

KOPP/KOV

Een wetenschappelijke onderbouwing
van de cijfers

Deze factsheet:

- biedt cijfers over kinderen van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen (KOPP/KOV),
- belicht de gevolgen, signalen, risico- en beschermende factoren, en
- geeft handvatten voor preventie.

Alle informatie is gebaseerd op nationale en internationale wetenschappelijke studies en praktijkkennis. Psychische problemen en verslaving worden in deze factsheet samen psychopathologie genoemd.

Deze factsheet is bedoeld voor beleidsmakers en professionals die werken met de KOPP/KOV-doelgroep om als naslag te kunnen raadplegen.

Inhoud

- 1 Wat zijn de cijfers?
- 2 Wat is de kans dat ...
- 3 Wat ervaren KOPP/KOV-kinderen en hun ouders?
- 4 Wat zijn de risico factoren?
- 5 Wat zijn de beschermende factoren?
- 6 Wat kunnen de betrokkenen doen?
- 7 Interventies & handige links

Bronnen

1 Wat zijn de cijfers?

Nederland telt op jaarbasis 405.000 mensen met psychische en/of verslavingsproblemen en met kinderen in de leeftijd tot 18 jaar. In totaal hebben deze ouders 577.000 kinderen onder de 18 jaar. Deze kinderen noemen we KOPP/KOV-kinderen. Daarvan zijn 423.000 kinderen 12 jaar of jonger¹. In dit hoofdstuk gaan we verder in op deze recentste cijfers.

1a. KOPP

Ongeveer 96% van alle KOPP/KOV-kinderen heeft een ouder waarbij er in de laatste 12 maanden sprake was van tenminste één psychische probleem zoals een depressie, paniekstoornis of ADHD.

Toelichting

- Binnen het NEMESIS-2 onderzoek zijn ouders met een specifieke fobie of middelen misbruik buiten beschouwing gelaten. Het argument daarvoor is dat deze over het algemeen een minder zware ziektelast hebben dan de psychische- en verslavingsproblematiek die hier wel zijn meegenomen^{1,2}. Zowel bij middelenmisbruik als bij verslaving is er sprake van een stoornis in het gebruik van middelen. Echter, bij verslavingsproblematiek is sprake van een lichamelijke of geestelijke afhankelijkheid van het middel, bij middelenmisbruik niet. Ook ouders met persoonlijkheidsstoornissen worden buiten beschouwing gelaten in NEMESIS-2, omdat er te weinig informatie over beschikbaar was.
- De berekening van het aantal kinderen is gebaseerd op de cijfers van CBS Statline.

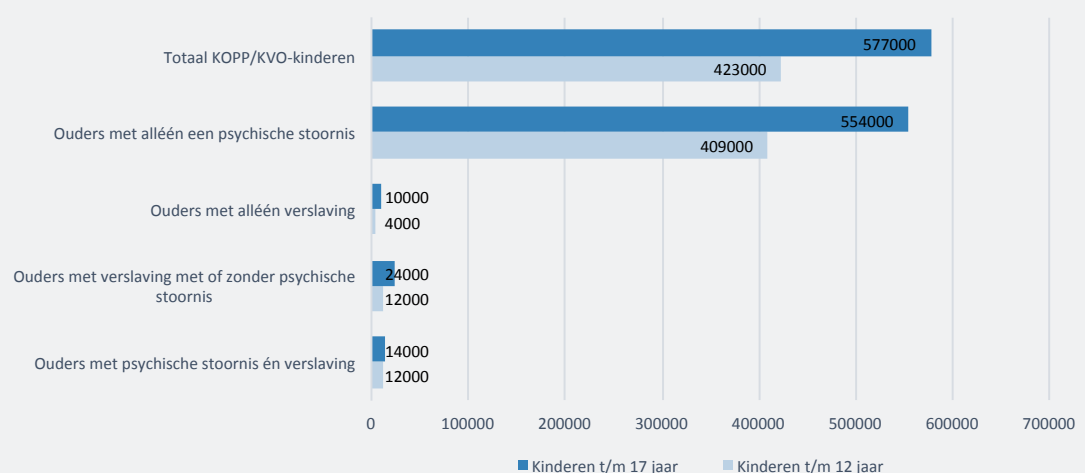
1b. KOV

Bij 4% van de kinderen heeft de ouder verslavingsproblemen¹. Dit komt neer op 24.000 kinderen. Daarnaast zijn er nog eens 113.000 kinderen met een ouder waarbij sprake is van middelenmisbruik¹. Middelenmisbruik is vaak een voorstadium van verslaving, daarom is verslavingspreventie ook gericht op deze doelgroep.

Toelichting

- De omvang van de KOV-groep moet niet onderschat worden. Wanneer middelenmisbruik wordt meegerekend, dan heeft 20% van de KOPP/KOV-kinderen een ouder met middelenmisbruik of verslavingsproblemen¹. Daarnaast hebben ouders met verslavingsproblemen vaak ook een depressieve stoornis of een angststoornis³.
- Berekeningen zijn gedaan op basis van de cijfers van NEMESIS-2 te zien in Figuur 1. Hierbij is gerekend met het aantal kinderen t/m 17 jaar.

Aantal kinderen met KOPP/KOV-ouders (exclusief ouders met specifieke fobie en misbruik van middelen)



Figuur 1:

Aantal KOPP/KOV-kinderen. Visualisatie van de berekeningen vanuit NEMESIS-2. Onder psychische stoornis worden stemmingsstoornissen (depressie, bipolaire stoornis, dysthymie), angststoornissen (paniek, agorafobie, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis) en ADHD gerekend. Door weging en afronding tellen de subtotalen niet op tot het geheel

2 Wat is de kans dat ...

In dit hoofdstuk gaan we in op de gevolgen die KOPP/KOV-kinderen kunnen ervaren als het gaat om het ontwikkelen van psychopathologie. Dit betekent niet dat alle KOPP/KOV-kinderen per definitie problemen ontwikkelen. Het is afhankelijk van verschillende factoren of het kind zelf problematiek ontwikkelt. In hoofdstuk 4 en 5 gaan we verder in op de risico- en beschermende factoren.

2a. ...KOPP-kinderen ook psychische problemen krijgen?

KOPP-kinderen lopen 2 tot 4 keer meer risico dan andere kinderen om psychopathologie te ontwikkelen voor hun 18^e levensjaar⁴. Na hun 28^e levensjaar loopt dit op naar 2 tot 13 keer⁵. De gevolgen voor KOPP/KOV-kinderen kunnen zich dus voordoen tot in de late volwassenheid.

Toelichting:

- De helft van de KOPP-kinderen ontwikkelt een psychische stoornis in zijn of haar leven⁶. Een op de drie KOPP-kinderen ontwikkelt een psychotische of stemmingsstoornis in zijn of haar leven⁶.
- Uit een Nederlandse studie bij ouders met een depressieve stoornis of angststoornis lijkt de transgenerationale overdracht nog sterker te zijn. In dat onderzoek had twee-derde van de kinderen op de leeftijd van 35 jaar zelf een angststoornis of depressie ontwikkeld⁷.
- Er is lang alleen gefocust op de invloed van de stoornis van de moeder op het kind, maar het blijkt dat niet alleen de stoornis van de moeder uitmaakt. Ook een depressie⁸ of veel psychologische stress⁹ bij de vader kan leiden tot psychopathologie bij het kind.

2b. ...KOPP-kinderen dezelfde psychische problemen krijgen als de ouder?

Voor de meeste ziektebeelden geldt dat de transgenerationale overdracht niet ziekte-specifiek is^{6,10}. Dit betekent dat de stoornis die het kind ontwikkelt, niet afhangt van de diagnose van de ouder. Dit is een belangrijk gegeven, omdat het suggereert dat er een gemeenschappelijke factor is, die belangrijk is in de overdracht van de psychopathologie⁴.

Toelichting:

- Vooral bij angststoornissen is de transgenerationale overdracht wel ziekte-specifiek^{7,6,10}.

2c. ...KOV-kinderen ook een verslaving ontwikkelen?

Verschiedende onderzoeken tonen aan dat verslavingsproblematiek van de ouder het risico op verslaving bij het kind vergroot^{11,12,13}. Dit risico is tot twee keer zo groot als bij kinderen van ouders zonder verslavingsproblematiek¹⁴. Het is onbekend wat de invloed op het kind is van verslavingsproblematiek bij de vader ten opzichte van verslavingsproblematiek bij de moeder¹¹.

Toelichting:

- Vroeg gebruik van middelen komt vaker voor bij jongeren van ouders met verslavingsproblemen¹⁴. Vroeg middelengebruik is op zichzelf een voorspeller van verslaving¹⁵.
- KOV-kinderen gaan sneller van alcoholgebruik naar alcoholverslaving dan kinderen van ouders zonder een verslaving¹⁶.
- KOV-kinderen die cannabis gebruiken hebben een verhoogde kans om een cannabis verslaving te ontwikkelen, met name dochters van moeders die dit middel gebruiken¹⁷.



2 Wat is de kans dat ...-vervolg-

2d. ...KOV-kinderen een psychisch probleem ontwikkelen?

Kinderen van ouders met verslavingsproblematiek hebben een twee keer zo grote kans op stemmingsstoornissen als kinderen zonder ouders met verslavingsproblematiek¹³.

Toelichting:

- De thuissituatie bij gezinnen waarbij een of beide ouders een alcoholverslaving heeft kan chaotisch en vijandig zijn. Bovendien kan een verslaving samengaan met een depressie, antisociaal gedrag en huiselijk geweld. Al deze factoren kunnen direct of indirect leiden tot externaliserend gedrag bij de kinderen in deze gezinnen¹⁸.
- Nederlandse KOV-kinderen (< 18 jaar) hebben, wanneer één ouder verslavingsproblemen heeft, 37% kans om zelf psychopathologie inclusief verslavingsproblemen te hebben in de afgelopen 12 maanden. Wanneer er sprake is van verslavingsproblematiek bij beide ouders is deze kans 44%. Bij zoons met beide ouders met verslavingsproblematiek liep de kans op psychopathologie in de afgelopen 12 maanden op tot zelfs 67%¹³.
- Naast verslaving ontwikkelden deze Nederlandse KOV-kinderen met name stemmings- en angststoornissen en in veel mindere mate eetstoornissen of schizofrenie¹³.
- Wanneer de ouder naast verslavingsproblematiek ook andere psychopathologie heeft, is de kans groter voor het kind (< 18 jaar) om zowel internaliserend als externaliserend probleemgedrag te vertonen¹⁴.

2e. ...overige problematiek opspeelt?

School prestaties: Kinderen van ouders met een alcoholverslaving hebben een grotere kans om lagere cijfers te halen, te blijven zitten en een opleiding na het voortgezet onderwijs niet af te ronden¹⁴. Ook bij kinderen van ouders met psychische problemen wordt er een negatieve impact gezien op het schoolleven en -prestaties¹⁹.

Kindermishandeling: Er is zeker niet bij alle KOPP/ KOV-kinderen sprake van kindermishandeling. Wel is het zo dat KOPP/KOV-kinderen 2 tot 3 keer zoveel kans hebben om te maken te krijgen met mishandeling²⁰. Dit kan zowel fysieke als mentale mishandeling zijn¹². Omdat ouderlijke psychopathologie sterk gerelateerd is aan lichamelijke mishandeling, wordt psychopathologie van de ouder als een mogelijke risicofactor voor kindermishandeling beschouwd²¹.

Levensverwachting: De levensverwachting van kinderen van ouders met een depressie is mogelijk tot 8 jaar korter dan die van kinderen van ouders zonder psychopathologie²². Dit wordt verklaard door suïcide of overdosis op jongere leeftijd.

Scheiding: Kinderen van ouders met een depressieve stoornis maken als volwassene vaker zelf een scheiding door dan kinderen met een ouder zonder depressieve stoornis²².



3 Wat ervaren KOPP/KOV-kinderen en hun ouders?

De ervaringen en belevingen van de KOPP/KOV-kinderen en hun ouders zelf zijn belangrijk om centraal te stellen, zodat ze beter begrepen worden en gerichter geholpen kunnen worden. In dit hoofdstuk worden verschillende van deze ervaringen verder uitgelicht.

3a. Stigmatisering

Omtrent psychopathologie wordt er nog veel gestigmatiseerd²³. Stigma betekent dat er negatieve kenmerken of vooroordelen aan een bepaalde groep worden toegekend, waar deze groep zeer moeilijk van af komt. Niet alleen belemmert stigmatisering het herstel van degene met psychopathologie²⁴, maar het heeft ook tot gevolg dat KOPP/KOV-kinderen en/of ouders zich niet vrij voelen om open te spreken over hun situatie^{25,26,27,28}.

Toelichting:

- Stigma kan leiden tot schaamtegevoelens²⁹, wat vervolgens resulteert in KOPP/KOV-kinderen die de ziekte van hun ouder(s) en hun thuissituatie verborgen proberen te houden. Hierdoor zijn weinig tot geen mensen die op de hoogte zijn van de situatie en kan dit uiteindelijk leiden tot sociale isolatie van zowel de kinderen als de ouders^{30,28}.

Toelichting:

- De gedragsverandering van de kinderen varieert van voorzichtiger communiceren (zoals minder harde grappen maken, minder over schaamtegevoelige onderwerpen praten en meer schuld op zich nemen) tot meer huishoudelijke taken doen²⁹.

Anouk:

"Ik moest altijd opletten wat ik zei. En als ik iets fout deed had ze meteen een rotbui. [...] Ik heb ook de gedachte gehad dat het allemaal mijn schuld was."
(Bron: www.kopstoring.nl)

3c. Parentificatie

Het kind neemt vaak de taken van de ouder over. Dit noemen we 'parentificatie'³¹. Daarbij kan het gaan om zowel praktische (bijvoorbeeld zorgtaken) als emotionele ondersteuning van de ouder.

Toelichting:

- Kinderen die dit doen, geven op latere leeftijd aan dat zij het gevoel hadden dat ze te vroeg volwassen zijn geworden^{27,32}. School biedt voor de kinderen wel een veilige omgeving waar ze 'kind' kunnen zijn³³.

Desulado 15 jaar:

"Ook neem ik nooit vrienden mee naar huis, ik blijf maar smoesjes verzinnen, niemand van mijn vriendinnen op m'n middelbare school weet er vanaf want ik wil niet dat ze mij op een andere manier gaan zien, of medelijden hebben of gaan roddelen."
(Bron: www.kopstoring.nl)

3b. Schuld en schaamte

Kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen passen vanwege schuld- en schaamtegevoelens hun gedrag thuis aan om het beter te maken voor hun ouders²⁹. Niet alleen de kinderen ervaren schuld en schaamte gevoelens, ook de ouders hebben dit gevoel, omdat ze heel graag willen dat het goed gaat met hun kind²⁶.

Susan 13 jaar:

"Zelf ben ik er heel zelfstandig door geworden en probeer mijn ouders zoveel mogelijk te helpen."
(Bron: www.kopstoring.nl)

3 Wat ervaren KOPP/KOV-kinderen en hun ouders? -vervolg-

3d. Angst en verdriet

Zowel kinderen als ouders ervaren angst en verdriet over de situaties waar ze zich in bevinden. Ouders zijn bang om hun kinderen kwijt te raken. Kinderen voelen zich verdrietig wanneer hun ouders ruzie hebben³⁴.

Toelichting:

- Zowel kinderen van 7 tot 9 als adolescenten geven aan dat ze zich verdrietig voelen nadat hun ouders hadden gedronken en daardoor ruzie kwam^{25,34}.
- Ouders zijn bang hun kinderen te verliezen^{35,62}. Dit vergroot voor hen de drempel om hulpverleners in te schakelen³⁶.



Marilynn:

"In de mindere periodes was mijn grootste zorg wat het zou betekenen voor mijn kind om mijn verdriet te zien. Daarom deed ik mijn best die stabiliteit en warmte door te zetten en soms eerlijk te vertellen dat mama's ook wel eens verdrietig zij"
(Bron: www.kopstoring.nl)

3e. Loyaliteit

Zowel kinderen²⁶ als de gezonde ouder³⁵ zijn erg loyaal naar de ouder met psychische en/of verslavingsproblemen. Door deze loyaliteit durven ze zich vaak niet uit te spreken over hoe zij iets ervaren of voor zichzelf te kiezen²⁶.

Toelichting:

- In het taalgebruik van kinderen komt hun loyaliteit naar de ouders naar voren²⁵.



4 Wat zijn de risico factoren?

Er zijn verschillende risico- en beschermende factoren in kaart gebracht die invloed hebben op het al dan wel of niet ontwikkelen van psychopathologie bij het KOPP/KOV-kind³⁷. Een beschermende factor kan weerbaarheid bij het kind creëren en een risico factor juist meer kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van psychopathologie^{18,37}. Er zijn modellen die aangeven dat de verschillende risico- en beschermende factoren bi-directioneel zijn³⁸. Dit betekent dat bijvoorbeeld de ernst van de depressie van de ouder invloed heeft op het temperament van het kind, maar ook andersom. In dit hoofdstuk gaat het over de risicofactoren. In het volgende hoofdstuk gaan we in op de beschermende factoren.

4a. De timing, duur en ernst van de psychopathologie bij de ouders zijn van invloed op de kans dat het KOPP/KOV-kind zelf psychopathologie ontwikkelt.

De algemene regel geldt, hoe jonger het kind hoe kwetsbaarder het is. Dit komt onder andere omdat de rol van de ouder groter is naarmate het kind jonger is³⁹.

Daarnaast geldt: hoe langer de stoornis duurt en hoe ernstiger deze is, hoe groter de invloed op het kind^{40,41}.

Toelichting:

- Wanneer het kind 0-5 jaar oud is, op het moment dat de psychopathologie van de ouder aanwezig is, heeft het kind een verhoogd risico op emotionele en gedragsproblemen (separatie angst, hechtingsproblemen, verminderde spontaniteit, angstig gedrag en moeilijk temperament)³⁹. Wanneer het kind 6-10 jaar oud is, heeft het kind een verhoogde kans op de ontwikkeling van stemmingsstoornissen, gedragsverandering, angsten en psychosomatische klachten. Bij tieners van 12-18 jaar zal psychopathologie van de ouder vooral resulteren in conflicten met ouders of school. Ook kan dit gepaard gaan met schuld- en schaamtegevoelens en loyaliteitsconflicten³⁹. Wanneer de kinderen volwassen zijn is het mogelijk dat de eerdere problematiek zich verder ontwikkelt tot een psychiatrische stoornis, verslaving of middelenmisbruik³⁹.
- Depressieklachten van de vader hebben bij jonge kinderen meer impact dan bij tieners⁸.

4b. Disfunctionele ouder-kind interactie.

Psychopathologie bij de ouders is van invloed op de opvoedingsvaardigheden van de ouder en de ouder-kind interactie. Deze ouder-kind interactie heeft een relatie de ontwikkeling van emotionele gedragingen van het kind en in een later stadium ook op de ontwikkeling van psychopathologie bij het kind⁴².

Toelichting:

- Hoe jonger het kind is wanneer deze interactie disfunctioneel is, hoe groter de kans is dat het kind onregelde emotionele patronen, negatieve emotionaliteit, onveilige hechting en een verminderd gevoel van competentie ontwikkelt^{43,44,45}.
- De kans neemt toe dat de ouder minder betrokken is bij het kind, ongevoelige reacties geeft, agressie en afwijzing vertoont. Ook neemt de kans op kindermishandeling toe^{46,47,48,49,50}.

4c. Erfelijke factoren.

Erfelijkheid speelt voor 30-85% een rol in het ontstaan van psychische stoornissen⁵¹.

Toelichting:

- Dit percentage is gebaseerd op erfelijkheidsstudies tussen 1990 en 2006 naar verscheidende psychische stoornissen.
- De erfelijkheid van alcohol afhankelijkheid varieert tussen 30-60%⁵¹. De erfelijkheid van drugsafhankelijkheid wordt geschat op 80%⁵¹.
- Moeders die een vorm van psychopathologie hebben, hebben een meer dan twee keer zo grote kans op een kind met autisme dan moeders zonder psychopathologie⁵². Dit verhoogde risico wordt door de onderzoekers verklaard door voornamelijk genetische factoren.

4 Wat zijn de risico factoren? -vervolg-

4d. Conflicten tussen ouders.

Conflicten in het huwelijk dragen bij aan het ontwikkelen van psychopathologie van het kind wanneer de vader een depressie heeft⁸.

Een Nederlands longitudinaal onderzoek onder KOPP-adolescenten toonde geen effect aan van conflicten tussen de ouders op het internaliseren van problemen bij het kind⁵³.

Toelichting:

- Weinig familie cohesie draagt bij aan een verhoogde kans op psychische stress, afwijkend gedrag en alcohol misbruik of depressie bij tieners met een depressieve ouder of ouder met verslavingsproblemen^{54,55}. Familie cohesie wordt gezien als wederzijdse affectie, behulpzaamheid, zorg en steun door alle leden van de familie^{54,55}.

4e. Temperament van ouder en kind.

Kinderen van ouders met een depressie die ook een moeilijker temperament hebben, lopen twee keer zo veel kans op het ontwikkelen van een depressie dan kinderen die gemakkelijker zijn in de omgang⁵⁶.

Toelichting:

- Het is onduidelijk of een moeilijk temperament bijdraagt aan de ouderlijke depressie, of dat een moeilijk temperament het resultaat is van de ouderlijke depressie, of dat zowel ouderlijke depressie en moeilijk temperament door een andere onderliggende factor kunnen worden verklaard³⁸.
- Een moeilijk temperament omvat karaktereigenschappen zoals gemakkelijk geïrriteerd zijn, negatief emotioneel zijn, gemakkelijk afgeleid zijn en moeilijk kunnen omgaan met verandering of nieuwe situaties^{56,57,58}.



5 Wat zijn de beschermende factoren?

Er zijn verschillende risico- en beschermende factoren in kaart gebracht die invloed hebben op het al dan wel of niet ontwikkelen van psychopathologie bij het KOPP/KOV-kind³⁷. Een beschermende factor kan weerbaarheid bij het kind creëren en een risico factor juist meer kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van psychopathologie^{18,37}. Er zijn modellen die aangeven dat de verschillende risico- en beschermende factoren bi-directioneel zijn³⁸. Dit betekent dat bijvoorbeeld de ernst van de depressie van de ouder invloed heeft op het temperament van het kind, maar ook andersom. In het vorige hoofdstuk ging het over de risicofactoren. In dit hoofdstuk gaan we in op de beschermende factoren.

5a. Goede ouder-kind interactie.

Wanneer kinderen een goede interactie hebben met hun ouders, kan dit beschermend werken⁵⁹. Bij een gezonde ouder-kind interactie hebben kinderen van een ouder met psychopathologie een minder grote kans om zelf problemen te ontwikkelen.

Toelichting:

- Wanneer de ouders emotioneel beschikbaar zijn, zorgt dit voor minder internaliserende en externaliserende problemen bij adolescenten⁵³.
- Wanneer vaders alcohol misbruiken, maar ze daarnaast ook warm en liefdevol zijn, is er sprake van minder alcoholgebruik bij hun adolescente kinderen⁶⁰. Hoe vaker de vader aanwezig is, hoe minder alcohol de adolescenten gebruiken⁶⁰.
- Wanneer een moeder met depressie warm en betrokken is bij het kind, zijn adolescenten veerkrachtiger dan wanneer een moeder niet warm en veel te veel betrokken is⁵⁹.

5b. Goede ondersteuning van het kind door de gezonde ouder.

De gezonde ouder kan steun bieden aan het kind en deze relatie kan als beschermende factor aangemoedigd worden^{30,37}.

Toelichting:

- Voor KOPP-kinderen die in een 1-ouder-gezin opgroeien is het risico op psychische problemen 8% groter dan voor KOPP-kinderen die opgroeien in een 2-ouder-gezin met een gezonde ouder^{30,37}.
- Dit is in lijn met de resultaten bij KOV kinderen; kinderen die twee ouders hebben met een alcoholverslaving vertonen meer externaliserend gedrag dan kinderen waarvan maar één ouder een alcoholverslaving heeft⁶¹.
- Effectieve preventieve interventies proberen naast de ouder met psychopathologie ook de gezonde ouder te ondersteunen in de ouderrol, zodat het kind bij deze ouder terecht kan⁶².



5 Wat zijn de beschermende factoren? -vervolg-

5c. Sociale steun buiten het gezin.

Deze beschermende factor is voornamelijk aangetoond bij gezinnen in het algemeen waar meerdere risicofactoren spelen en waar sprake is van een problematische thuissituatie⁶³. Maar voor elk KOPP/KOV-gezinnen kan sociale steun van buiten het gezin een belangrijke rol spelen. Het gaat daarbij om praktische en/of emotionele steun. Ook lotgenotencontact is belangrijke steun die kinderen⁶⁴ en ouders⁶⁵ waarderen.

Toelichting:

- Wanneer er praktische of emotionele steun is, kunnen gezinnen in het algemeen meer aan⁶⁶. Deze steun kunnen ze onder andere van familie, burens, vrienden en hulpverleners krijgen. Hier ligt een kans voor bijvoorbeeld leraren¹⁹. Een leraar kan het verschil maken voor het kind. Aangezien deze ondersteuning van het kind niet in het standaard pakket van een leraar valt, is het vaak nodig dat het onderwijzend personeel hiervoor ondersteuning en training krijgt. Een alternatief zou ook schoolmaatschappelijk werk of een intern begeleider (IB-er) zijn die signalering of ondersteuning kunnen oppakken.
- Door de aanwezigheid van een sterk sociaal netwerk neemt de kans dat ouders de voogdij over hun kinderen verliezen af⁶⁷.



Michelle:

"Als je rond keek in de kamer en je had niet geweten dat deze mensen ook psychische problemen hadden, had je het nooit geweten. Het liet me zien dat iedereen psychische problemen kan hebben."
(Bron: Coates et al 2017)



Bart 11 jaar:

"Mama heeft aan de juf verteld wat er aan de hand is. Ik vind het fijn dat zij het nu weet, soms kletst ze even met me na schooltijd."
(Bron: www.kopstoring.nl)

5d. Een heldere kijk van het kind op zichzelf en op de ouderlijke problematiek en vice versa.

Het risico op de ontwikkeling van psychopathologie bij het kind vermindert wanneer het kind kennis heeft van de problematiek van de ouder^{68,69}. Op deze manier kan het kind beter begrijpen wat er met de ouder aan de hand is, en dat het probleem niet aan hem of haar ligt.

Toelichting:

- Het wordt aangeraden om naast het geven van psycho-educatie, kinderen die in dezelfde situatie zitten met elkaar in gesprek te laten komen, en om familie gesprekken te voeren⁷⁰.
- Kinderen zelf ervaren dat informatie over de psychopathologie voor hun heeft geholpen om om te gaan met de situatie⁷¹



6 Wat kunnen de betrokkenen doen?

In voorgaande hoofdstukken is de problematiek rondom KOPP/KOV-gezinnen belicht. Dit hoofdstuk biedt meer informatie over wat er gedaan kan worden om de KOPP/KOV-gezinnen te helpen.

6a. Wat willen KOPP/KOV-kinderen zelf?

In een onderzoek van de Kinderombudsman geven KOPP-kinderen duidelijk aan dat zij gezien willen worden als een gewoon kind in een lastige situatie³³. De Kinderombudsman heeft verschillende aanbevelingen van KOPP-kinderen over wat de omgeving en hulpverlening kan doen op een rij gezet⁷².

Toelichting:

- KOPP/KOV-kinderen vragen aan betrokken volwassenen om alert te zijn op hun signalen, oog te hebben voor de behoeften van kinderen, in gesprek te gaan met de kinderen⁷¹, kinderen te ontlasten in de zorg voor de ouder⁷¹ en hen serieus te nemen als ervaringsdeskundige²⁵.
- Bovendien geven KOPP-kinderen aan dat lotgenoten contact belangrijk is, omdat ze zich hiermee minder eenzaam in hun situatie voelen^{73,74}.
- Tevens vinden KOPP/KOV-kinderen het belangrijk dat ze een goede relatie hebben met vrienden en familieleden. Dit helpt ze om zich normaal en verbonden te voelen^{18,33,71}.

Toelichting:

- De Kindcheck in de jeugd- en volwassenenzorg kan helpen KOPP/KOV-kinderen te identificeren. Hoewel de Kindcheck bekend is binnen de gezondheidszorg, is er soms onduidelijkheid over wie deze moet uitvoeren. Dit is een van de redenen waarom de Kindcheck nog niet optimaal geïmplementeerd is⁷⁷.
- De KOPP richtlijn beschrijft hoe je als hulpverlener goed kan handelen wanneer je te maken hebt met KOPP-problematiek. Zo is er bijvoorbeeld een stappenplan beschreven over hoe je op risico's kan screenen, maar ook waarnaar vervolgens kan worden doorverwezen.
- Uit een inventarisatie van het Trimbos-instituut blijkt dat er nog veel onbekendheid is over de KOPP/KOV-problematiek (en het hulpaanbod) bij verschillende stakeholders, zoals gemeenten, zorgverzekeraars en zorgverleners in de volwassenenzorg en de jeugdhulp⁷⁷.

Ervaringsdeskundige No Kidding:

"Kinderen willen niet als bijzonder of afwijkend worden gezien."

6b. Signaleren en identificeren

KOPP/KOV kinderen vertonen veelal aangepast gedrag en vallen niet op. De Kindcheck⁷⁵ of de Richtlijn KOPP⁷⁶ biedt handvatten voor het signaleren van de doelgroep. Ook voor naasten en leraren die eventueel een helpende hand kunnen bieden aan de ouders en/of het kind. Deze laatste partijen zullen meer informatie nodig hebben over de KOPP/KOV-problematiek om situaties in hun omgeving te kunnen herkennen.

6c. Gesprek aan gaan met ouder en kind

Kinderen geven aan dat zij het belangrijk vinden om te weten wat er aan de hand is met hun ouder en dat ze graag hierover in gesprek gaan⁷¹. De KOPP richtlijn⁷⁶ bevat concrete tips voor de gespreksvoering met ouder en kind over de ouderlijke problematiek.

Patricia:

*"Ik wil echt graag de moeder zijn die ik moet zijn de enige keer gaat het makkelijker dan de andere keer. [...]
Ik ben zo bang dat ik m'n kleine jongen kwijt raak"*

(Bron: www.KopOpOuders.nl)

6 Wat kunnen de betrokkenen doen? -vervolg-

Toelichting:

- Een paar voorbeelden van tips uit de richtlijn zijn:
 - 1) Ga open het gesprek aan met de ouders en wees respect vol. Een vertrouwensband opbouwen met de ouder is het belangrijkste.
 - 2) Vraag op een niet-bedreigende manier naar de jeugdige. Bijvoorbeeld "Zitten ze op de peuterspeelzaal of gaan ze naar de crèche? Vinden ze het leuk?"
 - 3) Vraag wat de ouders zelf moeilijk vinden in de opvoeding bijvoorbeeld op deze manier: "In alle gezinnen gaan er dingen goed en minder goed. Zijn er ook dingen die u moeilijk vindt?"⁷⁶
- Wees je ervan bewust dat de ouders het beste met hun kinderen voor hebben²⁶.

6d. De samenwerking tussen en binnen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgverleners verbeteren.

Uit een inventarisatie in de KOPP/KOV-praktijk blijkt dat de kennisuitwisseling over KOPP/KOV tussen en binnen de verschillende stakeholders, zoals gemeenten, zorgverzekeraars en zorgverleners in ons land te kort schiet⁷⁷. Het is in het belang van de kinderen en hun ouders dat er een duidelijke visie op en structuur is voor de organisatie van zorg aan deze doelgroep.

Toelichting:

- Om dit te verbeteren zijn adviezen geformuleerd in het rapport van de rondgang van het Trimbos-instituut (2016), waaronder: "Het opzetten van samenwerking met KOPP/KOV-ketenpartners, verwijroutines opstellen, afspraken maken over consultatie en kennisuitwisseling. Gemeenten (als opdrachtgever) en zorgaanbieders (als opdrachtnemers) kunnen met een pilot starten, van waaruit de samenwerking kan groeien. Elkaar aanspreken op verantwoordelijkheden hoort hier expliciet bij."⁷⁷

6e. Gebruik of verwijs door naar preventie interventies.

Preventieve interventies voor KOPP/KOV-kinderen (zoals familie-, moeder-, ouders-, of jeugdinterventies) dringen het risico op het ontwikkelen van psychopathologie bij het kind terug met 40%⁷⁸. Wanneer preventieve interventies worden ingezet, zal dit uiteindelijk resulteren in een afname van het aantal KOPP/KOV-kinderen dat zelf psychopathologie ontwikkelt. Het is daarbij van belang dat het preventie aanbod niet alleen wordt ingezet wanneer er zorgen zijn over het kind, maar ook al daarvoor.

Toelichting:

- Met de KOPP richtlijn kun je een risicotaxie doen voor het KOPP/KOV-kind en wordt geadviseerd over welke interventies gepast zijn gezien de situatie.
- Voornamelijk de internaliserende symptomen worden verminderd na een interventie⁷⁸. Een Nederlandse interventie voor ouders laat zien dat ook gedragsproblemen bij het kind verminderen na de interventie⁷⁹.
- Een onderzoek naar interventies die inspelen op de interactie tussen ouder en kind laat zien dat deze interventies de interactie effectief bevorderen⁸⁰. Er wordt aangeraden om in de interventies niet alleen op de kinderen te focussen maar de ouders er ten alle tijden bij te betrekken⁸¹. Een Nederlandse interventie voor ouders blijkt de opvoedvaardigheden en het gevoel van competentie bij de ouders te verbeteren⁸².
- Bovendien blijken in Nederland preventieve interventies ook kosteneffectief te zijn⁸³. Dat de ziektekosten uiteindelijk omlaag gaan met deze interventies kan zorgverleners motiveren om gebruik te maken van deze preventieve interventies, en gemeenten en zorgverzekeraars motiveren deze interventies te financieren.

7 Interventies & handige links

Dit hoofdstuk biedt tot slot een overzicht van beschikbare interventies voor de KOPP/KOV-doelgroep en een aantal handige links waar meer informatie te vinden is over de onderwerpen in deze factsheet.

7a. Interventies

Piep zei de muis	(4-8 jaar)
Speel - Doe groep	(6-8 jaar)
Doe - Praat groep	(8-12 jaar)
Billy Boem	(8-12 jaar)
Time 4 U	(12-16 jaar)
Puber groep	(13-15 jaar)
Time 4 U+	(16-18 jaar)
Jongeren groep	(16-25 jaar)
Kopstoring	(16-25 jaar; online)
Time 4 U ++	(18-20 jaar)
Talk 'N Joy	(verschillende leeftijdsgroepen; specifiek voor KOV)

Ouder-baby interventie	(voor ouders)
Kop Op Ouders	(voor ouders)
Kop Op Ouders Online	(voor ouders; online)

Buitenshuisproject	(voor 0-18 jaar)
--------------------	------------------

7b. Handige links

www.KOPPKOV.nl

<http://richtlijnenjeugdhulp.nl/kopp/>

www.jeugdinterventies.nl

www.loketgezondleven.nl

Toelichting:

- Dit overzicht van interventies is niet volledig. Er zijn mogelijk nog andere lokale of regionale initiatieven voor deze doelgroep.



- De Graaf, R., ten Have, M., & van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten* (Vol. 90). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Volksgezondheidszorg.info (2019): <https://www.volksgezondheidszorg.info/ranglijst/ranglijst-aandoeningen-op-basis-van-ziektelast-dalys>, RIVM Bilthoven, 25 januari 2019.
- Man, H., Lai, X., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031>.
- Thorup, A. A. E., Laursen, T. M., Munk-Olsen, T., Ranning, A., Mortensen, P. B., Plessen, K. J., & Nordentoft, M. (2018). Incidence of child and adolescent mental disorders in children aged 0-17 with familial high risk for severe mental illness - A Danish register study. *Schizophrenia Research*, 197, 298–304. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.11.009>.
- Dean, K., Stevens, H., Mortensen, P. B., Murray, R. M., Walsh, E., & Pedersen, C. B. (2010). Full Spectrum of Psychiatric Outcomes Among Offspring With Parental History of Mental Disorder, August 2010, Dean et al. *Archives of Genetic Psychiatry*, 67(8), 822–829.
- Rasic, D., Hajek, T., Alda, M., & Uher, R. (2014). Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: A meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophrenia Bulletin*, 40(1), 28–38. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt114>.
- Havinga, P. J., Boschloo, L., Bloemen, A. J. P., Nauta, M. H., De Vries, S. O., Penninx, B. W. J. H., ... Hartman, C. A. (2017). Doomed for disorder? High incidence of mood and anxiety disorders in offspring of depressed and anxious patients: A prospective cohort study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78(1), e8–e17. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m09936>.
- Sweeney, S., & MacBeth, A. (2016). The effects of paternal depression on child and adolescent outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 205, 44–59. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.073>.
- Inurna MR, Fuchs A, Fischer-Waldschmidt G, et al. Parents' childhood experiences of bonding and parental psychopathology predict borderline personality disorder during adolescence in offspring. *Psychiatry Res* 2016; 246:373–378.
- van Santvoort, F., Hosman, C. M. H., Janssens, J. M. A. M., van Doesum, K. T. M., Reupert, A., & van Loon, L. M. A. (2015). The Impact of Various Parental Mental Disorders on Children's Diagnoses: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(4), 281–299. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0191-9>.
- Rossow, I., Felix, L., Keating, P., & McCambridge, J. (2016). Parental drinking and adverse outcomes in children: A scoping review of cohort studies. *Drug and Alcohol Review*, 35(4), 397–405. <https://doi.org/10.1111/dar.12319>.
- Staton-Tindall, M., Sprang, G., Clark, J., Walker, R., & Craig, C. D. (2013). Caregiver Substance Use and Child Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 13(1), 6–31. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2013.752272>.
- Cuijpers, P., Langendoen, Y., & Bijl, R. V. (1999). Psychiatric disorders in adult children of problem drinkers: Prevalence, first onset, and comparison with other risk factors. *Addiction*, 94, 1489–1498.
- Solis, J. M., Shadur, J. M., Burns, A. R., & Hussong, A. M. (2013). Understanding the Diverse Needs of Children Whose Parents Abuse Substances. *Current Drug Abuse Review*, 5(2), 135–147. <https://doi.org/10.2174/1874473711205020135>.
- Hall, W. D., Patton, G., Stockings, E., Weier, M., Lynskey, M., Morley, K. I., & Degenhardt, L. (2016). Why young people's substance use matters for global health. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 265–279. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00013-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00013-4).
- Hussong, A., & Bauer, D. (2008). Telescoped Trajectories from Alcohol Initiation to Disorder in Children of Alcoholic Parents. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(1), 63–78. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.1.63>.
- Kosty, D. B., Farmer, R. F., Seeley, J. R., Gau, J. M., Duncan, S. C., & Lewinsohn, P. M. (2015). Parental transmission of risk for cannabis use disorders to offspring. *Addiction*, 110(7), 1110–1117. <https://doi.org/10.1111/add.12914>.
- Park, S., & Schepp, K. G. (2015). A Systematic Review of Research on Children of Alcoholics: Their Inherent Resilience and Vulnerability. *Journal of Child and Family Studies*, 24(5), 1222–1231. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9930-7>.
- Bruland, D., Pinheiro, P., Bröder, J., Okan, O., Carvalho, G. S. de, Saboga-Nunes, L., ... Bauer, U. (2017). Teachers' supporting students with parents having mental health problems. A scoping review. *International Journal of Case Studies*, 6(9), 1–15.
- Kelleher, K., Chaffin, M., Hollenberg, J., & Fischer, E. (1994). Alcohol and Drug Disorders an-long Physical Abusive and Neglectful Parents in a Con-in-iuni-Based San-iple. *American Journal of Public Health*, 84(10), 1586–1590.
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., ... Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 13–29. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Warner, V., Pilowsky, D. J., Gathibandhe Kohad, R., ... Talati, A. (2016). Offspring of Depressed Parents : 30 Years Later. *American Journal of Psychiatry*, 173:10, 1–9. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15101327>.
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1–3), 23–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S. & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52, 1621–1626.
- Hill, L. (2015). "Don't Make Us Talk!": Listening to and Learning from Children and Young People Living with Parental Alcohol Problems. *Children and Society*, 29(5), 344–354. <https://doi.org/10.1111/chso.12064>.
- Wenselaar, L. (2015). *Integrale hulpverlening aan ouders met psychiatrische en/of verslavingsproblemen en hun kinderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media BV. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-0935-1>.
- Calhoun, S., Conner, E., Miller, M., & Messina, N. (2015). Improving the outcomes of children affected by parental substance abuse: a review of randomized controlled trials. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 15. <https://doi.org/10.2147/SAR.S46439>.
- van der Ende, P. C., Wunderink, C., & van Busschbach, J. T. (2016). Actief ouderschap, herstel en maatschappelijke participatie. *Tijdschrift Voor Participatie En Herstel*, (December).
- Bosch, A., Riebschleger, J., & van Loon, L. (2017). Dutch youth of parents with a mental illness reflect upon their feelings of guilt and shame. *International Journal of Mental Health Promotion*, 19(3), 159–172. <https://doi.org/10.1080/14623730.2017.1315955>.
- Maybery, D., Reupert, A., & Patrick, K. (2005). VicHealth research report on children at risk in families affected by parental mental illness. *Victoria Health Promotion Foundation*, (November), 1–32.
- Van Loon, L., Van de Ven, M. O. M., Van Doesum, K. T. M., Hosman, C. M. H., & Witteman, C. L. M. (2017). Parentification, Stress, and Problem Behavior of Adolescents who have a Parent with Mental Health Problems. *Family Process*, 56(1), 141–153. <https://doi.org/10.1111/famp.12165>.
- Foster, K. N. (2010). 'You 'd think this roller coaster was never going to stop ': Experiences of adult children of parents with serious mental illness ' You 'd think this roller coaster was never going to stop ': experiences of adult children of parents with serious mental. *Journal of Clinical Nursing*, 19(November). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03293.x>.

33. Leahy, M. A. (2015). Children of mentally ill parents: Understanding the effects of childhood trauma as it pertains to the school setting. *International Journal of Educational Research*, 71, 100–107. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2015.04.005>.
34. Tinnfält, A., Fröding, K., Larsson, M., & Dalal, K. (2018). "I Feel It In My Heart When My Parents Fight": Experiences of 7–9-Year-Old Children of Alcoholics. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 35(5), 531–540. <https://doi.org/10.1007/s10560-018-0544-6>.
35. Forum www.kopopouders.nl.
36. Neger, E. N., & Prinz, R. J. (2015). Interventions to Address Parenting and Parental Substance Abuse: Conceptual and Methodological Considerations. *Clinical Psychology Review*, 39(1), 71–82. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.004>.
37. Hosman, C. M. H., Van Doesum, K. T. M., & van Santvoort, F. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: II. Interventions. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8(3), 264–276. <https://doi.org/10.5172/jamh.8.3.264>.
38. Beardslee, W. R., Gladstone, T. R. G., & O'Connor, E. E. (2011). Transmission and prevention of mood disorders among children of affectively ill parents: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(11), 1098–1109. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.07.020>.
39. Romijn, G., Graaf, I. de, & Jonge, M. de (2010). Kwetsbare kinderen. Literatuurstudie over verhoogde risicogroepen onder kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.
40. Brennan, P. A., Hammen, C., Andersen, M. J., Bor, W., Najman, J. M., & Williams, G. M. (2000). Chronicity, Severity, and Timing of Maternal Depressive Symptoms: Relationships With Child Outcomes at Age 5. *Developmental Psychology*, 36(6), 759–766. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.36.6.759>.
41. Campbell, S. B., Morgan-Lopez, A. A., Cox, M. J., & McLoyd, V. C. (2009). A latent Class Analysis of Maternal Depressive Symptoms over 12 Years and Offspring Adjustment in Adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 9–9. <https://doi.org/10.1037/a0015923>.
42. Isobel, S., Meehan, F., & Pretty, D. (2016). An Emotional Awareness Based Parenting Group for Parents with Mental Illness: A Mixed Methods Feasibility Study of Community Mental Health Nurse Facilitation. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.10.007>.
43. Maughan, A., Cicchetti, D., Toth, S.L., & Rogosch, F.A. (2007). Early-occurring maternal depression and maternal negativity in predicting young children's emotion regulation and socioemotional difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(5), 685–703.
44. Hipwell, A.E., Goossens, F.A., Melhuish, E.C., & Kumar, R. (2000). Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Development and Psychopathology*, 12(2), 157–175.
45. Rogosch, F.A., Cicchetti, D., & Toth, S.L. (2004). Expressed emotion in multiple subsystems of the families of toddlers with depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 16(3), 689–706.
46. Bifulco, A., Moran, P.M., Ball, C., Jacobs, C., Baines, R., Bunn, A., et al. (2002). Childhood adversity, parental vulnerability and disorder: Examining inter-generational transmission of risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(8), 1075–1086.
47. Duggal, S., Carlson, E., Sroufe, L.A., & Egeland, B. (2001). Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 13, 143–164.
48. Harnish, J.D., Dodge, K.A., & Valente, E. (1995). Mother-child interaction quality as a partial mediator of the roles of maternal depressive symptomatology and socioeconomic status in the development of child behavior problems. *Child Development*, 66(3), 739–753.
49. Leinonen, J.A., Solantaus, T.S., & Punamaki, R.L. (2003a). Parental mental health and children's adjustment: The quality of marital interaction and parenting as mediating factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(2), 227–241.
50. Murray, L., Cooper, P., & Hipwell, A. (2003). Mental health of parents caring for infants. *Archives of Women's Mental Health*, 6(Suppl2), S71–S77.
51. Swets, M., Middeldorp, C. M., & Schoevers, R. A. (2009). Erfelijkheid en omgevingsinvloeden bij psychiatrische stoornissen. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 51(9), 651–663.
52. Fairthorne, J., Hammond, G., Bourke, J., de Klerk, N., & Leonard, H. (2016). Maternal Psychiatric Disorder and the Risk of Autism Spectrum Disorder or Intellectual Disability in Subsequent Offspring. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(2), 523–533. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2594-3>.
53. Van Loon, L. M. A., Van De Ven, M. O. M., Van Doesum, K. T. M., Hosman, C. M. H., & Witteman, C. L. M. (2015). Factors Promoting Mental Health of Adolescents Who Have a Parent with Mental Illness: A Longitudinal Study. *Child and Youth Care Forum*, 44(6), 777–799. <https://doi.org/10.1007/s10566-015-9304-3>.
54. Farrell, M. P., Barnes, G. M., & Banerjee, S. (1995). Family Cohesion as a Buffer Against the Effects of Problem-Drinking Fathers on Psychological Distress, Deviant Behavior, and Heavy Drinking in Adolescents. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(4), 377. <https://doi.org/10.2307/2137326>.
55. Fendrich, M., Warner, V., & Weissman, M. M. (1990). Family Risk Factors, Parental Depression, and Psychopathology in Offspring. *Developmental Psychology*, 26(1), 40–50. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.26.1.40>.
56. Bruder-Costello, B., Warner, V., Talati, A., Nomura, Y., Bruder, G., & Weissman, M. (2007). Temperament among offspring at high and low risk for depression. *Psychiatry Research*, 153(2), 145–151. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.02.013>.
57. Kochanska, G., & Kim, S. (2013). Difficult temperament moderates links between maternal responsiveness and children's compliance and behavior problems in low-income families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 323–332.
58. Windle, M., & Lerner, R. M. (1986). Reassessing the dimensions of temperamental individuality across the life span: The Revised Dimensions of Temperament Survey (DOTS-R). *Journal of Adolescent Research*, 1, 213–230.
59. Brennan, P. A., Le Brocque, R., & Hammen, C. (2003). Maternal depression, parent-child relationships, and resilient outcomes in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1469–1477. <https://doi.org/10.1097/00004583-200312000-00014>.
60. Brook, D. W., Brook, J. S., Rubenstein, E., Zhang, C., Singer, M., & Duke, M. R. (2003). Alcohol Use in Adolescents Whose Fathers Abuse Drugs. *Journal of Addictive Diseases*, 22(1), 11–34. https://doi.org/10.1300/J069v22n01_02.
61. Hussong, A., Wirth, R., Edwards, M., Curran, P., Chassin, L., & Zucker, R. (2007). Externalizing Symptoms among Children of Alcoholic Parents: Entry Points for an Antisocial Pathway to Alcoholism. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 529–542. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.529>.
62. www.kopopouders.nl. Online aanbod voor ouders met psychische of verslavingsproblemen en hun partners. Utrecht: Trimbos-instituut.
63. Houkes, A., & Kok, L. (2009). *Effectiviteit informele netwerken*. SEO Economisch Onderzoek.
64. Grové, C., Reupert, A., & Maybery, D. (2015). Peer connections as an intervention with children of families where a parent has a mental illness: Moving towards an understanding of the processes of change. *Children and Youth Services Review*, 48, 177–185. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.12.014>.
65. Coates, D., Phelan, R., Heap, J., & Howe, D. (2017). "Being in a group with others who have mental illness makes all the difference": The views and experiences of parents who attended a mental health parenting program. *Children and Youth Services Review*, 78(May), 104–111. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.05.015>.
66. Bartelink, C., & Verheijden, E. (2015). Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk van gezinnen? *Nederlands Jeugd Instituut*, 1–18. Retrieved from http://www.opvoedingsondersteuning.info/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Watwerkt_Sociaalnetwerkversterken.pdf.



Colofon

Auteurs

Tessa van Doesum
Anouk de Gee
Corine Bos
Rianne van der Zanden

Met dank aan

Saskia van Dorsselaer
De professionals uit de praktijk die
hebben meegelezen.

Vormgeving & productie

Canon Nederland N.V.

Beeld

gettyimages.nl

Druk

1e druk, januari 2019

Bestelinformatie

Deze factsheet is gemaakt met
financiële steun van het ministerie van
Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS).
De uitgave is ook te downloaden via
www.trimbos.nl/webwinkel.

Artikelnummer AF1666

Trimbos-instituut

Da Costakade 45
Postbus 725
3500AS Utrecht
T: 030 – 297 11 00
F: 030 – 297 11 11

© 2019, Trimbos-instituut, Utrecht.
Alles uit deze uitgave mag gebruikt
worden, mits met juiste bronvermelding.

8 Bronnen -vervolg-

67. Ackerson, B. J. (2003). Coping with the dual demands of severe mental illness and parenting: The parents' perspective. *Families in Society*, 84(1), 109-119.
68. Beardslee, W. R. (2002). *Out of the darkened room. When a parent is depressed protecting the children and strengthening the family*. Boston: Little Brown and Company.
69. Grove, C., Riebschleger, J., Bosch, A., Cavanaugh, D., & van der Ende, P. C. (2017). Expert views of children's knowledge needs regarding parental mental illness. *Children and Youth Services Review*, 79(June), 249-255. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.06.026>.
70. Riebschleger, J., Grove, C., Cavanaugh, D., & Costello, S. (2017). Mental health literacy content for children of parents with a mental illness: Thematic analysis of a literature review. *Brain Sciences*, 7(11). <https://doi.org/10.3390/brainsci7110141>.
71. Drost, L. M., van der Krieke, L., Sytema, S., & Schippers, G. M. (2016). Self-expressed strengths and resources of children of parents with a mental illness: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(2), 102-115. <https://doi.org/10.1111/inm.12176>.
72. Verheul, R., de Jong, A., & Baracs, M. (2018). *Hoor je mij wel. Kinderen van ouders met een ziekte, verslaving of beperking*. Kinderombudsman. Retrieved from: <https://www.dekinderombudsman.nl/ul/cms/fck-uploaded/HoorjemijwelTijdlijnwebversie.pdf>.
73. Drost, L. M., & Schippers, G. M. (2015). Online support for children of parents suffering from mental illness: A case study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(1), 53-67. <https://doi.org/10.1177/1359104513496260>.
74. Foster, K., Brien, L. O., & Korhonen, T. (2012). Developing resilient children and families when parents have mental illness : A family-focused approach. *International Journal of Mental Health Nursing* 3-11. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00754.x>.
75. <https://www.augeo.nl/kindcheck>.
76. <http://richtlijnenjeugdhulp.nl/kopp>.
77. Van der Zanden, R., Haverman, M., & Van der Poel, A. (2016). Resultaten rondgang in de KOPP/KOV praktijk. *Trimbos-Instituut. Utrecht*.
78. Siegenthaler, E., Munder, T., & Egger, M. (2012). Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(1), 8-17.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.10.018>.
79. Zanden, R. Van Der, Speetjens, P., & Havinga, P. (2013). KopOpOuders Zelfhulp. Trimbos-instituut Utrecht.
80. Moreland, A. D., & McRae-Clark, A. (2018). Parenting outcomes of parenting interventions in integrated substance-use treatment programs: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 89(August 2017), 52-59. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.03.005>.
81. Santvoort, Van, F. (2013). Support groups for children at risk: A study on risk levels and intervention effects in children of mentally ill or addicted parents (Doctoral dissertation, Radboud University Nijmegen).
82. Zanden, R. A. P. Van Der, Speetjens, P. A. M., Arntz, K. S. E., & Onrust, S. A. (2010). Online Group Course for Parents With Mental Illness : Development and Pilot Study. *Journal of Medical Internet Research*, 12(5). <https://doi.org/10.2196/jmir.1394>.
83. Wansink, H. J., Drost, R. M. W. A., Paulus, A. T. G., Ruwaard, D., Hosman, C. M. H., Janssens, J. M. A. M., & Evers, S. M. A. A. (2016). Cost-effectiveness of preventive case management for parents with a mental illness: a randomized controlled trial from three economic perspectives. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1498-z>.