mishandeling?

In de inleiding van deze studie zal allereerst gezocht worden naar een antwoord op bovenstaande vraag. Het antwoord zal het belang van deze studie aantonen: het verder onderzoeken van de samenhang tussen traumagerelateerde klachten en de ouder-kind interactie.

### **Vluchtelingen, trauma en stress**

Om een antwoord te vinden op de vraag waarom kinderen van vluchtelingen en asielzoekers meer kwetsbaar zijn voor mishandeling, moet er gekeken worden naar de ouders. Euser et al. (2011) geven aan dat de verhoogde kans op kindermishandeling voortkomt uit de traumagerelateerde klachten van ouders. Vluchtelingen zouden een grote kans hebben op het ontwikkelen van een posttraumatische stress stoornis (PTSS) door ervaringen in het land van herkomst. Hoewel onderzoek rond de prevalentie van PTSS niet eenduidig is, lijkt deze verklaring aannemelijk: bijna 10% van de in westerse landen verblijvende vluchtelingen voldoet aan de diagnose PTSS (Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005). Een vergelijkbaar percentage werd gevonden in een studie die specifiek in Nederland plaatsvond onder Afghaanse, Iranese en Somalische vluchtelingen (Gerritsen et al., 2006).

Het antwoord van Euser et al. (2011) is aannemelijk, alleen niet volledig. Naast de traumatisatie naar aanleiding van stressvolle ervaringen in het land van herkomst, kan ook het huidige leven in het gastland stressvol zijn. Van Mens-Verhulst en Bekker (2008) noemen vier factoren: migratie, acculturatie, negatieve maatschappelijke beeldvorming in het gastland en discriminatie. Daarnaast kunnen ook de vaak langdurige asielprocedure en onzekerheid over het al dan niet verkrijgen van een status, samen met de beperkte leefomstandigheden in asielzoekerscentra, het leven van een vluchteling nog verder overschaduwen en vervullen van stress (Brewin, 2003; Wiese & Burhorst, 2007).

Om tot een antwoord te komen op de gestelde vraag waarom kinderen van vluchtelingen en asielzoekers meer kwetsbaar zijn voor mishandeling dan andere kinderen moet begonnen worden bij de ouders: Zowel traumatische ervaringen in het land van herkomst als een stressvol verblijf in het gastland maken het leven van de ouder zwaar. Dit beantwoordt de vraag echter slechts gedeeltelijk.

Een volgende vraag ontstaat namelijk uit dit antwoord: hoe leidt verminderd welzijn van de ouder tot verminderd welzijn van het kind?

### **Ouder-kind relatie bij traumatisatie**

Een in deze studie centraal staande verklaring is dat trauma gerelateerde klachten invloed hebben op het ouderschap en op die manier leiden tot klachten bij het kind. De eerder genoemde mishandeling kan hier een voorbeeld van zijn. Om te zien hoe dit werkt moet er eerst gekeken worden naar de symptomen van PTSS. Het gedrag van de getraumatiseerde ouder ten aanzien van het kind wordt gekenmerkt door vermijding, emotionele afstomping, *hyperarousal* en verhoogde prikkelbaarheid (APA, 2010; Sadock & Sadock, 2007). Dit gedrag heeft ook haar weerslag op de ouder-kind interactie. Zo kan de ouder insensitief (niet op de behoefte van het kind afgestemd), vijandig en intrusief (opdringerig, storend) naar het kind zijn (Van Ee, 2011). Ook zou de beperkte frustratietolerantie van de ouder tot snellere irritaties en agressieve uitpattingen op lastig gedrag van het kind kunnen leiden (Euser, 2011; Mooren, 2011). De gedragingen van mishandeling, misbruik en verwaarlozing die hieruit volgen leiden tot klachten en een onveilige hechtingsrelatie bij het kind (Almqvist & Broberg, 2003; Mooren, 2011). Ook in de perceptie van de ouder zelf is de kwaliteit van de ouder-kind relatie zwak en heeft de ouder vaak moeite zichzelf als beschermende en liefhebbende ouder te zien (Almqvist & Broberg, 2003; Van Ee, 2011). Samenvattend zouden de stressklachten van de ouder tot verminderd ouderschap en een verminderde ouder-kind relatie kunnen leiden. Dit kan op haar beurt leiden tot mishandeling van en klachten bij het kind.

Dit antwoord is echter nog te simplistisch. Het impliceert namelijk eenrichtingsverkeer van de ouder naar het kind. Scheeringa en Zeanah (2001) toonden via een metastudie aan dat ouder en kind elkaar wederzijds kunnen beïnvloeden en klachten kunnen versterken of in standhouden. Hieruit volgt dat de traumatisatie van ouder en kind niet als twee losse entiteiten gezien kunnen worden, maar als een elkaar beïnvloedend geheel.

In een recente studie van Van Ee, Kleber en Mooren (2012) is gekeken naar de relatie tussen ouderlijke PTSS klachten, de ouder-kind interactie en de ontwikkeling van het kind bij 49 in Nederland verblijvende asielzoekers en vluchtelingen. PTSS klachten van de ouder bleken samen te hangen met meer psychosociale problemen bij het kind, maar niet met vermindering in hun mentale of psychomotorische ontwikkeling. Verder bleek dat PTSS klachten van de ouder samenhangen met een verminderde ouder-kind interactie dat geobjectiveerd werd als een lage mate van sensitiviteit, structurering en een hoge mate van hostiliteit bij de ouder, en een lage mate van reactiviteit en het betrekken van de ouder bij het kind. De beperkingen in het ouderschap bleken niet te mediëren tussen ouderlijke PTSS klachten en psychosociale problemen bij het kind. De studie toont de eerder



vermoedde relatie tussen ouderlijke PTSS klachten en psychosociale problemen bij het kind aan. Ook toont het de invloed van ouderlijke PTSS klachten op de ouder-kind interactie.

Hiermee lijkt een bevredigend antwoord gevonden te zijn op de vraag naar de oorzaak van de verhoogde kindermishandeling bij vluchtelingen en asielzoekers die Euser et al. (2011) vonden. Het zou kunnen gaan om een gevolg van de verstoorde ouder-kind relatie als gevolg van de verhoogde stress (klachten). Een mogelijke hypothese die hieruit kan volgen is dat juist de relatie tussen ouder en kind centraal gesteld moet worden in het behandelen van de klachten van het kind en de ouder. Anders gezegd kunnen bovenstaande bevindingen wijzen op het belang van een meer systeemgerichte benadering voor vluchtelingen en asielzoekers met stressklachten.

### **Contextuele benaderingen en MFT**

Uit het voorgaande lijkt het raadzaam om het herstellen van de relatie tussen ouder en kind centraal te stellen in een gecombineerde behandeling van ouder en kind. Een dergelijke gecombineerde behandeling bestaat in de vorm van systeemtherapie. Systeemtherapie is in essentie een contextuele benadering, waarbij mensen gezien en behandeld worden in hun sociale context (Asen, 2002b). Deze context is in dit geval dus een kind in relatie met zijn of haar ouders. Systeemtherapie is anders dan de gangbare individuele therapieën, doordat de leden van het systeem centraal gesteld worden, waardoor de therapeut naar de achtergrond geplaatst wordt. De taak van de therapeut beperkt zich tot het geven van verheldering en het faciliteren van veranderingen om zo ongebruikte en onvermoede krachten van het cliëntsysteem aan te boren. De systeemtherapie is onder meer gegrondvest op het idee dat de ware verandering niet plaatsvindt in de therapiekamer maar in de werkelijke situatie. Doordat systeemtherapie in eerste instantie vooral toegepast werd op gezinnen wordt het ook wel gezinstherapie of *family therapy* genoemd (Jessurun, 2010). Het lijkt aannemelijk dat juist deze systeembenadering goed aansluit bij de onderzoekspopulatie omdat het gezin een centrale rol inneemt in de veelal meer collectieve culturen in het land van herkomst. Een ander voordeel is dat de meer observerende houding en grotere afstand van de therapeut mogelijk minder snel tot botsingen door cultuurverschillen leidt.

Een vorm van gezinstherapie is meergezinstherapie, ook wel *Multi-family therapy* (MFT) genoemd. MFT is een combinatie van systeemtherapie en groepstherapie (Mooren, 2011). Groepstherapie verschilt van de eerder omschreven systeemtherapie in dat de deelnemers niet deel hoeven te zijn van hetzelfde systeem, maar veelal gelijke problematiek hebben. MFT is door de jaren heen ontwikkeld tot een behandeling gericht op *multi-problem families*: gezinnen die op meerdere levensgebieden problemen ervaren. Door de families bij elkaar te brengen en een uitwisseling van ideeën en ervaringen te creëren, wil MFT via vergelijking en het van elkaar te leren een nieuw perspectief op de problematiek geven en hiermee communicatie verbeteren en onderling begrip

vergroten. Centraal staat het leren door aspecten van de eigen situatie in anderen terug te zien (Asen, 2002a; Asen & Bianchi, 2007). De in deze studie centraal staande populatie, gezinnen van vluchtelingen en asielzoekers waarvan de ouders de diagnose PTSS hebben, vertoont sterke overeenkomst met *multi-problem* gezinnen. Ook hier zijn er immers vaak meerdere sociaalmaatschappelijke problemen tegelijk en veelal ook meerdere systeemleden met psychische of psychiatrische problematiek. Het ontmoeten van en samen optrekken met andere gezinnen in vergelijkbare situaties, zoals bij MFT, zou dan ook een waardevolle behandeling kunnen vormen voor deze gezinnen.

### **Werkzaamheid MFT**

Bij het belichten van de werkzame aspecten van MFT is het allereerst van belang op te merken dat het zowel een methode als een setting betreft (Mooren, 2011). Met dit laatste wordt bedoeld dat ook andere vormen van therapie, zoals individuele behandelingen, deel kunnen zijn van de therapie naast de meer typerende interventies van de MFT. Daarnaast is het opvallend hoe de combinatie van systeemtherapie en groepstherapie in de werkzaamheid van MFT terug te vinden is. Zo is MFT onder meer werkzaam via mechanismen die typerend zijn voor groepstherapie bij vluchtelingen: het doorbreken van isolement in een vreemde omgeving en het verkrijgen van steun en (h)erkenning doormiddel van het in contact komen met lotgenoten. Binnen deze groep is er daarnaast ook ruimte om gezamenlijk vaardigheden te ontwikkelen om zich staande te houden in de nieuwe omgeving (Rohlof & Haans, 2005). Aan de kant van systeemtherapie is het eerder genoemde faciliteren van veranderingen om zo ongebruikte en onvermoede krachten van het cliëntsysteem aan te boren aanwezig (Jessurun, 2010). MFT is dus een groepstherapie voor gezinnen in vergelijkbare situaties, die door onderlinge interacties van elkaar kunnen leren (Zie voor de belangrijkste concepten en mechanismen van MFT: Asen & Scholz, 2010; Asen & Bianchi, 2007; Asen, Dawson & McHugh, 2001; Bianchi, 2011).

Hoewel de voordelen van MFT groot lijken is het ook belangrijk om enkele kritische kanttekeningen te plaatsen. Het plaatsen van cliënten in een lotgenotengroep zou de slachtofferrol kunnen benadrukken terwijl er in behandeling juist getracht wordt de cliënt hieruit te halen. Ook is er het gevaar van conformisme: men kan zich in gedrag en opvattingen aanpassen aan de heersende moraal in de groep. Dit kan enerzijds relatief zwakke cliënten versterken maar anderzijds ook relatief sterke cliënten juist verzwakken. Ook kan de groepsbehandeling ten koste gaan van individuele aandacht. Hoewel een deel van deze problemen te ondervangen is door een combinatie van individuele behandeling met MFT, mogen de beperkingen van MFT niet uit het oog verloren worden.

## **Effectiviteit van MFT**

Uit het voorgaande volgt dat MFT een bruikbare therapie zou kunnen zijn voor door traumaklachten geteisterde vluchtelingen of asielzoekers gezinnen. Maar wat is bekend over de effectiviteit van de therapie? Gebaseerd op deze hypothesen wordt MFT al veel toegepast onder vluchtelingen en asielzoekers met traumagerelateerde klachten. Daarnaast wordt het in de klinische praktijk als effectief beschouwd. Het lijkt in veel gebieden toepasbaar: *multi-problem families*, psychotische patiënten, middelenmisbruik, chronische ziekte, ziekte van Huntington, kindermishandeling, boulimia nervosa. Echter systematische studies naar de effectiviteit van MFT ontbreken nog (Asen, 2002a; Mooren, 2011).

In een poging om tot een gefundeerde therapie te komen tegen huiselijk geweld tegen kinderen, jongvolwassenen en vrouwen, is met financiering door de Europese Commissie in 2006 een project gestart. Met MFT werkende Instellingen uit verschillende landen in Europa deden mee. Er bleek enige klachtvermindering en een lichte toename in de emotionele band tussen ouder en kind. Het onderzoek kende echter een groot aantal beperkingen, met name als gevolg van heterogeniteit tussen de instellingen (Asen & Bianchi, 2007).

Concluderend klinkt er vanuit klinische hoek enthousiasme en vertrouwen in de toepassing van MFT. Er is echter nog weinig empirische bewijs over de werkzaamheid van MFT. Er is dan ook een grote vraag om systematisch, longitudinaal en vergelijkend effectonderzoek naar MFT bij psychotrauma (Asen, 2002a; Mooren, 2011).

## **MFT en *emotional availability***

Ondanks verschillende pogingen, zijn er nog weinig studies in geslaagd een gedegen empirische bewijs voor de werkzaamheid van MFT aan het licht te brengen. Alvorens hier een nieuwe poging in te ondernemen, is het van belang antwoord te vinden op de vraag hoe de effectiviteit van MFT vastgesteld kan worden. Hier stuit men namelijk op een probleem: MFT is een brede samenstelling van verschillende technieken uit verschillende behandelingen. De toepassing hiervan wordt ook nog eens afgestemd op de specifieke behoeften van een persoon of gezin. De vraag rijst hoe de effectiviteit van een dergelijk beperkt geprotocolleerde behandeling te meten is.

Voor de oplossing van dit probleem moet gekeken worden naar de primaire behandeldoelen van MFT. Twee specifieke doelen zijn te onderscheiden. Allereerst klachtenvermindering. Dit eerste doel is vast te stellen via verscheidene diagnostische instrumenten, zoals de *Hopkins Symptom Checklist* (HSCL; depressie en angst schaal) (Kleijn, Hovens & Rodenburg, 2001) en de *Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ; trauma schaal) (Mollica, et al. 1992). Voor het tweede behandeldoel van MFT moet terug gegrepen worden op de aanleiding van de bespreking van MFT. Zoals onderbouwd heeft de stressvolle situatie binnen het gezin van veel vluchtelingen en asielzoekers

haar weerslag op het ouderschap en de ouder-kindrelatie. MFT werd als reactie hierop besproken als mogelijk passende interventie. Voor het vaststellen van de effectiviteit van deze interventie moet dus naast klachtenvermindering gekeken worden naar verbetering in de ouder-kindrelatie. Hoe is dit echter meetbaar te maken?

Een mogelijkheid zou de Ouder-Kind Interactie Vragenlijst (OKIV) kunnen zijn (Lange, Blok, Wiers & van der Schaar, 1997). Echter als nadeel geldt dat dit een zelfrapportage vragenlijst betreft en de resultaten dus sterk beïnvloed kunnen worden door de sociale wenselijkheid van de ouder. Een bruikbaar instrument is wellicht de *Emotional Availability Scale* (EAS; Biringen, 2008). De EAS is een observatie schaal die het begrip *emotional availability* (EA) operationaliseert. Om dit concept en het daaruit volgende instrument te begrijpen is het van belang de oorsprong van dit concept te beschrijven, beginnend bij de hechtingstheorie.

Bowlby als grondlegger van de hechtingstheorie en Ainsworth als bedenker van de *strange situation test* (SST) onderstrepen het belang van ouderlijke sensitiviteit voor het ontwikkelen en behouden van een veilige hechtingrelatie. Van ouderlijke sensitiviteit is sprake wanneer de ouder oog heeft voor de signalen en communicatie van het kind en hierop reageert. De SST kan op deze manier iets zeggen over de ouder-kindrelatie. Echter, de test heeft een drietal beperkingen. Ten eerste gaat het bij de SST om observeerbaar gedrag. Volgens critici is dit kortzichtig omdat gedrag slechts één component is van de relatie. Ten tweede is de SST vooral gericht op het gedrag van het kind, terwijl er in de relatie tussen ouder en kind ook sprake moet zijn van aandacht voor de ouders. Dit zou ondervangen kunnen worden met de *Adult Attachment Interview*. Echter op deze manier worden twee losse personen gescoord in plaats van de relatie waar het nu juist om gaat. Ten derde betreft de SST alleen situaties met frustratie en niet een naturalistische setting.

Emde en Easterbrooks gingen in op een ander aspect van de ouder-kindrelatie, namelijk emotie. Ze zien emotie als de sensitieve barometer van de ouder-kindrelatie. Centraal zou het eerder genoemde begrip '*emotional availability*' (EA) staan. Dit refereert aan de emotionele afstemming en responsiviteit op emoties en de achterliggende behoeftes. Niet alleen het reageren op negatieve emoties is van belang, maar ook het reageren op positieve emoties. En het gaat niet alleen om het gedragsmatig reageren en beschikbaar zijn, maar ook het emotioneel beschikbaar zijn.

Mahler bracht EA dichter bij de hechtingstheorie. Dit gebeurde door in te gaan op de steun die een kind heeft aan een emotioneel beschikbare moeder in het verkennen en verkrijgen van autonomie. Binnen bijvoorbeeld de SST kan de typische beweging van een veilig gehecht kind met het weggaan om te ontdekken en weer terugkomen bij de moeder gefaciliteerd worden door een gevoel van veiligheid en acceptatie door de moeder dat Mahler '*quiet supportiveness*' noemt.

Biringen bracht het verschillende gedachtegoed bijeen in een nieuwe conceptualisatie van EA. EA wordt door haar geconceptualiseerd aan de hand van een zestal dimensies: *parental*

*sensitivity, parental structuring, parental nonintrusiveness, parental nonhostility, child responsiveness to the parent* en *child involvement of the parent* (Biringen, 2009a; Biringen, 2009b; Biringen, 2008; Biringen, 2000; Easterbrooks & Biringen, 2000a). Deze nieuwe conceptualisatie heeft oog voor zowel emoties als gedrag (de eerste tekortkoming van de SST) en gaat in op de relatie door zowel naar de ouder als het kind te kijken (de tweede tekortkoming van de SST).

EA kan vastgesteld worden met behulp van de *Emotional Availability Scale (EAS)*. De EAS is een observatieschaal aan de hand waarvan ouder-kind interacties een score krijgen op de verschillende dimensies van EA. Toepassing van de EAS kent een aantal voordelen. Ten eerste is de situatie, anders dan bij de SST, niet stressvol. Het hoeft namelijk niet speciaal in een laboratorium afgenomen te worden; iedere interactie in iedere situatie is geschikt voor observatie. De derde tekortkoming van de SST wordt hiermee ondervangen. Ten tweede is EA een dimensioneel begrip waar bijvoorbeeld hechting meer categorisch is. Dit maakt ontwikkelingen beter zichtbaar. Ten derde is het in korte tijdsintervallen toepasbaar. Ten vierde is het kind de bepalende cue. Waar ouders, zoals bij de OKIV, zich beter kunnen voordoen is hiervan bij het kind geen sprake. Ten vijfde geeft het een idee van de relatie en minder van een personeigenschap van één van de twee betrokkenen. Echter de EAS kent ook enkele beperkingen. Zo kan het opnemen van een video ervaren worden als stressvol (Biringen, 2009b). Ook geeft het korte tijdsinterval maar beperkt ruimte geven om alles te observeren. Bepaald gedrag zou bijvoorbeeld net niet binnen dit interval vertoond en daarmee gescoord kunnen worden (Bretherton, 2000).

## **Studie**

Samenvattend bleek uit het voorgaande dat vluchtelingen- en asielzoekersgezinnen een kwetsbare groep vormen voor complexe problematiek. Duidelijk is geworden dat ouder en kind hierbij niet als losse entiteiten gezien moeten worden. Hierop volgt het belang van een therapie met expliciete aandacht voor de ouder-kindrelatie. MFT lijkt hieraan te voldoen. Echter, tot op heden is er nog weinig bekend over de werkzaamheid van MFT voor deze populatie. Met behulp van onder andere het begrip *emotional availability* lijkt een mogelijkheid te zijn ontstaan om de relatie tussen psychotrauma en de ouder-kindrelatie te onderzoeken en om de effectiviteit van MFT empirisch te toetsen.

In twee opeenvolgende studies (studie A en B) zal getracht worden via een vergelijkend longitudinaal onderzoek een eerste explorerende stap zetten in *evidence based practice* voor MFT bij vluchtelingen en asielzoekers verblijvend in Nederland. In navolging op de studie van Van Ee, et al. (2012) zal de relatie tussen traumagerelateerde klachten van de ouder en de ouder-kind interactie nader worden bestudeerd. Dit keer wordt er echter gebruik gemaakt van een volledig klinische

populatie. De populatie omvat drie condities: een klinische en dagklinische populatie die beide werken volgens MFT, en een vergelijkende poliklinische populatie die niet volgens MFT werkt.

Deze studie, A, betreft de voormeting van de longitudinale studie. Een viertal vraagstellingen zal worden getoetst:

1. Wat is de relatie tussen traumagerelateerde klachten en algemeen psychisch welbevinden, en meer specifiek depressieve en angst klachten van de ouder? Hierbij wordt een sterke correlatie verwacht gezien de overlap in gemeten problematiek.
2. Wat is de relatie tussen psychische klachten en de ouder-kind interactie? Hierbij bestaat zoals beargumenteerd de verwachting dat een hogere mate van klachten samenhangt met een lagere score op de ouder-kind interactie.
3. Zijn de klinische en dagklinische conditie te combineren tot één MFT conditie? Hierbij is de verwachting dat er geen significante *ingroup variantie* is in de mate van klachten of de ouder-kind interactie.
4. Hoe verschillen de MFT conditie en de poliklinische conditie? Hierbij is de verwachting dat er *betweengroup variantie* gevonden wordt waarbij de MFT conditie meer klachten en een verminderde ouder-kind interactie vertoont dan de poliklinische populatie. Dit omdat de cliënten veelal op basis van ernst van hun problematiek meer of minder intensieve zorg toegewezen krijgen.

Deze laatste twee onderzoeksvragen (3 en 4) kunnen verder inzicht geven in de interpretatie van de data en dienen ter voorbereiding op studie B die ook de nameting zal beslaan. Studie B tracht de vraag te beantwoorden of MFT effectief is.

## **METHODE**

### **Design**

De vergelijkend longitudinale studie vindt plaats bij Stichting Centrum '45, een Nederlands behandel- en expertisecentrum voor psychotrauma. Hierbinnen wordt samengewerkt in de afdeling Jeugd en Gezin tussen de (dag)klinieken en de polikliniek in Oegstgeest en Diemen. In de studie worden vluchtelingen- en asielzoekersgezinnen met trauma gerelateerde problematiek in een MFT conditie en een vergelijkende conditie vergeleken. De MFT conditie bestaat uit ouder-kindparen uit de dagkliniek en de kliniek. Cliënten van de kliniek krijgen 5 dagen behandeling, bestaande uit MFT en individuele therapie. De cliënten van de dagkliniek krijgen één dag in de week behandeling, welke alleen bestaat uit MFT. De vergelijkende conditie bestaat uit ouder-kindparen van de polikliniek. Deze ontvangen circa één uur per week alleen individuele behandeling. Bij alle cliënten wordt de EAS, HTQ en de HSCL afgenomen bij aanvang van de studie (T1). Ten behoeve van studie B worden na een periode van respectievelijk 3 (T2) en 6 maanden (T3) de EAS, HTQ en HSCL opnieuw afgenomen.

### **Participanten**

De participantenwerving vond plaats op basis van beschikbaarheid. Alle cliënten die in behandeling waren of gedurende het onderzoek in behandeling kwamen in de omschreven behandelingen werden in principe geïnccludeerd in de studie. Twee redenen zorgden ervoor dat de hoeveelheid participerende gezinnen klein bleef. Ten eerste waren er niet veel gezinnen in behandeling. Ten tweede werd de includatie van de gezinnen die wel in behandeling waren bemoeilijkt door een aantal factoren. Zo bleek het moeilijk afspraken te maken met de cliënten voor het afnemen van de testbatterij. Men moest bijvoorbeeld eerder weg, voelde zich te vermoeid na de behandeling of was het kind vergeten mee te nemen. Een andere factor was de afstemming op het onderzoek binnen de behandelsetting. De nadruk lag op de behandeling wat soms ten koste ging aan aandacht voor de studie. Ook onbekendheid met de nieuw te implementeren EAS speelde een rol. De afname vroeg om een investering waarvan de behandelaren de toegevoegde waarde nog niet ervaren hadden. Gedurende het onderzoek groeide de bekendheid met de EAS en werd het uiteindelijk een vast onderdeel van de diagnostiek. Dit leidde tot een grotere toename van participanten. Er was een lage non-respons: slechts één gezin gaf geen toestemming voor het gebruik van de data voor de studie.

De studie betrof 15 ouder-kind interacties bij vluchtelingen en asielzoekers in Nederland waarbij de ouder de diagnose PTSS had. De ouder-kind paren komen uit verschillende landen: Afghanistan, Armenië, Azerbeidzjan, Irak, Ivoorkust, Sierra Leone, Turkije en Uganda. De leeftijd van de kinderen varieerde tussen de 1 jaar en de 12 jaar, met een gemiddelde van 5 (4) jaar. De leeftijd

van de ouders varieerde tussen de 26 en 46 jaar, met een gemiddelde van 35 (6) jaar. De ouder-kind interacties zijn gemeten over drie verschillende condities: Klinisch (6), dagklinisch (4) en poliklinisch (5). Zie verder tabel 1 voor demografische gegevens van de onderzoekspopulatie.

**Tabel 1. Demografische gegevens algemene populatie en per setting**

	Algemeen M/n (SD/%)	Klinisch M/n (SD/%)	Dagklinisch M/n (SD/%)	Poliklinisch M/n (SD/%)	MFT M/n (SD/%)
N	15 (100)	6 (40.0)	4 (26.7)	5 (33.3)	10 (66.7)
Sekse ouder					
Man	5 (33.3)	1 (16.7)	0 (0)	4 (80)	1 (10)
Vrouw	10 (66.7)	5 (83.3)	4 (100)	1 (20)	9 (90)
Sekse kind					
Jongen	7 (46.7)	1 (16.7)	2 (50)	4 (80)	3 (30)
Meisje	8 (53.3)	5 (83.3)	2 (50)	1 (20)	7 (70)
Leeftijd ouder	34 (6)	36 (4)	28 (2)	38 (7)	33 (5)
Leeftijd kind	5 (4)	4 (4)	2 (.6)	8 (4)	3 (3)

### Vragenlijsten

#### *Hopkins Symptom Checklist 25 (HSCL-25)*

De Hopkins Symptom Checklist 25 (HSCL-25) is een zelfrapportage instrument voor psychisch welbevinden. De lijst bestaat uit twee subschalen: depressie en angst. Bij de items wordt gevraagd deze in te vullen voor de afgelopen week inclusief die dag zelf. Hierbij kan steeds gekozen worden op een vierpuntschaal die varieert van 'helemaal niet' tot 'heel erg' (Derogatis, et al., 1974). De lijst wordt in het Nederlands, Engels of Arabisch aangeboden. De validiteit en betrouwbaarheid wordt met voldoende beoordeeld. Echter, door veroudering van de normen worden deze met onvoldoende gescoord (Cotan, 2009-2011). De vragenlijst is door zijn toestandskarakter geschikt om ontwikkelingen in de klachten te meten.

#### *Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)*

De Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) is een zelfrapportage vragenlijst om trauma en traumagerelateerde symptomen te meten. In deze studie wordt een verkorte versie van 16 items afgenomen waarin PTSS symptomen volgens de DSM-IV worden uitgevraagd. Men wordt gevraagd aan te geven hoeveel last iemand de afgelopen week heeft ervaren. Hierbij wordt er gescoord op een vierpuntschaal, variërend van 'geen last' tot 'zeer veel' (Mollica, et al., 1992). De lijst wordt in het Nederlands, Engels of Arabisch aangeboden.



### *Emotional Availability Scale (EAS)*

De Emotional Availability Scale (EAS) is een observatie methode om de interactie tussen een volwassene en een kind te beoordelen. De volwassene kan iedere verzorger in het leven van het kind zijn. De EAS is in verschillende versies geschikt voor kinderen van 0 tot 14 jaar.

De EAS kent één *global clinical screener* en 6 subschalen welke op hun beurt uit 7 verschillende items bestaan. De *global score* is een score tussen de 1 en 100 waarbij 100 een perfecte *emotional available* relatie is (vergelijkbaar met een veilige relatie bij de hechtingtheorie) en 1 een getraumatiseerde, gedesorganiseerde en problematische relatie (vergelijkbaar met een onveilige relatie). De 6 subschalen bestaan uit 4 schalen die iets zeggen over de volwassene (*adult sensitivity, adult structuring, adult nonintrusiveness en adult nonhostility*) en 2 schalen die iets zeggen over het kind (*child responsiveness to the adult en child involvement of the adult*).

De EAS bestaat uit het scoren van de opnames van de interactie tussen een volwassene en een kind. Bij voorkeur duurt deze interactie circa twintig minuten. De instructie voor de volwassene en het kind vooraf luidt als volgt: '*Ga met uw kind om zoals u normaal ook zou doen.*'

De EAS, ontwikkelt in de Verenigde Staten, wordt verondersteld crosscultureel toepasbaar te zijn omdat de emotionele interacties universeel zijn. Het scoren dient te gebeuren door een hiervoor getraind en gekwalificeerde observant.

### **Procedure**

Via een brief werd zowel de ouders als de behandelaren op de hoogte gebracht van het doel en het verloop van de studie. Hen werd uitgelegd dat deelname niet verplicht is maar wel kon bijdragen aan de therapie en het verbeteren ervan. Vervolgens werden de ouder-kindparen door hun behandelaar benaderd over het verlenen van toestemming voor het afnemen van de batterij voor zowel diagnostische als onderzoeksdoeleinden. Wanneer de ouders instemden maakte de therapeut een afspraak om tijdens of na een behandelaafspraak de testbatterij af te nemen.

Een medewerker van de instelling kwam op het gezette tijdstip filmen. Eerst werden de vragenlijsten afgenomen, vervolgens de EAS. De instructie die werd gegeven was als volgt: '*Ga met uw kind om zoals u normaal ook zou doen.*' Van belang was om niet het woord '*spelen*' te noemen. Een speelrelatie tussen ouder en kind kan cultureel bepaald zijn en zeker voor de populatie in deze studie niet gewoon wezen. Er werd gestreefd naar een gestandaardiseerde afname omgeving bestaande uit een vaste omgeving, veelal de speelkamer van de instelling, en vast speelgoed voor specifieke leeftijdsgroepen, zoals blokken voor jongere kinderen en bordspelen voor oudere kinderen.

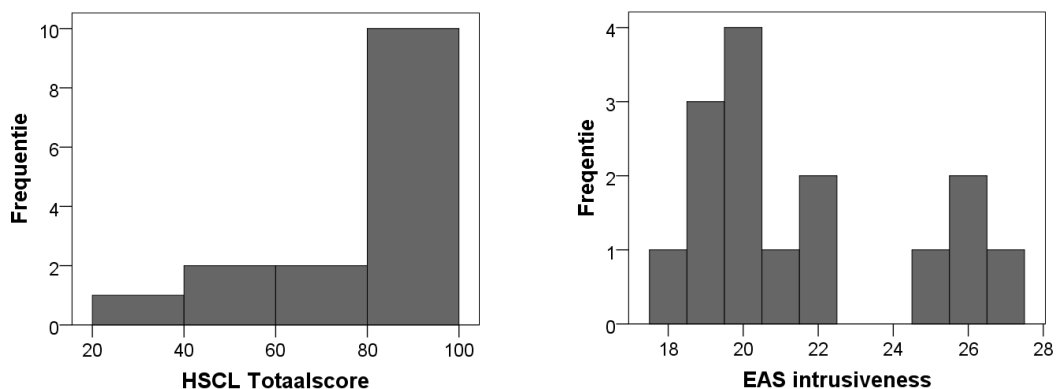
De beelden werden dan door een hiervoor gecertificeerd, van de behandeling onafhankelijke, observant gescoord. De resultaten werden voor diagnostische doeleinden

doormiddel van een rapportage, gebaseerd op de scores en observaties, teruggekoppeld naar de therapeut. Ook de scores op de HTQ en de HSCL worden hierbij teruggekoppeld. De data werden daarnaast opgenomen in een data file ten behoeve van de studie.

### Statistische analyses

De analyses zijn uitgevoerd met behulp van SPSS. Er is gekozen om non-parametrische analyses te gebruiken omdat de variabelen niet normaal verdeeld zijn. Beide klachtenlijsten vertonen een verdeling naar rechts van het midden, met relatief veel ouders die veel klachten rapporteren en waartussen weinig gedifferentieerd wordt (zie figuur 2). Dit is een logische vondst gezien de klinische populatie.

De subschalen van EAS zijn relatief normaal verdeeld, maar steeds met een kleinere uitzonderingsgroep die relatief hoog dan wel relatief laag scoort (zie figuur 2). Ook dit effect is te verklaren in dat de meeste ouder-kind interacties rond een bepaalde norm scoren waardoor de sterk of zwak functionerende paren meer opvallen en een hoge dan wel lage score krijgen. Dit toont dat de EAS vooral goed differentieert tussen normale ouder-kind interacties en afwijkende ouder-kind interacties. Ook uit de Kolmogorov-Smirnov statistieken, welke de mate van normaliteit meet, blijkt de overtreding van de assumptie van normaliteit: Beide klachtenlijsten scoren hierop significant en zo ook enkele subschalen van de EAS. Samenvattend maakt dit dat non-parametrische analyses de voorkeur verdienen.



*Figuur 2.* Bij wijze van voorbeeld de histogrammen van de frequentieverdeling van de HSCL scores en EAS adult nonintrusiveness scores

In de analyses worden significantieniveaus tot .10 gerapporteerd. Dit om ondanks een tekort aan power, voortkomend uit een steekproef van 15 ouder-kind interacties, tegemoet te komen in het zoeken naar effecten. Dit is gezien het explorerende karakter van de studie geoorloofd. Dergelijke significantie niveaus moeten worden geïnterpreteerd als een aanwijzing voor de aanwezigheid van een effect dat mogelijk bij een grotere power wel significant aangetoond kan worden.

## RESULTATEN

### 1. Relaties traumagerelateerde klachten, depressie, angst en algemeen psychisch welbevinden

De relaties tussen traumagerelateerde klachten (zoals gemeten met de HTQ), depressie, angst en algemeen psychisch welbevinden (zoals gemeten met de HSCL) is onderzocht doormiddel van een spearman correlatie. Er waren significant sterke correlaties (Cohen, 1988) tussen angst en depressie ( $\rho=.57$ ,  $p<.05$ ), angst en algemeen psychisch welbevinden ( $\rho=.84$ ,  $p<.01$ ), angst en traumagerelateerde klachten ( $\rho=.67$ ,  $p<.01$ ), depressie en algemeen psychische welbevinden ( $\rho=.82$ ,  $p<.01$ ) en tussen algemeen psychisch welbevinden en traumagerelateerde klachten ( $\rho=.86$ ,  $p<.01$ ). Hieruit volgt dat traumagerelateerde klachten samenhangen met angst en depressie en verminderd psychisch welbevinden. Deze bevinding ondersteunt de hypothese dat klachtenlijsten met elkaar samenhangen (zie tabel 2).

**Tabel 2.** Spearman correlaties tussen trauma gerelateerde klachten, angst, depressie en algemeen psychisch welbevinden

Maten	Angst		Depressie		HSCL	
	Cor. (rho)	Sig. (p)	Cor. (rho)	Sig. (p)	Cor. (rho)	Sig. (p)
HTQ	.67***	.01	.68***	.00	.86***	.00
HSCL	.84***	.00	.82***	.00		
Depressie	.57**	.03				

N = 15; HTQ = Harvard Trauma Questionnaire; HSCL = Hopkins Symptom Checklist; \* $p<.10$ ; \*\* $p<.05$ ; \*\*\*  $p<.01$

### 2. Relatie klachten en de ouder-kind interactie

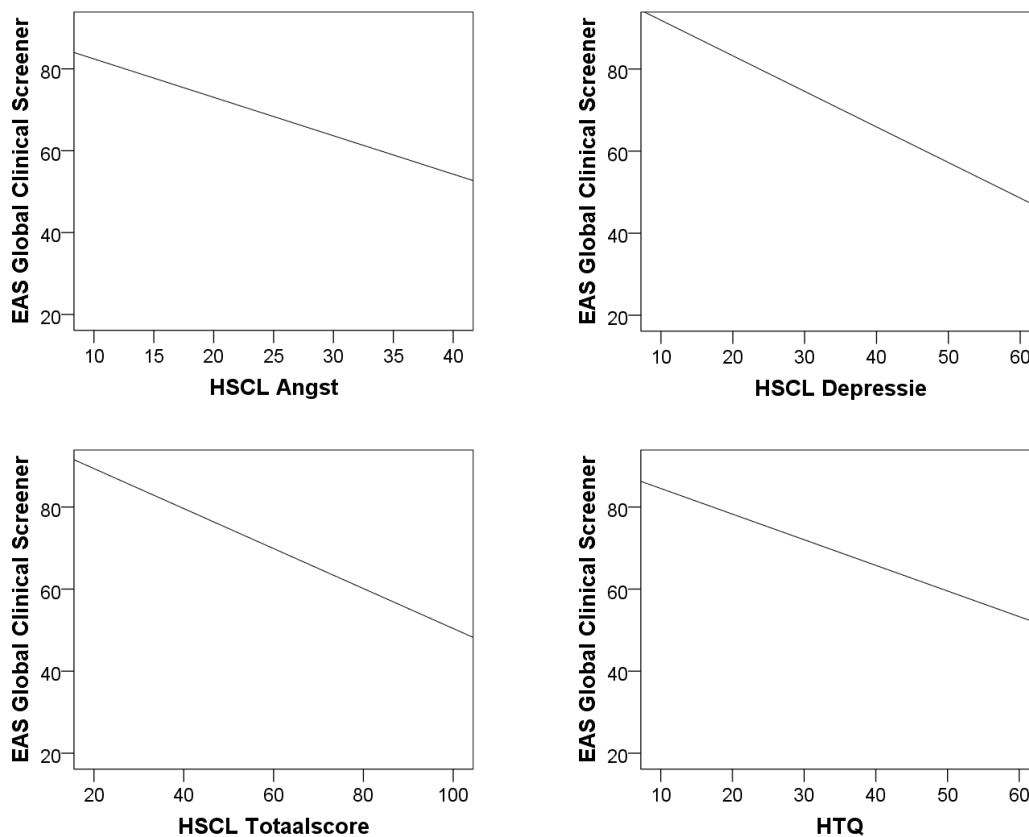
De relatie tussen verschillende aspecten van de ouder-kind interactie enerzijds (zoals gemeten met de EAS) en traumagerelateerde klachten (zoals gemeten met de HTQ), angst, depressie en algemeen psychisch welbevinden (zoals gemeten met de HSCL) anderzijds is onderzocht door middel van een spearman correlatie. Er zijn verschillende significante negatieve correlaties, van een grote sterkte (Cohen, 1988), gevonden. Allereerst werd dit gevonden tussen algemeen psychisch welbevinden en de *global clinical screener* ( $\rho = -.54$ ,  $p < .05$ ) en *adult structuring* ( $-.55$ ,  $<.05$ ). Ook zijn er aanwijzingen voor een samenhang met *adult sensitivity* ( $-.48$ ,  $<.10$ ), en *child involvement* ( $-.50$ ,  $<.10$ ). Daarnaast zijn er significante en sterke correlaties tussen depressie en de *global clinical screener* ( $-.61$ ,  $<.05$ ), *adult sensitivity* ( $-.64$ ,  $<.05$ ), en *adult structuring* ( $-.62$ ,  $<.05$ ), en aanwijzingen voor een samenhang met *adult nonhostility* ( $-.49$ ,  $<.10$ ) en *child involvement* ( $-.51$ ,  $<.10$ ) gevonden. Hierbij hangt een lager welbevinden samen met een verminderde ouder-kind interactie. Ook de andere, niet significante, correlaties toonden deze richting (zie tabel 3 en figuur 2). Deze bevindingen

ondersteunen de hypothese over de samenhang tussen psychische klachten en de ouder-kind interactie gedeeltelijk.

**Tabel 3.** Spearman correlaties tussen verschillende aspecten van de ouder-kind interactie enerzijds en trauma gerelateerde klachten, angst, depressie en algemeen psychisch welbevinden anderzijds

Maten	Angst		Depressie		HSCL		HTQ	
	Cor. (rho)	Sig. (p)	Cor. (rho)	Sig. (p)	Cor. (rho)	Sig. (p)	Cor. (rho)	Sig. (p)
Global clinical screener	-.31	.26	-.61**	.02	-.54**	.04	-.37	.17
Adult sensitivity	-.23	.39	-.64**	.01	-.48*	.07	-.35	.21
Adult structuring	-.36	.18	-.62**	.02	-.55**	.04	-.37	.18
Adult nonintrusiveness	-.31	.26	-.22	.43	-.36	.19	-.10	.72
Adult nonhostility	-.25	.36	-.49*	.06	-.40	.14	-.17	.56
Child responsiveness	-.29	.30	-.43	.11	-.40	.14	-.15	.58
Child involvement	-.34	.21	-.51*	.05	-.50*	.06	-.23	.41

N = 15; HTQ = Harvard Trauma Questionnaire; HSCL = Hopkins Symptom Checklist; \*p<.10; \*\*p<.05; \*\*\* p<.01



*Figuur 2.* Scatterplots van de relatie tussen EAS global clinical screener en angst, depressie, de HSCL en de HTQ

### 3. Afwezigheid *ingroup* variantie in MFT conditie

Er is een mann-whitney U test gedaan om de verschillende afhankelijke variabelen tussen de klinische en dagklinische conditie te vergelijken. Er zijn geen significante verschillen in scores tussen de klinische en dagklinische conditie gevonden, er is wel een aanwijzing op een verschil op één van de afhankelijke variabelen, namelijk angst ( $Z = -1.84$ ,  $p < .10$ ), zie tabel 4. Dit betekent dat de cliënten in de condities vergelijkbare klachten en ouder-kind interactie hebben, mogelijk met uitzondering van de angstschaal van de HSCL. Dit ondersteunt de hypothese dat de klinische en dagklinische populatie tot één MFT conditie kunnen worden samengevoegd op basis van de gebruikte lijsten. Het verschil in zelfgerapporteerde angst verdient hierbij echter nog enige aandacht.

Een verder opvallend gegeven is dat de dagklinische conditie gemiddeld hogere scores heeft op de klachtenlijsten dan de klinische conditie, dit is anders dan verwacht.

**Tabel 4.** Mann-whitney U test op verschillende afhankelijke variabelen voor de klinische en dagklinische conditie

Maten	Klinisch		Dagklinisch		Z	Sig.
	M	SD	M	SD		
Angst	30.00	9.94	37.25	3.59	-1.84*	.07
Depressie	44.67	15.11	49.50	5.92	-.43	.67
HSCL	74.67	24.41	86.75	8.06	-.43	.67
HTQ	45.33	14.72	52.50	5.07	-.43	.67
Global clinical screener	52.50	20.43	63.75	18.88	-.65	.52
Adult sensitivity	17.50	4.64	20.75	4.27	-1.09	.28
Adult structuring	18.33	5.24	19.75	4.50	-.22	.83
Adult nonintrusiveness	21.17	2.40	21.00	3.37	-.43	.66
Adult nonhostility	23.67	3.50	24.00	3.46	-.11	.91
Child responsiveness	21.00	4.52	20.00	4.24	-.43	.67
Child involvement	20.67	5.72	20.50	4.36	-.64	.52

N = 10; HTQ = Harvard Trauma Questionnaire; HSCL = Hopkins Symptom Checklist; \* $p < .10$ ; \*\* $p < .05$ ; \*\*\*  $p < .01$

### 4. Aanwezigheid *betweengroup* variantie tussen MFT en vergelijkingsconditie

Er is een mann-whitney U test gedaan om de verschillende afhankelijke variabelen tussen de MFT conditie en de vergelijkingsconditie te vergelijken. Er zijn geen significante verschillen tussen de groepen gevonden, echter wel drie aanwijzingen voor verschillen tussen drie subschalen van de EAS: *global clinical screener* ( $Z = -1.68$ ,  $p < .10$ ), *adult sensitivity* ( $-1.85$ ,  $< .10$ ) en *adult nonhostility* ( $-.88$ ,  $< .10$ ). Dit kan betekenen dat de cliënten in de condities mogelijk van elkaar verschillen in bepaalde aspecten van de ouder-kind interactie. Gebaseerd op gemiddelde scores, rapporteert de poliklinische conditie minder klachten en een betere ouder-kind interactie dan de MFT conditie. Dit is overeenkomstig met de verwachtingen (zie tabel 5).

**Tabel 5.** Mann-whitney U test op verschillende afhankelijke variabelen voor de MFT en de poliklinische conditie

Maten	MFT		Poliklinisch		Z	Sig.
	M	SD	M	SD		
Angst	32.90	8.56	27.80	6.76	-1.28	.14
Depressie	46.60	12.03	38.40	11.50	-1.61	.11
HSCL	79.50	19.79	66.20	18.25	-1.23	.22
HTQ	48.20	11.94	39.20	12.30	-1.18	.24
Global clinical screener	57.00	19.61	73.60	14.17	-1.68*	.10
Adult sensitivity	18.80	4.57	22.80	2.68	-1.85*	.06
Adult structuring	18.90	4.75	22.80	3.35	-1.49	.14
Adult nonintrusiveness	21.10	2.64	22.60	3.65	-.87	.38
Adult nonhostility	23.80	3.29	26.60	0.89	-.88*	.06
Child responsiveness	20.60	4.20	24.00	2.92	-.1.61	.11
Child involvement	20.60	4.95	23.60	3.78	-.92	.36

N = 15; HTQ = Harvard Trauma Questionnaire; HSCL = Hopkins Symptom Checklist; \*p<.10; \*\*p<.05; \*\*\* p<.01

#### Aanvullende analyse

De relatie tussen de verschillende aspecten van de ouder-kind interactie onderling is onderzocht door middel van een spearman correlatie coëfficiënt. Hierbij werden nagenoeg alleen maar zeer sterke positieve correlaties gevonden (tussen de .55 en .97 met significantie niveaus van <.05 en meestal zelfs <.01). Echter, voor *adult nonintrusiveness* schaal werden geen significante correlaties gevonden met *adult sensitivity* ( $\rho = .41, p = .13$ ), *adult structuring* ( $\rho = .44, p = .10$ ) en *child involvement* ( $\rho = .50, p = .06$ ). Deze bevinding vraagt om verdere discussie.

## DISCUSSIE

Gezinnen van getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers vormen een kwetsbare groep, mede doordat de PTSS van een ouder een negatieve weerslag kan hebben op het gehele systeem. In deze studie is daarom gekeken naar de samenhang tussen psychische klachten en de ouder-kind interactie bij getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers. De steekproef bestond uit 15 ouder-kind interacties van cliënten die in behandeling waren bij Stichting Centrum '45. De cliënten participeerden in drie verschillende behandelsettings: klinisch, dagklinisch en poliklinisch. Er is gekeken naar de samenhang tussen verschillende klachten. Daarnaast is er gekeken naar de relatie tussen deze klachten en de ouder-kind interactie. Tot slot zijn er twee assumpties getest met het oog op een longitudinale vervolgstudie naar de effectiviteit van MFT. Hier volgt een bespreking van de uitkomsten van de analyses, de betekenis hiervan, krachten en beperkingen bij de studie en de klinische implicatie en mogelijkheden voor vervolgstudies.

### Bevindingen en interpretatie

#### *1. Relatie traumagerelateerde klachten en psychisch welbevinden*

In de studie is een sterke samenhang gevonden tussen traumagerelateerde klachten enerzijds en angst, depressie en algemeen psychisch welbevinden anderzijds. De sterke samenhang tussen algemeen psychisch welbevinden en angst en depressie is in deze beperkt interessant omdat angst en depressie twee subschalen van psychisch welbevinden. De HTQ (een maat voor PTSS, een angststoornis) zou naar verwachting sterker gerelateerd moeten zijn aan het verwante angst dan aan depressie. Interessant genoeg wordt er in deze studie gevonden dat angst en depressie in nagenoeg gelijke mate samenhangen met PTSS klachten. Dit ondersteunt de opkomende gedachte dat PTSS ook veel depressieve symptomen beslaat en het classificeren als angststoornis beperkingen heeft. Naast deze bevinding is er een zeer sterke samenhang tussen de HTQ en HSCL gevonden. Deze bevindingen maken dat geconcludeerd kan worden dat de lijsten beperkt differentiëren en mogelijk in grote mate gelijke constructen meten bij toepassing binnen de huidige onderzoekspopulatie.

#### *2. Relatie klachten en de ouder-kind interactie*

De hoofdvraag van deze studie betrof de samenhang tussen psychische klachten en de ouder-kind interactie. Voor deze hypothese is ten dele bevestiging gevonden. Algemeen psychisch welbevinden (HSCL) en depressie (subschaal HSCL) vertoonden samenhang met verschillende subschalen van de EAS. De subschaal angst en de HTQ echter niet. De samenhang van algemeen psychisch welbevinden en de ouder-kind interactie is in deze minder interessant door een bijdrage van de subschaal depressie.

Interessanter is de bevinding dat de subschaal depressie wel en de subschaal angst niet samenhang vertoont met aspecten van de ouder-kind interactie. Hierbij moet gekeken worden naar de verschillen tussen angst en depressie. Angst valt te typeren als een staat van *arousal*. Depressie daarentegen wordt gekenmerkt door ondermeer somberheid, verlies van interesse en energie verlies of moeheid (APA, 2010). Depressie valt in deze te typeren als een staat van *de-arousal*. Angst en depressie op deze wijze tegenover elkaar zettende, blijkt deze staat van *de-arousal* samen te hangen met een verstoorde ouder-kind interactie. Of meer populair geformuleerd: Goed ouderschap vraagt energie.

Deze bevinding werd eerder ook gevonden bij andere populaties, gebruikmakende van andere instrumenten. Via een metastudie toonde Kane en Garber (2004) de samenhang tussen ouderlijke depressie en internaliserende en externaliserende psychopathologie bij het kind en met vader-kind conflicten. In een latere studie werd dit opnieuw gevonden en bleken bovendien de vader-kind conflicten een mediator voor externaliserende symptomen bij het kind (Kane & Garber, 2008). De vader-kind conflicten kunnen vergeleken worden met een verstoring in de ouder-kind interactie. Het gedachtegoed achter MFT wordt hiermee ondersteund daar een therapie systemisch inzetten invloed heeft op het welzijn van het kind. Depressie ondermijnt de kwaliteit van het ouderschap en de familie interactie. Zo worden moeders egoïstisch, onregelmatig, oncommunicatief, inconsistent en straffend in het omgaan met hun kind. Opnieuw blijken deze factoren in de ouder-kind interactie effect te hebben op het kind (Coyne, Downey & Boergers, 1991). In een studie van Jacob en Johnson (1997) werd ook gebruik gemaakt van een observatie methode. Een interactie werd 15 minuten gefilmd en gescoord volgens de *Marital Interaction Coding System*. Families met een depressieve ouder, vergeleken met een controle groep van gezonde ouders, scoorden lager op positiviteit (mee eens zijn, goedkeuren en instemmen) en sympathie (humor, glimlachen of lachen en praten). Schalen vergelijkbaar met *Adult sensitivity*.

De bevindingen in de huidige studie liggen in lijn met deze eerdere studies. De studie differentieert echter nog verder binnen de ouder-kind interactie door het gebruik van de EAS met 1 hoofd schaal en 6 subschalen. Ouderlijke depressie blijkt hieruit volgend negatief samen te hangen met meer algemeen de aanwezigheid van een gezonde connectie en interactie tussen ouder en kind (*Global clinical screener*), en meer specifiek de mogelijkheden van de ouder om warm en emotioneel verbonden te zijn met het kind (*adult sensitivity*), de mate waarin de ouder op een passende manier het spel van het kind structureert door het volgen van de leiding van het kind en het stellen van grenzen met betrekking tot het gedrag van het kind (*adult structuring*), de mate waarin de ouder openlijk, middels mimiek, en vocaal vijandig is naar het kind en de mate waarin de interactie bedreigend of beangstigend is (*adult nonhostility*) en met de mate waarin het kind de ouder betreft en mee laat doen in het spel (*child involvement*).



Een opvallend gegeven is verder dat er geen relatie tussen de ouder-kind interactie en traumagerelateerde klachten is gevonden, dit in tegenstelling tot van Ee, et al. (2012). Een mogelijke verklaring voor dit verschil is allereerst het gebruik van een verkorte versie van de HTQ; van Ee et al. hadden naast de 16 symptoom items ook nog een lijst van traumatische gebeurtenissen. Een tweede hieraan gerelateerd aspect is dat depressie als onderdeel van PTSS moet worden gezien. In dat geval spreken de studies elkaar niet zo zeer tegen maar differentieert deze studie verder binnen traumaklachten, doormiddel van het meer specifiek kijken naar angst en depressieve. Daarnaast zou het verschil voort kunnen komen uit het gebruiken van een klinische populatie waardoor de HTQ minder differentieert dan in de populatie van van Ee et al. Ten derde kan het uitblijven van een correlatie in deze studie voortkomen uit een tekort aan *power*. De data geven namelijk wel een duidelijk richting aan die overeenkomstig is met de bevindingen van van Ee et al.

#### *Verschillen tussen aspecten van de ouder-kind interactie*

Gebaseerd op deze resultaten rijst de vraag waarom specifieke aspecten van de ouder-kind interactie wel en andere aspecten niet samenhangen met ouderlijke depressie. Depressie hangt niet samen met *adult nonintrusiveness* en *child responsiveness*. Gezien de sterkte van de samenhang met *child responsiveness*, bijna significant, kan dit wellicht gewijd worden aan het gebrek aan power in de studie. De *adult nonintrusiveness* subschaal vraagt echter meer discussie.

In deze discussie kan een antwoord gevonden worden door te kijken naar de onderlinge samenhang tussen de EAS subschalen, zoals in de aanvullende analyse is gedaan. *Adult intrusiveness* vertoonde hier als enige een beperkte samenhang met de andere schalen. Van Ee, et al. (2012) vonden wel een significante samenhang, maar eveneens een minder sterke samenhang dan tussen de andere schalen. Een verklaring voor deze bevindingen kan gevonden worden in het nader belichten van het door de subschaal gemeten construct. *Adult intrusiveness* meet de mate waarin de ouder een adequaat kader aanbrengt voor interacties (Biringen, 2008a). Het betreft in mindere mate dan de andere schalen een *state* eigenschap en in grotere mate een *trait* eigenschap. De schaal vertoont op item niveau vergelijkingen met bijvoorbeeld de *Big Five trait* 'dominantie'. Dominantie kan worden geobjectiveerd als dwingend, krachtig en direct in relaties met anderen en het graag eigen ideeën toe kunnen passen en dingen op hun manier gedaan krijgen (Larsen & Buss, 2008). De *adult nonintrusiveness* schaal heeft onder meer de items: 1. het volgen van de leiding van het kind, 2. het wachten op het optimale moment om de interactie te onderbreken, 3. het geven van commando's, en 4. spreken als middel voor de ouder in plaats van een onderdeel van een dialoog (Biringen, 2008b). Uit deze vergelijking volgt de grote overlap tussen de *trait* eigenschap 'dominantie' en *adult nonintrusiveness*.

De andere subschalen zijn in grotere mate *state* maten: *adult sensitivity* en *child responsiveness* kennen grote bijdrage van affect; *adult structuring* en *child involvement* hangen meer samen met praktische en sociale vaardigheden; en tot slot vertoont *adult nonhostility* overeenkomsten met *nonintrusiveness* maar is in grotere mate een *state* maat omdat het vergelijkbaar met *adult sensitivity* ook het affect en de sfeer in de interactie meeneemt.

Depressie kan als *state* en als *trait* gemeten worden. Als *trait* kan hierbij gedacht worden aan bijvoorbeeld diepgewortelde schema's van Young. De HSCL meet echter een *state*, in de zin van een toestandsbeeld volgens As-I van de DSM-IV. Volgend op het voorgaande zal *adult nonintrusiveness* in mindere mate *state* afhankelijk zijn en in die hoedanigheid minder samenhang vertonen met depressie en de andere EAS subschalen.

### *3. Afwezigheid ingroup variantie in MFT conditie*

Uit de studie volgt dat de klinische en dagklinische conditie geen significante verschillen vertonen. Dit toont dat het op basis van de klachtenlijsten en de ouder-kind interactie geoorloofd is de condities samen te voegen tot één MFT conditie. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat op de HSCL subschaal angst een bijna significant verschil werd gevonden tussen beide condities. Gezien het grote verschil in significantieniveau met de andere schalen lijkt het onwaarschijnlijk dat dit effect te wijten is aan een toevallige meetfout. Er lijken aanwijzingen voor een structureel verschil in angst tussen de condities.

Een andere opvallende bevinding was dat de dagklinische conditie hogere gemiddelde scores vertoonde op de klachtenlijsten dan de klinische conditie. Gezien de lagere intensiviteit van de dagklinische conditie is dit een opvallend gegeven. Immers, men verwacht dat mensen met meer klachten juist een intensievere behandelvorm toegewezen krijgen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de meting niet plaatsvond bij aanvang, maar tijdens de behandeling. Mogelijk heeft de veilige en gestructureerde omgeving van een klinische setting voor een eerste daling in klachten aan het begin van de behandeling geleid waardoor de klinische populatie na aanvang van de behandeling lager scoort op de klachtenlijsten. Desalniettemin verdient deze bevinding in een vervolgstudie nadere aandacht door bijvoorbeeld het toevoegen van een meer specifieke angstklachten lijst en het vergelijken van klachten voor en tijdens de behandeling.

### *4. Aanwezigheid tweengroup variantie tussen MFT en vergelijkingsconditie*

De studie toont geen significante verschillen aan tussen de MFT conditie en de vergelijkingsconditie. Echter er is wel een aantal aanwijzingen voor de aanwezigheid van verschillen die mogelijk gevonden worden bij een toegenomen power. Deze aanwijzingen komen overeen met de verwachtingen: ouder-kind paren in de MFT conditie vertonen meer verstoringen in de ouder-kind interactie en

hebben mogelijk ook meer klachten. Aansluitend hierop participeren ze in een intensiever zorgaanbod. Op basis van deze aanwijzingen is het in de interpretatie van de data van een longitudinale vervolgstudie van belang aan te geven dat het gaat om een vergelijkende studie en niet een gecontroleerde studie, daar de condities qua participanten verschillen. Dit maakt dat er voorzichtigheid is geboden bij het interpreteren van de uitkomsten van een dergelijke vervolgstudie.

### **Krachten en beperkingen**

Deze studie is bijzonder doordat er verder wordt gekeken dan alleen de gerapporteerde klachten maar ook naar de samenhang hiermee met het functioneren van het gehele systeem van ouder en kind. Hierbij is bovendien gebruik gemaakt van observaties in plaats van alleen zelfrapportage lijsten. Deze combinatie van het kijken naar de samenhang tussen traumagerelateerde klachten en het functioneren van het systeem doormiddel van observaties is slechts eenmaal eerder toegepast, in een studie van Van Ee, et al. (2012). De huidige studie maakt hierop aanvullend gebruik van een klinische populatie. Een andere kracht van de studie is dat het een opstap biedt richting gedegen longitudinaal onderzoek naar de werkzaamheid van MFT, iets waar binnen de huidige populatie nog niet eerder onderzoek naar is gedaan. Ook vanuit de huidige studie zijn al klinische implicaties aan te geven.

Naast deze krachten moeten er echter ook enkele beperkingen genoemd worden. De meest in het oog springende en belangrijkste is wellicht de beperkte steekproef: 15 ouder-kind interacties. Hoewel hiermee de analyses gedaan konden worden is een grotere steekproef wenselijk. Zeker wanneer er meer vergelijkingen van condities worden gedaan. Het beperkte aantal interacties hangt samen met de eerder in de methode omschreven belemmeringen in het includeren van participanten in deze studie: een klein aanbod aan cliënten, moeilijk tot afspraken komen met deze cliënten en organisatorische belemmeringen. Ondanks de beperkte steekproef zijn er echter wel significante resultaten gevonden. Een tweede beperking is de toepassing van de EAS. De EAS is sterk in het differentiëren tussen normaal functionerende en opvallend sterk dan wel zwak functionerende ouder-kind paren (zoals bleek uit figuur 2). Hiermee is het goed toepasbaar in de diagnostiek en behandeling van de populatie. Het instrument differentieert echter minder goed binnen de normaal functionerende ouder-kind paren. Hierdoor worden meer subtiele verschillen minder zichtbaar. Een derde beperking sluit hier op aan en is overigens een euvel dat in meer onderzoek voorkomt binnen klinische populaties. Dit betreft het beperkt differentiëren binnen de steekproef op de klachtenlijsten (HSCL en HTQ): nagenoeg alle cliënten scoren hoog. Tot slot vroeg de verdeling van de scores om minder krachtige non-parametrische analyses.

### **Klinische implicaties en vervolgonderzoek**

De bevindingen in deze studie hebben een klinische implicatie, met name in de toepassing van MFT bij gezinnen van getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers. Zoals uiteengezet in de inleiding is het doel van MFT tweeledig: allereerst klachtenvermindering en daarnaast verbetering in de ouder-kindrelatie. Hoewel in veel gevallen de PTSS de hoofddiagnose van de ouder is, lijkt op basis van deze studie vooral aandacht voor de comorbide depressieve klachten van de ouder van belang. Juist deze depressieve klachten lijken samen te hangen met de kwaliteit van de ouder-kind interactie en hiermee met het welzijn van het kind. Praktisch zou dit kunnen betekenen dat in MFT vooral aandacht moet zijn voor de depressieve klachten van de ouder.

Methodologisch is het in vervolgonderzoek raadzaam aandacht te hebben voor populatie afhankelijke en organisatie afhankelijke factoren die het includeren van participanten kunnen bemoeilijken. Het verder implementeren van de testbatterij als vast onderdeel van de diagnostiek lijkt hierbij een succesvol compromis in het spanningsveld tussen behandel- en onderzoekbelangen. Inhoudelijk zou in de vervolgstudie de precieze verhouding tussen psychische klachten en de ouder-kind interactie nader onderzocht kunnen worden via het gebruiken van beter differentiërende en specifieke klachtenlijsten voor angst en depressie. Verder zal de vervolgstudie naast het aantonen van de samenhang tussen klachten en de ouder-kind interactie een verder beeld kunnen geven of MFT effectief is. En meer specifiek voor welke klachten en welke aspecten van de ouder-kind interactie. Via deze weg zal meer duidelijkheid verkregen kunnen worden of en op welke wijze een systematische benadering zowel ouder als kind verder helpen.

## REFERENTIES

- Almqvist, K., & Broberg, A. G. (2003). Young children traumatized by organized violence together with their mothers – The critical effects of damaged internal representations. *Attachment & human development, 5*, 367-380.
- American Psychiatric Association. (2010). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR. Bureau-editie*. Amsterdam: Pearson.
- Asen, E. (2011). MFT and family violence. *Presentation on December conference of the Daphne project*. Retrieved 3 1 2012, from [www.multifamilyassessment.net](http://www.multifamilyassessment.net).
- Asen, E. (2002a). Multiple family therapy: an overview. *Journal of family therapy, 24*, 3-16.
- Asen, E. (2002b). Outcome research in family therapy. *Advances in psychiatric treatment, 8*, 230-238.
- Asen, E. & Scholz, M. (2010). *Multi-family therapy. Concepts and techniques*. Hove: Routledge.
- Asen, E., & Bianchi, S. (2007). Het Daphne rapport. Patroon doorbreking van binnenhuiselijk misbruik van kinderen en vrouwen: De Europese benadering voor Multi-gezins Therapie. *Daphne project*. Retrieved 3 1 2012, from [www.multifamilyassessment.net](http://www.multifamilyassessment.net).
- Asen, E., Dawson, N. & McHugh, B. (2001). *Multiple family therapy: the Marlborough model and its wider applications*. London: Karnac.
- Bianchi, S. (2011). The Daphne project. *Daphne project*. Retrieved 3 1 2012, from [www.multifamilyassessment.net](http://www.multifamilyassessment.net).
- Biringen, Z. (2009a). *The universal language of love. Accessing relationships through the science of emotional availability (EA)*. Boulder: EA Press.
- Biringen, Z. (2009b). College in Beilen. *Video-college as part of the EAS 4th edition training*. Retrieved 5 2 2012, from [www.evirx.com](http://www.evirx.com)
- Biringen, Z. (2008a). *The emotional availability (EA) scales, 4th edition. Manual*. Boulder: EA Press.
- Biringen, Z. (2008b). *The emotional availability (EA) scales, 4th edition. Scoring materials*. Boulder: EA Press.
- Biringen, Z. (2005). Training and reliability issues with the emotional availability scales. *Infant mental health journal, 26*, 404-405.
- Biringen, Z. (2000). Emotional availability: conceptualization and research findings. *American journal of orthopsychiatry, 70*, 104-114.
- Biringen, Z., Robinson, J. L., & Emde, R. N. (2000a). Appendix A: The emotional availability scales (2nd ed.; an abridged infancy/early childhood version). *Attachment and human development, 2*, 251-255.

- Biringen, Z., Robinson, J. L., & Emde, R. N. (2000b). Appendix B: The emotional availability scales (3rd ed.; an abridged infancy/early childhood version). *Attachment and human development*, 2, 256-270.
- Bretherton, I. (2000). Emotional availability: an attachment perspective. *Attachment and human development*, 2, 233-241.
- Brewin, C. R. (2003). *Posttraumatic stress disorder. Malady or myth?* Londen: Yale university press.
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coyne, J. C., Downey, G., & Boergers, J. (1991). Depression in families: A systems perspective. In D. Cicchetti & S.L.Toth (Eds.), *Models and Integrations: The Rochester Symposium on Developmental Psychopathology* (Vol. 3). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A Self-Report Symptom Inventory. *Behavioral Science*, 19, 1-13.
- Easterbrooks, M. A., & Biringen, Z. (2005). The emotional availability scales: methodological refinements of the construct and clinical implications related to gender and at-risk interactions. *Infant Mental Health Journal*, 26, 291–294.
- Easterbrooks, M. A., & Biringen, Z. (2000a). Guest editors' introduction to the special issue: mapping the terrain of emotional availability and attachment. *Attachment and human development*, 2, 123-129.
- Easterbrooks, M. A., & Biringen, Z. (2000b). Response to Bretherton and Emde. *Attachment and human development*, 2, 249-250.
- Ee, E. Van. (2011). Getraumatiseerde ouders en de relatie met hun kinderen in historisch en cultureel perspectief. *Psychologie & gezondheid*, 39, 163-168.
- Ee, E. Van, Kleber, R. J., & Mooren, T. (2012). War trauma lingers on: Association between maternal posttraumatic stress disorder, parent-child interaction, and child development. *Infant mental health journal*, 33, 459-468.
- Eisler, I. (2011). Researching MFT and documenting change. *Presentation on December conference of the Daphne project*. Retrieved 3 1 2012, from [www.multifamilyassessment.net](http://www.multifamilyassessment.net).
- Emde, R. N. (2000). Next steps in emotional availability research. *Attachment and human development*, 2, 242-248.
- Euser, E. M., Ijzendoorn, M. H. van, Prinzie, P., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). Elevated child maltreatment rates in immigrant families and the role of socioeconomic differences. *Child maltreatment*, 16, 63-73.
- Evers, A., Braak, M.S.L., Frima, R.M., & Vliet-Mulder, J.C. van (2009-2011). *COTAN Documentatie*. Amsterdam: Boom test uitgevers.

- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, *365*, 1309-1314.
- Gerritsen, A.A.M., Bramsen, I., Devillé, W., Willigen, L.H.M. van, Hovens, J.E., & Ploeg, H.M. van der. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *41*, 18-26.
- Jacob, T., & Johnson, S. (1997). Parent-Child Interaction Among Depressed Fathers and Mothers: Impact on Child Functioning. *Journal of Family Psychology*, *11*, 391-409.
- Jessurun, N. (2010). Systeemtherapie. In J. de Jong, & S. Colijn. (Eds.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie*. (469-486). Enschede, De Tijdstroom.
- Kane, P., en Gerber, J. (2008). Parental Depression and Child Externalizing and Internalizing Symptoms: Unique Effects of Fathers' Symptoms and Perceived Conflict as a Mediator. *Journal of child and family studies*, *18*, 465-472.
- Kane, P., en Gerber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, *24*, 339-360.
- Kleijn, W. C., Hovens, J. E., & Rodenburg, J. J. (2001). Posttraumatic stress symptoms in refugees: Assessment with the harvard trauma questionnaire and the hopkins symptom checklist-25 in different languages. *Psychological Reports*, *88*, 527-532.
- Larsen, R. J., & Buss, D. M. (2008). *Personality Psychology. Domains of knowledge about human nature*. Boston: Mc graw hill.
- Mens-Verhulst, J. van, & Bekker, M. (2008). Gezondheidspsychologie in een pluriforme samenleving. in J. Knipscheer, & R. Kleber (Eds.), *Psychologie en de multiculturele samenleving* (120- 142). Den Haag, Boom onderwijs.
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of nervous and mental disease*, *180*, 111-116.
- Mollica, R. F., Wyshak, G., Marneffe, D. de, Khuon, F., & Lavelle, J. (1987). Indochinese versions of the Hopkins symptom checklist-25: A screening instrument for the psychiatric care of refugees. *American journal of psychiatry*, *144*, 497-500.
- Mooren, T. (2011). Ouders en kinderen samen: meergezinsbehandeling van vluchtelingen met complexe traumaklachten. *Psychologie & gezondheid*, *39*, 169-174.
- Pallant, J. F. (2005). *SPSS survival manual. A step by step guide to data analysis using SPSS for windows (version 12)*. Australia: Allen & Unwin.
- Rohlof, H., & Haans, T. (2005). *Groepstherapie met vluchtelingen. Transculturele praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan's & Sadock's synopsis of psychiatry*. Philadelphia: Wolters kluwer business.
- Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of traumatic stress, 14*, 799-815.
- Stichting centrum '45. (2011). Zorgprogramma jeugd en gezin. Retrieved 11 11 2011, from [www.centrum45.nl](http://www.centrum45.nl).
- Wiese, E.B.P., & Burhorst, I. (2007). The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry, 44*, 597-614.