

Lichamelijke klachten bij kinderen

Vindt er bekrachtiging plaats door positieve ouderreacties?

Francine C. Jellesma, Carolien Rieffe, Mark Meerum Terwogt en P. Michiel Westenberg

SAMENVATTING

Het doel van dit onderzoek was te kijken naar de invloed van bezorgd ouderlijk gedrag (d.w.z. positieve gevolgen verbinden aan klachten) op zelfgerapporteerde lichamelijke klachten bij basisschoolkinderen. Aan het onderzoek namen 564 kinderen (gemiddelde leeftijd tien jaar) en hun ouders deel. De kinderen vulden zelf-rapportagelijsten in naar lichamelijke klachten, bezorgd ouderlijk gedrag, depressiviteit, angst en ervaren grip op het leven. Lichamelijke klachten werden zes maanden later opnieuw gemeten. Ouders vulden ook een vragenlijst in over bezorgd gedrag. Er was geen relatie tussen bezorgd ouderlijk gedrag en de frequentie van zelfgerapporteerde lichamelijke klachten. Depressiviteit, angst en minder ervaren grip op het leven waren geassocieerd met meer lichamelijke klachten, maar hadden geen interactie met bezorgd ouderlijk gedrag. Ouders lijken dus niet bij te dragen aan het ontstaan van lichamelijke klachten bij kinderen via eventuele positieve consequenties die zij aan lichamelijke klachten verbinden.

Inleiding

Maar liefst een kwart van de kinderen in Nederland heeft last van herhaalde of langdurige lichamelijke klachten, zoals buikpijn en hoofdpijn (Perquin e.a., 2000). Dergelijke veel voorkomende lichamelijke klachten in de kindertijd worden zelden

Drs. F. C. Jellesma was op het moment van onderzoek promovenda bij de Afdeling Ontwikkelingspsychologie van de Universiteit Leiden en is inmiddels postdoc-onderzoeker bij de Afdeling Pedagogische Wetenschappen van de Universiteit van Amsterdam, Postbus 94208, 1090 GE Amsterdam. E-mail: f.c.jellesma@uva.nl.

Dr. C. Rieffe is hoofddocent bij de Afdeling Ontwikkelingspsychologie van de Universiteit Leiden.

Prof. dr. M. Meerum Terwogt is bijzonder hoogleraar bij de Afdeling Ontwikkelingspsychologie van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Prof. dr. P. M. Westenberg is hoogleraar bij de Afdeling Ontwikkelingspsychologie van de Universiteit Leiden.

Dit artikel is een bewerkte versie van Jellesma, F. C., Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., & Westenberg, P. M. (2008). Do parents reinforce somatic complaints in their children? *Health Psychology*, 27, 280-285.

(volledig) verklaard door medische problemen (Croffie, Fitzgerald & Chong, 2000; Goodman & McGrath, 1991). Onderzoek vanuit de psychologie heeft aangetoond dat verschillende aspecten van het emotionele functioneren sterk gerelateerd zijn aan de frequentie waarmee kinderen lichamelijke klachten ervaren. Kinderen die vaker last hebben van angst, depressiviteit en minder grip op het leven ervaren, rapporteren vaker lichamelijke klachten dan kinderen die zich in emotioneel opzicht beter voelen (Campo e.a., 2004; Jellesma, Rieffe, Meerum Terwogt & Kneepkens, 2006; Muris & Meesters, 2004; Torsheim, Aaroe & Wold, 2001).

Vanuit de leertheorie wordt geopperd dat kinderen vaker lichamelijke klachten rapporteren indien hier positieve reacties op volgen (conditionering; Fordyce, 1976). Hoewel de gedragstheorie wel invloed heeft gehad op de literatuur over lichamelijke klachten bij volwassenen (Patterson, 2005), is er slechts beperkt onderzoek gedaan naar de rol van bekrachtiging bij lichamelijke klachten in de kindertijd. Het doel van het onderhavige onderzoek was te bekijken in hoeverre positieve reacties van de ouders een belonend effect hebben; dus ertoe bijdragen dat kinderen frequenter lichamelijke klachten rapporteren.

Voor kinderen geldt dat de gevolgen van hun klachten in belangrijke mate worden bepaald door de reactie van hun ouders op de klachten. Zij kunnen hun kinderen bijvoorbeeld extra verwennen of ontzien, wat ook wel benoemd wordt als 'bezorgd ouderlijk gedrag' (Peterson & Palermo, 2004). Indien dergelijke positieve reacties van ouders op de lichamelijke klachten van hun kind inderdaad een bekrachtigend effect hebben, dan zou dergelijk ouderlijk gedrag moeten leiden tot een toename van lichamelijke klachten. Dit hoeft geen betrekking te hebben op de frequentie van een bepaalde klacht: ouders kunnen op een zelfde manier reageren op verschillende lichamelijke klachten.

Tot op heden is er echter nog geen ondersteuning gevonden voor de hypothese dat lichamelijke klachten bij kinderen worden bekrachtigd door bezorgd ouderlijk gedrag, noch bij onderzoek gericht op een enkele lichamelijke klacht (Levy e.a., 2004; Peterson & Palermo, 2004), noch bij onderzoek naar verschillende lichamelijke klachten (Levy e.a., 2004; Merlijn e.a., 2003; Walker, Claar & Garber, 2002). Levy en collega's en Walker en collega's vonden geen relatie tussen ouderlijk bezorgd gedrag en lichamelijke klachten bij kinderen (bij kinderen tussen de acht en vijftien jaar oud met een moeder gediagnosticeerd met het prikkelbare-darmsyndroom, respectievelijk bij kinderen tussen de acht en achttien jaar oud met herhaalde buikpijn). Peterson en Palermo richtten zich op een bredere groep kinderen tussen de acht en zestien jaar oud met hoofdpijn, jeugdtrauma of sikkcelziekte en vonden een negatieve relatie. Dit wil zeggen dat zij vonden dat naarmate de lichamelijke klachten met meer positieve gevolgen gepaard gingen, kinderen minder frequent lichamelijke klachten hadden. Overeenkomstig vonden Merlijn en collega's dat twaalf- tot achttienjarigen met chronische pijn (geselecteerd op basis van zelfrapportagevragenlijsten op school) minder ouderlijk bezorgd gedrag rapporteerden dan adolescenten zonder chronische pijn.

Toch zijn er verschillende redenen om verder onderzoek te doen naar het idee van bekrachtiging. Ten eerste werden alle bovengenoemde onderzoeken gedaan bij groepen kinderen die ten minste voor een deel in de adolescentie waren. Dit is problematisch, aangezien ouderlijke bezorgdheid mogelijk vooral een effect heeft op

lichamelijke klachten bij jongere kinderen, terwijl dit effect afneemt als de autonomie van kinderen toeneemt (Von Salisch, 2001).

Ten tweede kunnen ouders het idee hebben dat ze beter minder positieve gevolgen aan klachten kunnen verbinden als het chronische klachten betreft. Een ouder kan bijvoorbeeld weinig problemen zien in het voor een paar dagen thuishouden van een kind, maar langere perioden van absentie kunnen leiden tot leerachterstanden en sociale problemen. Een positieve relatie tussen bezorgd ouderlijk gedrag is dus waarschijnlijker wanneer de lichamelijke klachten passen in een normale 'range' dan wanneer de frequentie van lichamelijke klachten extreem is. Deze niet-lineaire relatie tussen ouderlijk bezorgd gedrag en lichamelijke klachten bij kinderen is nog niet onderzocht.

Ten derde wordt geopperd dat kinderen die emotioneel minder goed 'in hun vel zitten' (last hebben van angst, depressiviteit en weinig grip op het leven ervaren) gevoeliger zijn voor bekrachtiging dan leeftijdsgenootjes, doordat zij in emotioneel opzicht al een verhoogd risico hebben op lichamelijke klachten (Walker e.a., 2002; Peterson & Palermo, 2004). Bovendien zouden deze kinderen gevoeliger kunnen zijn voor de positieve gevolgen. Kinderen die een negatief effect ervaren, kunnen bijvoorbeeld meer behoefte hebben aan positieve aandacht. En kinderen die weinig grip op het leven ervaren of angstig zijn, kunnen gevoeliger zijn voor situaties die gevoelens van veiligheid vergroten (zoals thuis mogen blijven).

Dit onderzoek had vier doelen. Ten eerste werd de relatie tussen ouderlijk bezorgd gedrag en lichamelijke klachten bij kinderen bepaald in een populatie basisschoolkinderen van negen tot twaalf jaar oud. De maat van lichamelijke klachten was een samenstelling van de frequentie van verschillende veel voorkomende klachten in de kindertijd. Ten tweede werd nagegaan of er een niet-lineair verband zou kunnen bestaan, door de mate van ouderlijk bezorgd gedrag te vergelijken over drie groepen kinderen met laag-, gemiddeld- of hoogfrequente lichamelijke klachten. Ten derde hielden we rekening met een mogelijk modererend effect van depressie, angst of ervaren grip op het leven. Ten vierde maakten we gebruik van een longitudinaal design met een tijdsinterval van zes maanden om de lange-termijnrelatie tussen bezorgdheid en lichamelijke klachten na te gaan.

Methode

Onderzoeksgroep en procedure

Aan dit onderzoek deden 564 kinderen en hun ouders mee. Het onderzoek maakte deel uit van een groter, longitudinaal onderzoek naar lichamelijke klachten in de kindertijd op elf basisscholen in Nederland. Voor het onderhavige onderzoek werden twee meetmomenten gebruikt, met een halfjaar tussen beide metingen (1% uitval doordat kinderen waren veranderd naar een school die niet deelnam aan het onderzoek). De steekproef bestond daarmee uit 255 meisjes en 309 jongens met een gemiddelde leeftijd van tien jaar en drie maanden op het eerste meetmoment. De kinderen waren negen tot twaalf jaar oud, 88% was afkomstig uit een twee-oudergezin, en 92% van de ouders gaf aan van Nederlandse etniciteit te zijn. De kinderen vulden de

vragenlijsten in de klas in tijdens normale schooluren, in aanwezigheid van een test-leider, en namen de vragenlijsten voor hun ouders mee naar huis. De ouders konden de vragenlijsten naar de universiteit sturen in een (bijgesloten) antwoordevelop.

Meetinstrumenten

- *Bezorgd ouderlijk gedrag*. Dit werd gemeten met de Nederlandse versie (Bijttebier & Vertommen, 1999) van Walker en Zemans Illness Behaviour Encouragement Scale (IBES; 1992). Zowel ouders als kinderen vulden deze vragenlijst in, om zowel de perceptie van de ouders als van de kinderen zelf te meten. De vragenlijst bestaat uit twaalf vragen op een vijfpuntsschaal (0 = nooit; 1 = bijna nooit; 2 = soms; 3 = vaak; 4 = altijd). Een voorbeeld van een vraag is: ‘Hoe vaak zegt u dat uw kind normale karweitjes zoals opruimen niet hoeft te doen als hij/zij zich niet lekker voelt?’ (Voor kinderen: ‘Hoe vaak zeggen je ouders dat je normale karweitjes zoals opruimen niet hoeft te doen als je lichamelijke klachten hebt?’) De interne consistentie van de schaal in de huidige onderzoeksgroep was acceptabel: .74 voor de kindversie en .71 voor de ouderversie.
- *Lichamelijke klachten*. Deze werden gemeten met de Lichamelijke Klachten Lijst (LKL; Jellesma, Rieffe & Meerum Terwogt, 2007). De vragenlijst bestaat uit veertien items, waarbij kinderen op een vijfpuntsschaal aangeven hoe frequent zij lichamelijke klachten ervaren als hoofdpijn, buikpijn en vermoeidheid (1 = bijna nooit; 2 = heel soms; 3 = soms; 4 = vaak; 5 = heel vaak). De interne consistentie van de vragenlijst was goed: .85.
- *Depressiviteit*. Symptomen werden gemeten met de Nederlandse versie (Timbremont & Braet, 2001) van Kovacs Children’s Depression Index (CDI; 1992). De vragenlijst bestaat uit 27 items, waarbij echter de vraag over suïcidedegerelateerde gedachten niet werd meegenomen, aangezien de lijst niet ten behoeve van diagnostiek werd afgenomen. Kinderen kiezen uit drie stellingen de stelling die het beste bij hen past (bijv. 3 = ‘Ik heb elke dag zin om te huilen’; 2 = ‘Ik heb vele dagen zin om te huilen’; 1 = ‘Ik heb soms zin om te huilen’). De interne consistentie van de vragenlijst was .81.
- *Angst*. Deze werd gemeten met de Vragenlijst Angst bij Kinderen (VAK; Oosterlaan, Prins & Sergeant, 1995), een Nederlandse bewerking van de Fear Survey Schedule van Ollendick (1983). De vragenlijst bestaat uit tachtig items op een driepuntsschaal. Kinderen geven aan of ze ergens niet bang (0), een beetje bang (1) of erg bang (2) voor zijn (bijv. voor de klas iets moeten vertellen, een griezelfilm, ziek worden op school). De interne consistentie van de vragenlijst was .97.
- *Ervaren grip op het leven*. Deze werd gemeten met de Nederlandstalige Sense of Coherence-vragenlijst voor kinderen (soc; Jellesma, Meerum Terwogt & Rieffe, 2006). Dit is een bewerking en vertaling van de vragenlijst voor adolescenten van Torsheim, Aaroe en Wold (2001). De soc bevat dertien items op een vijfpuntsschaal, met elf items op een schaal van bijna nooit (4), zelden (3), soms (2), vaak (1), en bijna altijd (0) (bijv. ‘Hoe vaak heb je het gevoel dat je niet precies weet wat er gaat gebeuren?’ en ‘Hoe vaak heb je het gevoel dat je oneerlijk bent behandeld?’) en twee items op een schaal van heel slecht (0), slecht (1), gewoon (2), fijn (3) en heel fijn (4)

(bijv. 'Hoe voel je je over de dingen die je elke dag doet?'). De interne consistentie van de vragenlijst was .76.

Analyse

De frequentie van lichamelijke klachten gerapporteerd op tijdstip 1 (T1) en tijdstip 2 (T2) werd vergeleken door middel van een *t*-toets voor herhaalde metingen. De rapportage van bezorgd ouderlijk gedrag zoals gerapporteerd door ouders en kinderen (beiden T1) werd eveneens door middel van een *t*-toets vergeleken. Pearsons productmomentcorrelaties met Bonferonni-correcties werden gebruikt om relaties tussen ouderlijk bezorgd gedrag, depressiviteit, angst, ervaren grip op het leven en lichamelijke klachten te meten. We vergeleken ook drie groepen kinderen van 56 kinderen die werden ingedeeld op basis van hun score op de LKL; een verschil tussen twee van deze groepen kan duiden op een niet-lineaire relatie:

- kinderen in percentiel 0-10 ($LKL < 1.21$);
- kinderen in percentiel 45-55 ($1.64 < LKL < 1.79$);
- kinderen in percentiel 90-100 ($LKL > 2.64$).

Vervolgens werd een stapsgewijze lineaire regressieanalyse uitgevoerd, om de mogelijkheid na te gaan dat de invloed van ouderlijk bezorgd gedrag werd gemedereerd door depressiviteit, angst of ervaren grip op het leven. De voorspellers en mogelijke moderatoren werden gestandaardiseerd om interpretatie te vergemakkelijken en problemen met 'multi-collineariteit' te voorkomen; hoge correlaties tussen de onafhankelijke variabelen in de regressieanalyse kunnen er immers toe leiden dat het effect van een variabele onzichtbaar wordt door aanwezigheid van een andere variabele in de analyse (Frazier, Tix & Baron, 2004). Ouderlijk bezorgd gedrag zoals waargenomen bij ouders en kinderen, mogelijke moderatoren en interacties werden in drie opeenvolgende stappen meegenomen in de analyse. Deze methode heeft het voordeel de kans op een type-I-fout te verkleinen (Frazier e.a., 2004).

Een tweede stapsgewijze lineaire regressieanalyse werd uitgevoerd om na te gaan of veranderingen in zelfgerapporteerde lichamelijke klachten (lichamelijke klachten op T2 - lichamelijke klachten op T1) werden beïnvloed door het initiële niveau van lichamelijke klachten, ouderlijk bezorgd gedrag, depressiviteit, angst of ervaren grip op het leven. De variabelen werden gestandaardiseerd. Lichamelijke klachten op T1, ouderlijk bezorgd gedrag waargenomen door ouders en kinderen, angst, depressiviteit en ervaren grip op het leven en de interacties met lichamelijke klachten werden in vier stappen toegevoegd aan het regressiemodel.

Een statistisch probleem ('mathematische koppeling') ontstaat hier echter doordat de verschilscore deels wordt bepaald door de initiële score (die wordt namelijk afgetrokken van de score op T2). Wanneer de initiële score nu wordt opgenomen als voorspeller van de verschilscore, wordt de gebruikelijke nulhypothese - dat de richtingscoëfficiënt van de regressie nul is - niet meer gepast. We corrigeerden daarom in de analyse van de relatie tussen verandering en de initiële scores voor de gevonden samenhang tussen lichamelijke klachten op de beide meetmomenten (Tu, Baelum & Gilthorpe, 2005). Voor de interpretatie van beide stapsgewijze regressieanalyses werden de niet-

gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten gebruikt, aangezien de bèta-coëfficiënten voor de interacties niet correct gestandaardiseerd zijn.

Resultaten

Scores op lichamelijke klachten en ouderlijk bezorgd gedrag

- Kinderen hadden een gemiddelde score van 1.83 ($SD = 0.58$, range 1.00-3.86) op de LKL op T1 en een enigszins hogere score van 1.90 ($SD = 0.57$, range 1.00-4.89) op T2, $t(557) = -3.27$, $p < .01$. De gemiddelde score op de IBES was 1.79 ($SD = 0.59$, range 0.42-3.83).
- Ouders rapporteerden minder bezorgd gedrag met een gemiddelde score van 1.64 ($SD = 0.48$, range 0.25-3.33), $t(563) = 5.23$, $p < .01$.
- Er bleken sekseverschillen te zijn: Hotelling's trace = .03, $F(4, 553) = 4.00$, $p < .01$, partiële $\eta^2 = .03$. Meisjes rapporteerden meer ouderlijke bezorgdheid ($M = 1.86$, $SD = 0.55$) dan jongens ($M = 1.73$, $SD = 0.61$), $t(562) = 2.70$, $p < .01$.
- Meisjes rapporteerden ook meer lichamelijke klachten dan jongens op beide meetmomenten, $M = 1.90$, $SD = 0.61$ versus $M = 1.76$, $SD = 0.53$, $t(562) = 2.87$, $p < .01$ op T1 en $M = 1.95$, $SD = 0.56$ versus $M = 1.86$, $SD = 0.56$, $t(556) = 2.05$, $p = .04$ op T2.
- Er was geen sekse-effect voor ouderlijke bezorgdheid zoals gerapporteerd door ouders.

Relaties tussen de variabelen

Zoals verwacht waren lichamelijke klachten positief gerelateerd aan depressiviteit, angst en gebrek aan ervaren grip op het leven. Bezorgd ouderlijk gedrag was daarentegen niet gerelateerd aan lichamelijke klachten, noch aan de andere variabelen. Er was een kleine positieve correlatie tussen bezorgd ouderlijk gedrag zoals waargenomen door kinderen en hun ouders (zie tabel 1).

Ouderlijk bezorgd gedrag voor kinderen met weinig, gemiddeld of veel lichamelijke klachten

De gemiddelde scores en standaarddeviaties voor lichamelijke klachten en ouderlijk bezorgd gedrag, zoals gerapporteerd door kinderen en hun ouders voor de drie geselecteerde groepen, zijn weergegeven in tabel 2. Er was geen verschil tussen de groepen in ouderlijk bezorgd gedrag: Wilks $\lambda = .99$, $F(3, 328) = 0.59$, $p = .67$, partiële $\eta^2 = .01$.

Voorspelling van lichamelijke klachten gerapporteerd op T1

Bezorgd ouderlijk gedrag in reactie op lichamelijke klachten bij kinderen was niet gerelateerd aan de frequentie waarmee kinderen lichamelijke klachten ervaarden. Meer depressiviteit en angst en het gevoel minder grip op het leven te hebben hingen zoals verwacht samen met meer lichamelijke klachten, maar maakten de kinderen niet gevoeliger voor bekrachtigende effecten van bezorgd ouderlijk gedrag. Hogere-orde-interacties (zoals drie- en vierwegsinteracties) werden geëvalueerd, waarbij geen significante effecten aanwezig bleken te zijn. Aparte analyses voor jongens en meisjes

Tabel 1 Correlaties tussen lichamelijke klachten, bezorgd ouderlijk gedrag, depressiviteit, angst en ervaren grip op het leven.

Variabele	2	3	4	5	6	7
1 Lichamelijke klachten (t1)	.03 ^a	-.06 ^b	.39 [*]	.34 [*]	-.39 [*]	.55 [*]
2 Kindperceptie van bezorgd ouderlijk gedrag (t1)		.17 [*]	-.07	.12 [*]	.09	.01
3 Ouderperceptie van bezorgd ouderlijk gedrag (t1)			.05	-.00	.02	-.05
4 Depressiviteit (t1)				.22 [*]	-.58 [*]	.35 [*]
5 Angst (t1)					-.26 [*]	.27 [*]
6 Ervaren grip op het leven (t1)						.27 [*]
7 Lichamelijke klachten t2 (zes maanden later)						

^a Identieke correlaties werden gevonden voor pijn (bijv. buikpijn) en niet-pijnklachten (bijv. vermoeidheid); ^b $r = -.06$ voor pijn en $r = -.04$ voor niet-pijnklachten; * correlatie significant bij $\alpha = .05/21$.

Tabel 2 Gemiddelde scores en standaarddeviaties op lichamelijke klachten en ouderlijke bezorgdheid voor kinderen met scores binnen de percentielen 0-5, 45-55 of 90-100 op lichamelijke klachten.

Groep (gebaseerd op lichamelijke klachten)	Lichamelijke klachten	Bezorgd ouderlijk gedrag, kind-rapportage	Bezorgd ouderlijk gedrag, ouder-rapportage
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Percentiel 0-5	1.08 (0.06)	1.80 (0.70)	1.66 (0.44)
Percentiel 45-55	1.71 (0.05)	1.91 (0.55)	1.72 (0.55)
Percentiel 90-100	3.01 (0.34)	1.84 (0.65)	1.59 (0.49)

Er werden geen significante verschillen gevonden voor bezorgd ouderlijk gedrag.

leverden geen verschillen op. De resultaten staan in tabel 3 (omwille van de overzichtelijkheid zijn de niet-significante interacties en sekse-effecten niet weergegeven).

Voorspelling van het verschil in lichamelijke klachten gerapporteerd op t1 en t2 (zes maanden later)

Er was een sterke, maar niet volledig stabiele associatie tussen lichamelijke klachten gerapporteerd op t1 en t2 (zie tabel 1). Na correctie voor mathematische koppeling werd duidelijk dat de initiële scores op lichamelijke klachten niet samenhangen met veranderingen in lichamelijke klachten ($z = 0.50$, $p = .62$). Er was een positieve associatie tussen angst en depressiviteit op t1 en een toename van lichamelijke

Tabel 3 Stapsgewijze lineaire regressie van lichamelijke klachten op bezorgd ouderlijk gedrag, depressie, angst en ervaren grip op het leven.

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	ΔR^2
<i>Stap 1</i>				.01
Kindperceptie van bezorgd ouderlijk gedrag	.03	.03	.05	
Ouderperceptie van bezorgd ouderlijk gedrag	-.04	.03	-.07	
<i>Stap 2</i>				.25***
Kindperceptie van bezorgd ouderlijk gedrag	.03	.02	.05	
Ouderperceptie van bezorgd ouderlijk gedrag	-.04	.02	-.08*	
Angst	.13	.02	.23***	
Depressiviteit	.13	.03	.23***	
Ervaren grip op het leven	-.11	.03	-.20***	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

klachten op τ_2 . Ouderlijk bezorgd gedrag hing niet samen met veranderingen in lichamelijke klachten, noch waren er significante interacties tussen ouderlijk bezorgd gedrag en initiële lichamelijke klachten. Geen van de hogere-orde-interacties was significant. Aparte analyse voor jongens en meisjes leverde geen verschillen op. De resultaten zijn weergegeven in tabel 4 (niet-significante interacties en sekse-effecten zijn niet weergegeven).

Tabel 4 Stapsgewijze lineaire regressie van veranderingen in lichamelijke klachten op initiële frequentie van lichamelijke klachten, bezorgd ouderlijk gedrag, depressie, angst, en ervaren grip op het leven.

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	ΔR^2
<i>Stap 1</i>				.24***
Initiële frequentie van lichamelijke klachten ^a	-.27	.02	-.49***	
<i>Stap 2</i>				.00
Initiële frequentie van lichamelijke klachten	-.27	.02	-.49***	
Kindperceptie van bezorgd ouderlijk gedrag	-.00	.02	-.00	
Ouderperceptie van bezorgd ouderlijk gedrag	-.01	.02	-.01	
<i>Stap 3</i>				.03***
Initiële frequentie van lichamelijke klachten	-.31	.02	-.58***	
Kindperceptie van bezorgd ouderlijk gedrag	.00	.02	.00	
Ouderperceptie van bezorgd ouderlijk gedrag	-.02	.02	-.03	
Angst	.05	.02	.09*	
Depressiviteit	.09	.03	.17***	
Ervaren grip op het leven	.02	.03	.04	

^a $\Delta t =$ zes maanden; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Discussie

In overeenstemming met eerder onderzoek konden wij in de onderhavige studie geen ondersteuning vinden voor bekrachtigende effecten van ouderlijk bezorgd gedrag op lichamelijke klachten bij kinderen. Er was geen relatie tussen lichamelijke klachten gerapporteerd door kinderen en ouderlijk bezorgd gedrag gerapporteerd door kinderen of hun ouders. Er was ook geen verschil in bezorgd ouderlijk gedrag voor kinderen met weinig, gemiddeld of veel lichamelijke klachten. Bovendien waren emotionele problemen wel positief gerelateerd aan lichamelijke klachten en voorspelden deze problemen een toename van klachten, terwijl zij de relatie tussen bezorgd ouderlijk gedrag en lichamelijke klachten niet modereerden.

Dit betekent dat zelfs kinderen met een verhoogd risico op lichamelijke klachten niet door beloning van dat gedrag door de ouders worden bekrachtigd in het vaker rapporteren van lichamelijke klachten. Hierbij moet een kanttekening worden geplaatst dat de gevolgen die ouders aan de lichamelijke klachten verbinden werden gemeten met ouder- en kindrapportages; gedragsobservaties waren niet beschikbaar. Het lijkt echter onwaarschijnlijk dat deze een ander beeld zouden hebben gegeven. Voor een bekrachtigend effect zou immers verwacht mogen worden dat de perceptie van kinderen, meer nog dan daadwerkelijke gevolgen, met de lichamelijke klachten samenhangt (m.a.w. om ergens in te worden bekrachtigd, zul je de gevolgen als positief moeten waarnemen).

Uit eerdere onderzoeksresultaten lijkt het dat er bij oudere kinderen een negatieve relatie is tussen lichamelijke klachten en ouderlijk bezorgd gedrag (Merlijn e.a., 2003; Peterson & Palermo, 2004). Zoals Merlijn e.a. suggereren, kan het gezin gewend zijn geraakt aan lichamelijke klachten van de adolescent wanneer deze frequent voorkomen. Bovendien kunnen ouders vanuit een ander kader kijken naar de gevolgen van lichamelijke klachten bij een adolescent dan bij basisschoolkinderen. Ouders kunnen zich bijvoorbeeld meer zorgen maken over de gevolgen van frequente lichamelijke klachten omdat ze weten dat spijbelen en voortijdig schoolverlaten vaker voorkomen in de adolescentie dan bij jongere kinderen (Eccles, 1999). Er is meer onderzoek nodig om duidelijk te krijgen welke ontwikkelingsfactoren kunnen verklaren dat ouderlijk bezorgd gedrag niet gerelateerd is aan lichamelijke klachten op de basisschoolleeftijd, terwijl er een negatieve associatie wordt gevonden tussen beide variabelen in de adolescentie.

Tot besluit

Geconcludeerd kan worden dat bezorgd ouderlijk gedrag geen toename voorspelt in lichamelijke klachten gerapporteerd door kinderen en adolescenten. Ouderlijk bezorgd gedrag en lichamelijke klachten kunnen desondanks op een andere manier aan elkaar gerelateerd zijn. Peterson en Palermo (2004) vonden dat bezorgd ouderlijk gedrag samenhangt met de perceptie die ouders hebben van lichamelijke klachten bij hun kind. Waarschijnlijk passen ouders hun reacties aan en worden ze meer bezorgd wanneer zij denken dat het kind meer zorg nodig heeft. Dit idee wordt door de

literatuur ondersteund. Moeders blijken bijvoorbeeld meer bezorgd gedrag te vertonen wanneer zij deze klachten als problematischer/vervelender voor het kind zien (Levy e.a., 2004). Gecombineerd met de bevinding dat ouderlijk bezorgd gedrag geen bekrachtigend effect heeft, kan een dergelijke aanpassing adaptief zijn, mits de ouders een goede evaluatie maken van de lichamelijke klachten en het ongemak dat zij bij het kind veroorzaken.

Onderzoeksresultaten uit het verleden suggereren dat de rapportage van lichamelijke klachten wel direct kan worden beïnvloed door een interventie waarbij ouders leren (non-)verbaal ziektegedrag te negeren en alternatief gedrag te belonen (Sanders e.a., 1989). Het onderhavige onderzoek maakt het onaannemelijk dat kinderen lichamelijke klachten ervaren vanwege een conditionerend effect door positieve gevolgen. Negeren van klachtenrapportage en belonen van het ontbreken daarvan zal waarschijnlijk eerder het gedrag van het kind (inclusief de rapportage van de klachten) dan de ervaring beïnvloeden. Zoals Sanders e.a. ook zelf aangeven, bestaat er bij hun interventie dus een reëel gevaar dat kinderen slechts leren hun lichamelijke klachten te onderrapporteren.

Er zijn nog andere processen binnen het gezin die de rapportage van lichamelijke klachten door kinderen kunnen beïnvloeden. Gezinsleden zouden als een voorbeeld fungeren en het kind indirect ziektegedrag aanleren, en ouders kunnen overbezorgd zijn en dit overbrengen op hun kinderen (Garralda, 1996). De cognities en het gedrag van kinderen met betrekking tot lichamelijke klachten kunnen worden beïnvloed door wat zij in hun indirecte omgeving observeren, in plaats van de consequenties die het rapporteren van lichamelijke klachten voor hen heeft. Toekomstig onderzoek kan zich meer richten op dergelijke invloeden.

Dankbetuiging

Graag bedanken wij de volgende scholen voor hun medewerking aan dit onderzoek: De Bolster, 't Span, Vlot en Wegwijzer (Drunen), De Lambertus (Haarsteeg), Het Kompas (Nieuwkuyk), De Romero (Oudheusden), De Bussel, Het Palet, Vijfhoeven en Wilgen (Vlijmen).

Literatuur

- Bijttebier, P., & Vertommen, H. (1999). Antecedents, concomitants, and consequences of pediatric headache: Confirmatory construct validation of two parent-report scales. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 437-456.
- Campo, J. V., Bridge, J., Ehmann, M., Altman, S., Lucas, A., Birmaher, B., Di Lorenzo, C., Iyengar, S., & Brent, D. A. (2004). Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care. *Pediatrics*, 113, 817-824.
- Croffie, J. M., Fitzgerald, J. F., & Chong, S. K. F. (2000). Recurrent abdominal pain in children. A retrospective study of outcome in a group referred to a pediatric gastroenterology practice. *Clinical Pediatrics*, 39, 267-274.
- Eccles, J. S. (1999). The development of children ages 6 to 14. *Future of Children*, 9, 30-44.
- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods in chronic pain and illness*. St. Louis, IL: Mosby.

- Frazier, P. A., Tix, A. P., & Baron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 115-134.
- Garralda, M. E. (1996). Somatisation in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 13-33.
- Goodman, J. E., & McGrath, P. J. (1991). The epidemiology of pain in children and adolescents: A review. *Pain*, 46, 247-264.
- Jellesma, F. C., Meerum Terwogt, M., & Rieffe, C. (2006). De Nederlandstalige Sense of Coherence vragenlijst voor Kinderen. *Gedrag en Gezondheid*, 34, 18-26.
- Jellesma, F. C., Rieffe, C., & Meerum Terwogt, M. (2007). The Somatic Complaint List: Validation of a self-report questionnaire assessing somatic complaints in children. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 399-401.
- Jellesma, F. C., Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., & Kneepkens, C. M. F. (2006). Somatic complaints and health care use in children: Mood, emotion awareness and sense of coherence. *Social Science and Medicine*, 63, 2640-2648.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. New York: Multi-Health Systems.
- Levy, R. L., Whitehead, W. E., Walker, L. S., Von Korff, M., Feld, A. D., Garner, M., & Christie, D. (2004). Increased somatic complaints and health-care utilization in children: Effects of parent IBS status and parent response to gastrointestinal symptoms. *American Journal of Gastroenterology*, 99, 2442-2451.
- Merlijn, V. P. B. M., Hunfeld, J. A. M., Van der Wouden, J. C., Hazebroek-Kampschreur, A. A. J. M., Kroes, B. W., & Passchier, J. (2003). Psychosocial factors associated with the chronic pain in adolescence. *Pain*, 101, 33-43.
- Muris, P., & Meesters, C. (2004). Children's somatization symptoms, Correlations with trait anxiety, anxiety sensitivity, and learning experiences. *Psychological Reports*, 94, 1269-1275.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (FSSC-R). *Behavior Research and Therapy*, 21, 685-692.
- Oosterlaan, J., Prins, P. J. M., & Sergeant, J. (1995). Vragenlijst voor angst bij kinderen (VAK). Nederlandse bewerking van de revised Fear Survey Schedule for Children. *Gedragstherapie*, 28, 297-300.
- Patterson, D. R. (2005). Behavioral methods for chronic pain and illness: A reconsideration and appreciation. *Rehabilitation Psychology*, 50, 312-315.
- Perquin, C. W., Hazebroek-Kampschreur, A. A. J. M., Hunfeld, J. A. M., Bohnen, A. M., Van Suijlekom-Smit, L. W. A., Passchier, J., & Van der Wouden, J. C. (2000). Pain in children and adolescents: A common experience. *Pain*, 87, 51-58.
- Peterson, C., & Palermo, T. (2004). Parental reinforcement of recurrent pain: The moderating impact of child depression and anxiety on functional disability. *Journal of Pediatric Psychology*, 29, 331-341.
- Sanders, M. R., Rebgetz, M., Morrison, M., Bor, W., Gordon, A., Dadds, M., & Shepherd, R. (1989). Cognitive-behavioral treatment of recurrent nonspecific abdominal pain in children: An analysis of generalization, maintenance, and side effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 294-300.
- Timbremont, B., & Braet, C. (2001). Psychometrische evaluatie van de Nederlandstalige Children's Depression Inventory. *Gedragstherapie*, 34, 229-242.
- Torsheim, T., Aaroe, L. E., & Wold, B. (2001). Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescents: Interactive, indirect or direct relationships? *Social Science and Medicine*, 53, 601-614.
- Tu, Y. K., Baelum, V., & Gilthorpe, M. S. (2005) Analysing the relationship between baseline value and its change: problems in categorization and the proposal of a new method. *European Journal of Oral Sciences*, 113, 279-288.

- Von Salisch, M. (2001). Children's emotional development: Challenges in their relationships to parents, peers, and friends. *International Journal of Behavioral Development*, 25, 310-319.
- Walker, L. S., Claar, R. L., & Garber, J. (2002). Social consequences of children's pain: When do they encourage symptom maintenance? *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 689-698.
- Walker, L. S., & Zeman, J. L. (1992). Parental response to child illness behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 49-71.