

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# Het belang van sociale steun, conflict-hantering en ouder-kind interacties in gezinnen met een psychotische patiënt

**Samenvatting** *Met dit onderzoek willen we een beter zicht krijgen op de psychosociale context van patiënten met een psychotische stoornis. We richten ons daarbij op de sociale steun en conflict-hantering in de ouder-kind interacties, met de vraag of er bij deze variabelen verschillen zijn tussen een klinische steekproef (N = 20 gezinnen) en een hieraan gematchte niet-klinische controlegroep (N = 20 gezinnen). Uit de resultaten blijkt onder andere dat gezinnen met een psychotische patiënt zich kenmerken door kleinere sociale netwerken, minder tevredenheid over sociale steun, meer conflicten, minder positief verlopende conflict-hantering en minder acceptatie in de ouder-kind relatie. In de discussie worden conclusies, richtlijnen voor assessment en toekomstig onderzoek geformuleerd.*

## INLEIDING

Voorgaande studies hebben aangetoond dat het verloop van psychotische stoornissen wordt beïnvloed door de interpersoonlijke context, waarbij men vooral op zoek ging naar de interactie tussen psychose en gezinskarakteristieken. Hieronder valt het onderzoek rond *expressed emotion* (EE) en terugval, waarin onder andere gesteld wordt dat gezinnen met een psychotische patiënt gekenmerkt zijn door een hoge mate van overbetrokkenheid en uitingen van vijandigheid en kritiek (Lange & Schaap, 1991; Kuipers, 1995). Recente studies tonen aan dat ook andere variabelen in de interpersoonlijke context van de psychotische patiënt belangrijk zijn, met name sociale steun en conflict-hantering in de ouder-kind interacties. Het ervaren van sociale steun heeft een positieve invloed op het welzijn van het gezin, rekening houdend met de hoeveelheid en bronnen van steun (Brugha, 1995). Het leidt ook tot een verminderd gevoel van belasting (Magliano, Marasco, Malangone, Guarneri et al., 2002). Personen met een psychotische stoornis beschikken veelal over klei-

ELS HEENE, DIANE  
SUYKENS, ANN  
BUYSSE EN PATSY  
MALFAIT

*Els Heene<sup>1</sup> is klinisch psycholoog, verbonden aan de onderzoeksgroep Relatie- en gezinsstudies, Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit Gent. Diane Suykens is klinisch psycholoog, verbonden aan de Afdeling Psychosen, Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw te Brugge. Ann Buysse is klinisch psycholoog en hoofd onderzoeksgroep Relatie- en gezinsstudies, Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit Gent. Patsy Malfait is klinisch psycholoog en systeemtherapeute, verbonden aan de Afdeling Psychosen in het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw te Brugge.*

1 Correspondentieadres: els.heene@ugent.be.

ne sociale netwerken die voornamelijk uit familieleden bestaan, die omschreven worden als passieve netwerken (e.g. Melle, Friis, Hauff & Vaglum, 2000). Steun vanuit het sociale netwerk rondom het gezin op zich ontbreekt vaak doordat families sociaal geïsoleerd raken.

In ons onderzoek wordt sociale steun vooreerst algemeen gedefinieerd als de mate waarin het sociale netwerk als een bron van steun wordt ervaren. We willen nagaan over welke sociale netwerken gezinnen met een psychotisch kind beschikken, en daarnaast of binnen het gezin de ouder-kind relatie als steunend ervaren wordt. Ten tweede willen we het aantal conflicten en de conflicthantering in gezinnen met een psychotische patiënt meten, en bevragen we het gevoel van acceptatie bij zowel de ouders als de kinderen. In eerdere studies bestudeerden verschillende onderzoekers de communicatie bij het samen oplossen van een probleemtaak (Bellack et al., 1996; Sayers et al., 1995; Thompson et al., 1997; Velligan et al., 1990; Wiemer et al., 2001). Dit proces verloopt bij gezinnen met een psychotische patiënt vaak minder efficiënt en positief (Heru, Ryan & Vlastos, 2004). Diverse onderzoekers constateerden dat communicatiepatronen binnen gezinnen met een psychotisch gezinslid invloed hebben op het verloop van de stoornis. Aandacht voor functionele en minder verwarrende communicatie kan ertoe bijdragen dat het stressniveau bij de patiënt daalt (Barrowclough, Lobban, Hatton & Quinn, 2001; Kuipers, 1995; Schene & Van Wijngaarden, 1995; Bellack, Haas & Tierney, 1996). Bayer (1996) stelt dat er in gezinnen met een psychotische patiënt vaak sprake is van communicatiepatronen die egocentrisch (onder andere vaag en verwarrend) of ontkrachtend (negeren van personen) zijn. Communicatievaardigheden zijn belangrijk voor het sociale steunproces, zodat de steunvrager zijn behoefte aan steun op een effectieve manier kan communiceren. Op zijn beurt moet de steunverlener over de vaardigheid beschikken om signalen van de steunvrager accuraat te interpreteren (Cutrona, 1996). Men kan veronderstellen dat beide aspecten moeilijk verlopen in gezinnen met een psychotische patiënt.

Ons onderzoek heeft tot doel resultaten van eerdere studies te repliceren en uit te breiden. We willen nagaan of gezinnen met een psychotische patiënt (klinische steekproef) significant verschillen van een controlesteekproef voor wat betreft sociale steun, conflicthantering en ouder-kind interacties, en dit aan de hand van drie hypothesen. Vooreerst onderzoeken we de uitgebreidheid van het sociale netwerk en de tevredenheid over sociale steun in het algemeen. We verwachten dat sociale netwerken van gezinnen met een

HET BELANG VAN  
SOCIALE STEUN,  
CONFLICTHANTERING EN OUDER-  
KIND INTERACTIES  
IN GEZINNEN MET  
EEN PSYCHOTISCHE  
PATIËNT

psychotische patiënt kleiner zullen zijn (met minder niet-verwanten en meer hulpverleners) en dat de gezinsleden minder tevreden zullen zijn over de ervaren steun, in vergelijking met de controlegroep (hypothese 1). Ten tweede bevragen we meer specifiek de sociale steun en het aantal conflicten binnen de ouder-kind relatie, waarbij we verwachten dat de klinische steekproef minder sociale steun en meer conflicten zal rapporteren dan de controlegroep (hypothese 2). Ten derde gaan we na of er sprake is van een positief verloop van conflicthantering en een gevoel van acceptatie binnen de ouder-kind relatie, waarbij we verwachten dat dit minder positief zal zijn dan bij de controlegroep (hypothese 3).

ELS HEENE, DIANE  
SUYKENS, ANN  
BUYSSE EN PATSY  
MALFAIT

## METHODE

### *Deelnemers*

De rekrutering van de klinische steekproef gebeurde op de psychosenaafdeling van het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw te Brugge. Patiënten werden in het onderzoek opgenomen als ze een diagnose van schizofrenie of andere psychotische stoornis hadden (op as-I van de DSM-IV), met voordien minimaal één psychotische fase. Deelnemers waren op het moment van bevraging stabiel, en bovendien was ten minste één van de ouders bereid om mee te werken aan het onderzoek. In totaal namen twintig klinische families deel. Er zijn twintig gezinnen gezocht zonder psychotisch gezinslid (via publieke bekendmaking en telefonische rekrutering), en deze niet-klinische controlesteekproef is geselecteerd en gematcht op basis van de variabelen geslacht en leeftijd (van ouders en kinderen). Tabel 1 geeft een overzicht van de populatiekarakteristieken binnen beide steekproeven.

Aan de hand van c2-waarden (Pearson) en t-toetsen (onafhankelijke steekproeven) gingen we na of er significante demografische verschillen waren tussen de klinische en controlesteekproef. Bij de kinderen bleek geen significant verschil tussen beide steekproeven qua leeftijd, sekse, burgerlijke status. Aangezien we de relatie tussen kind en ouders onderzoeken, kan de mate van contact tussen beiden van belang zijn. Dit is gemeten door de kinderen te vragen hoeveel tijd zij doorbrachten met elk van hun ouders, gaande van minder dan een keer per maand tot meer dan drie keer per week. Ook voor de contacttijd met de moeder en de contacttijd met de vader zijn tussen de groepen geen significante verschillen gevonden. Er is bij de kinderen wel een significant verschil gevonden voor wat betreft de variabelen

diploma ( $c2=21.29, p < .01$ ) en beroep ( $c2=28.81, p < .001$ ). Bij de ouders was er verder geen verschil tussen beide steekproeven met betrekking tot leeftijd, aantal kinderen, sekse, burgerlijke status, diploma en beroep. Op basis van deze resultaten nemen wij aan dat de klinische en controlesteekproef vergelijkbaar zijn.

### Procedure

Het onderzoeksprotocol is goedgekeurd door de Toetsingscommissie Ethiek van het ziekenhuis en het Ethisch Comité van de Universiteit Gent. Het onderzoek is vooraf éénmalig (mondeling) voorgesteld aan de patiënten van de afdeling ontwikkelingsgerichte psychosenzorg, en nadien is iedere kandidaat-deelnemer individueel door de onderzoeker uitgenodigd. Nadat de patiënt toestemming had gegeven, is ook een van de ouders telefonisch gevraagd deel te nemen. Alle deelnemende patiënten en ouders kregen vooraf een gestandaardiseerde brief met uitleg over het doel en de opzet van het onderzoek. Benadrukt zijn de vrijblijvende deelname, de anonieme verwerking van de verkregen informatie en het beroepsgeheim. Op het moment van de afname vulden patiënten en ouders een *informed consent*-formulier in waarin ze toestemming gaven hun gegevens te verwerken in het kader van wetenschappelijk onderzoek. Tijdens het invullen van de vragenlijsten bleef de onderzoeker aanwezig om eventuele vragen te beantwoorden. De afname duur varieerde van dertig minuten tot anderhalf uur. De deelnemers uit de controlesteekproef kregen een gestandaardiseerde (mondelinge + schriftelijke) uitleg waarin duidelijk gemaakt werd dat ze deel uitmaakten van een vergelijkingsgroep. Zij ondertekenden eveneens een *informed consent*-formulier en vulden de vragenlijsten thuis in, in het bijzijn van de onderzoeker.

### Meetinstrumenten

Met het oog op het toetsen van de vooropgestelde hypothesen zijn een aantal vragenlijsten geselecteerd, waarbij een onderscheid gemaakt is tussen tevredenheid over sociale steun en sociaal netwerk in het algemeen (*Social Support Questionnaire*, SSQ, hypothese 1), sociale steun en het aantal conflicten binnen de ouder-kind relatie (*Quality of Relationships Inventory*, QRI, hypothese 2), en (positief verloop van) conflicthantering en een gevoel van acceptatie binnen de ouder-kind relatie (*Ouder-Kind Interactie Vragenlijst – Revised*, OKIV-R, hypothese 3). Voor de SSQ en de QRI is gebruikgemaakt van vertaalde en aangepaste versies die vooraf psychometrisch

HET BELANG VAN  
SOCIALE STEUN,  
CONFLICTHANTE-  
RING EN OUDER-  
KIND INTERACTIES  
IN GEZINNEN MET  
EEN PSYCHOTISCHE  
PATIËNT

Tabel 1

*Overzicht van populatiekarakteristieken*

|                            | Klinische groep                                                                                                                                                                                                                           | Niet-klinische groep                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sekseverdeling             | Kinderen: 65% zonen (N = 13) – 35 % dochters (N = 7)<br>Ouders: 30 % vaders (N = 6) - 70 % moeders (N = 14)                                                                                                                               | Kinderen: 65% zonen (N = 13) – 35 % dochters (N = 7)<br>Ouders: 30 % vaders (N = 6) - 70 % moeders (N = 14)                                                                                                                               |
| Leeftijd                   | Kinderen: M = 29.4 jaar (SD = 7.45, range 18 – 44 jaar)<br>Ouders: M = 57.3 jaar (SD = 7.94, range 42 – 71 jaar)                                                                                                                          | Kinderen: M = 29.6 jaar (SD = 7.49, range 19 – 44 jaar)<br>Ouders: M = 58.2 jaar (SD = 7.78, range 46 – 72 jaar)                                                                                                                          |
| Diagnosecategorie kinderen | 65% paranoïde schizofrenie (N = 13)<br>5% schizo-affectieve stoornis (N = 1)<br>10% rest of defect schizofrenie (N = 2)<br>15% psychotische stoornis NAO (N = 3)<br>5% bipolaire stoornis met psychotische kenmerken (N = 1)              | 0 % paranoïde schizofrenie (N = 0)<br>0 % schizo-affectieve stoornis (N = 0)<br>0% rest of defect schizofrenie (N = 0)<br>0% psychotische stoornis NAO (N = 0)<br>0% bipolaire stoornis met psychotische kenmerken (N = 0)                |
| Opname                     | 80 % volledig verblijf (N = 16)<br>20 % dagbehandeling (N = 4)                                                                                                                                                                            | 0 % volledig verblijf (N = 0)<br>0 % dagbehandeling (N = 0)                                                                                                                                                                               |
| Opnameduur                 | M = 8.7 maanden (SD = 8.15)                                                                                                                                                                                                               | Niet van toepassing                                                                                                                                                                                                                       |
| Contacttijd met moeder     | 10 % meer dan drie keer per week (N = 2)<br>20 % twee keer per week (N = 4)<br>30 % één keer per week (N = 6)<br>15 % één keer om de twee weken (N = 3)<br>20 % één keer per maand (N = 4)<br>5 % minder dan één keer in de maand (N = 1) | 25 % meer dan drie keer per week (N = 5)<br>15 % twee keer per week (N = 3)<br>10 % één keer per week (N = 2)<br>20 % één keer om de twee weken (N = 4)<br>30 % één keer per maand (N = 6)<br>0 % minder dan één keer in de maand (N = 0) |

|                       | Klinische groep                                                                                                                                                                                                                                                                | Niet-klinische groep                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Contacttijd met vader | 10 % meer dan drie keer per week (N = 2)<br>15 % twee keer per week (N = 3)<br>25 % één keer per week (N = 5)<br>15 % één keer per maand (N = 3)<br>20 % minder dan één keer in de maand (N = 4)                                                                               | 20 % meer dan drie keer per week (N = 4)<br>10 % twee keer per week (N = 2)<br>20 % één keer per week (N = 4)<br>25 % één keer per maand (N = 5)<br>5 % minder dan één keer in de maand (N = 1)                                                                                 |
| Diploma kinderen      | 10 % lager onderwijs (N = 2)<br>25 % secundair onderwijs BSO (N = 5)<br>30 % secundair onderwijs TSO (N = 6)<br>25 % secundair onderwijs ASO (N = 5)<br>5 % hoger onderwijs korte type (N = 1)<br>5 % hoger onderwijs lange type (N = 1)<br>0 % universitair onderwijs (N = 0) | 0 % lager onderwijs (N = 0)<br>0 % secundair onderwijs BSO (N = 0)<br>15 % secundair onderwijs TSO (N = 3)<br>10 % secundair onderwijs ASO (N = 2)<br>15 % hoger onderwijs korte type (N = 3)<br>5 % hoger onderwijs lange type (N = 1)<br>55 % universitair onderwijs (N = 11) |
| Beroep kinderen       | 10 % arbeider (N = 2)<br>0 % bediende (N = 0)<br>0 % kaderlid (N = 0)<br>0 % zelfstandige (N = 0)<br>5 % andere (N = 1)<br>0 % vrij beroep (N = 0)<br>5 % huisvrouw/huisman (N = 1)<br>0 % gepensioneerd (N = 0)<br>80 % werkloos (N = 16)                                     | 10 % arbeider (N = 2)<br>20 % bediende (N = 4)<br>20 % kaderlid (N = 4)<br>10 % zelfstandige (N = 2)<br>30 % andere (N = 6)<br>5 % vrij beroep (N = 1)<br>0 % huisvrouw/huisman (N = 0)<br>0 % gepensioneerd (N = 0)<br>5 % werkloos (N = 1)                                    |

onderzocht waren (zie ook Verhofstadt, Buysse, Rosseel & Peene, 2006); de Nederlandstalige versie van de OKIV wordt vaak gebruikt in gelijkaardig onderzoek en scoort eveneens psychometrisch goed. Alle instrumenten scoorden in de huidige studie goed tot zeer goed qua interne consistentie, getoetst door middel van Cronbach's Alfa-waarden.

ELS HEENE, DIANE  
SUYKENS, ANN  
BUYSSE EN PATSY  
MALFAIT

De SSQ (Sarason, Sarason, Shearin & Pierce, 1987; Bal, 1999, verkorte versie, 6 van 27 items) onderzoekt twee aspecten van sociale steun: (1) aantal gepercipieerde sociale steungevers en (2) mate waarin de respondent tevreden is over deze steun. Elke vraag bestaat uit twee delen. In het eerste deel vult men het aantal personen in waarop men (emotioneel) kan rekenen voor steun (met een maximum van 9); in het tweede deel rapporteert men op een 6-puntenschaal (6 = heel tevreden, 5 = tamelijk tevreden, 4 = een beetje tevreden, 3 = een beetje ontevreden, 2 = tamelijk ontevreden, 1 = heel ontevreden) de tevredenheid over de gekregen steun. De afnameduur bedraagt ongeveer vijftien minuten. De *Number Score* wordt berekend door het aantal vermelde steunfiguren bij alle items op te tellen. De Cronbach's Alfa binnen de huidige studie zijn  $\alpha = .95$  voor de *Number Score* en  $\alpha = .75$  voor de *Satisfaction Score* bij de kinderen, en achtereenvolgens  $\alpha = .92$  en  $\alpha = .92$  bij de ouders.

De QRI (Pierce, Sarason, & Sarason, 1991; Verhofstadt et al., 2006) is toepasbaar op een breed scala van relaties, maar men dient tijdens het invullen een specifieke relatie met een ander voor ogen te houden, in ons onderzoek de ouder-kind relatie. Deze vragenlijst bestaat uit 25 items, op een 4-puntenschaal (4 = heel veel, 3 = tamelijk veel, 2 = een beetje, 1 = helemaal niet) te beantwoorden (afnameduur vier minuten), verdeeld in drie subschalen: 1. de *Support Scale* (7 items over de mate waarin men de ander als een bron van sociale steun ervaart); 2. de *Conflict Scale* (12 items die de hoeveelheid conflicten met de ander bevragen) en 3. de *Depth Scale* (6 items over de mate waarin men vindt dat de relatie van belang is). De Cronbach's Alfa in de huidige studie zijn  $\alpha = .89$  voor de *Conflict Scale*,  $\alpha = .83$  voor de *Support Scale* en  $\alpha = .85$  voor de *Depth Scale* bij de kinderen, en achtereenvolgens  $\alpha = .89$ ,  $\alpha = .89$  en  $\alpha = .84$  bij de ouders.

Met behulp van de OKIV-R (Lange, 2001) kan men onderzoeken hoe iedere ouder afzonderlijk de relatie met ieder kind afzonderlijk beoordeelt, en omgekeerd. Door het gebruik van een aparte ouder- (OKIV-O, 21 items) en kindversie (OKIV-K, 8-18jaar, 25 items) kan elke dyade in een gezin onderzocht worden, aan de hand van items die verwijzen naar concreet gedrag. Beide versies bestaan uit de subschalen *Conflictantering* (oplossen van conflicten, 17 items) en *Acceptatie* (gevoel van acceptatie, 8 items). Een hoge score duidt op

een positief verloop van het proces tijdens conflicten en meer acceptatie, en de totaalscore wordt gedefinieerd als een maat voor 'positieve communicatie'. De respondent moet in een eerste deel op een 5-puntenschaal aangeven in welke mate een item van toepassing is op de eigen persoon, terwijl een tweede deel bevraagt hoe vaak een bepaalde situatie voorkomt. De afnameduur van de vragenlijst bedraagt twintig minuten. Voorgaande studies lieten hoge interne consistentie en test-hertest betrouwbaarheid zien (zie ook Lange, Wiers & Blonk, 1998; Lange, Evers & Jansen, 2000). De Cronbach's Alfa binnen het huidige onderzoek zijn  $\alpha = .95$  voor de *Conflicthantering*-schaal,  $\alpha = .90$  voor de *Acceptatie*-schaal en  $\alpha = .96$  voor de *Totaal*-schaal bij de kinderen, en respectievelijk  $\alpha = .75$ ,  $\alpha = .86$  en  $\alpha = .88$  bij de ouders.

### *Data Analyses*

Om de verschillen tussen de klinische en controlegezinnen na te gaan is een Multivariate Variantie-analyse (Manova) uitgevoerd op elke subschaal van de vragenlijsten, om het effect te toetsen van de steekproef waartoe men behoort (klinisch versus controle) en het perspectief van het gezinslid (kind versus ouder). Een hoofdeffect van 'steekproef' betekent dat het verschil afhangt van het feit of men tot de klinische of controlesteekproef behoort (ongeacht of het kinderen of ouders zijn), terwijl een hoofdeffect 'ouder-kind' aangeeft dat de scores verschillend zijn naargelang het om kinderen of ouders gaat (onafhankelijk van de klinische of controlegroep). Een hoofdeffect wijst op een 'groepsverschil' (klinisch versus controle of ouders versus kinderen). Een interactie-effect tussen beide betekent dat het verschil tussen de klinische en controlesteekproef afhankelijk is van het feit of het om een kind of de ouder gaat, en dit wijst op een positioneel verschil.

### RESULTATEN

*Zijn gezinnen met een psychotische patiënt (klinische steekproef) significant verschillend van een controlesteekproef voor wat betreft sociale steun, conflicthantering en ouder-kind interacties?*

Voor een overzicht van de gemiddelden en de grootte van de effecten verwijzen we naar Tabel 2. Bijkomend vermelden we dat, uitgaande van de beschikbare normtabellen van de OKIV, de scores van de klinische groep vergelijkbaar zijn met normtabellen van een klinische populatie, en de scores van de controlegroep met normtabellen voor een niet-klinische populatie.

HET BELANG VAN  
SOCIALE STEUN,  
CONFLICTHANTERING  
EN OUDER-KIND  
INTERACTIES  
IN GEZINNEN MET  
EEN PSYCHOTISCHE  
PATIËNT

Tabel 2  
Gemiddelden en standaarddeviaties van klinische en controlegroep, effect van ouder-kind, effect van ‘groep’ (klinische groep versus controlegroep) en interactie-effecten op de subschalen van de SSQ, de QRI en de OKIV-R.

| Subschalen                   | Klinische groep |               | Controle-groep |              | Ouder-kind<br>F (1, 38) | Groep<br>F (1, 38) | Interactie<br>F (1, 38) |
|------------------------------|-----------------|---------------|----------------|--------------|-------------------------|--------------------|-------------------------|
|                              | M (sd)          |               | M (sd)         |              |                         |                    |                         |
|                              | Kind            | Ouder         | Kind           | Ouder        |                         |                    |                         |
| SSQ-Number Score             | 2.72 (1.45)     | 3.33 (2.42)   | 5.06 (2.18)    | 4.40 (1.31)  | 0.004                   | 11.46**            | 3.78                    |
| SSQ-Satisfaction Score       | 5.24 (0.64)     | 4.93 (1.13)   | 5.61 (0.45)    | 5.61 (0.49)  | 1.09                    | 9.04**             | 1.09                    |
| QRI-Conflict                 | 1.97 (0.57)     | 2.21 (0.58)   | 1.58 (0.47)    | 1.55 (0.49)  | 1.38                    | 13.27***           | 2.61                    |
| QRI-Depth                    | 2.70 (0.75)     | 2.75 (0.69)   | 3.00 (0.55)    | 3.11 (0.51)  | 0.78                    | 3.42               | 0.11                    |
| OKIV-R-Acceptatie            | 27.35 (7.30)    | 33.95 (6.75)  | 32.85 (4.46)   | 39.40 (4.01) | 46.35***                | 12.30***           | 0.00                    |
| OKIV-R-<br>Conflicthantering | 58.45 (15.31)   | 44.50 (6.79)  | 67.15 (8.30)   | 51.90(5.08)  | 79.36***                | 9.68**             | 0.16                    |
| OKIV-R-Totaal                | 85.80 (22.21)   | 78.45 (12.51) | 100.00 (12.41) | 91.30 (8.44) | 10.68**                 | 11.54**            | 0.08                    |

SSQ = Social Support Questionnaire; QRI = Quality of Relationship Inventory; OKIV-R = Ouder-Kind Interactie Vragenlijst-Revised  
\*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p< .001

HET BELANG VAN  
SOCIALE STEUN,  
CONFLICTHANTE-  
RING EN OUDER-  
KIND INTERACTIES  
IN GEZINNEN MET  
EEN PSYCHOTISCHE  
PATIËNT

Tabel 2 toont dat er significante hoofdeffecten gevonden werden van 'steekproef' voor achtereenvolgens 'grootte van het netwerk', 'tevredenheid over algemene sociale steun' (SSQ), 'aantal conflicten' (QRI), 'gevoel van acceptatie' (OKIV), 'positief verloop van conflict-hantering' (OKIV) en 'positieve communicatie' (OKIV).

Samenvattend betekent dit een bevestiging van onze hypothesen. Gezinnen met een psychotische patiënt bleken in vergelijking met controlegezinnen de volgende kenmerken te hebben: kleinere sociale netwerken en minder tevredenheid over algemene sociale steun (hypothese 1), meer conflicten binnen de ouder-kind relatie (hypothese 2), minder positief verloop van conflict-hantering, minder gevoel van acceptatie en minder positieve communicatie binnen de ouder-kind relatie (hypothese 3). Wat betreft de tevredenheid over algemene sociale steun behaalden klinische gezinnen in ons onderzoek een gemiddelde score, en dit ondanks het gegeven dat ze over een kleiner netwerk beschikten.

Daarnaast is een significant interactie-effect gevonden van 'ouder-kind' en 'steekproef' voor 'steunervaring', gemeten door de subschaal *Support* van de QRI (zie ook hypothese 2). Dit betekent dat de verschillen tussen ouders en kinderen afhankelijk waren van de steekproef waartoe ze behoorden, met de laagste score voor de ouders in de klinische groep. Op basis van een Univariate Variantie-analyse (ANOVA) vonden we dat ouders van klinische gezinnen minder sociale steun ervoeren binnen de ouder-kind relatie dan ouders van controlegezinnen ( $F(1,38) = 35.45; p < .001$ ). In dezelfde lijn rapporteerden kinderen met een psychotische stoornis minder steun binnen de ouder-kind relatie dan kinderen uit de controlegezinnen ( $F(1,38) = 3.98; p = .05$ ).

Uit Tabel 2 blijkt tevens dat voor de subschalen van de OKIV een significant hoofdeffect van 'ouder-kind' is gevonden op 'gevoel van acceptatie', 'conflict-hantering' en 'positieve communicatie'. Dit betekent dat kinderen in vergelijking met ouders, ongeacht de groep waartoe ze behoorden, zich minder geaccepteerd voelen, maar meer positief verloop van conflict-hantering en meer positieve communicatie rapporteren.

## DISCUSSIE

In wat volgt, bespreken we de resultaten van ons onderzoek in vergelijking met eerdere onderzoeksbevindingen. Vervolgens gaan we in op enkele beperkingen en we formuleren een aantal suggesties voor verder onderzoek en richtlijnen voor behandeling.

ELS HEENE, DIANE  
SUYKENS, ANN  
BUYSSE EN PATSY  
MALFAIT

*Sociale steun* werd in de huidige studie gemeten zowel als beleving in het algemeen als specifiek binnen de ouder-kind relatie. Het sociale netwerk van gezinnen met een psychotische patiënt bleek in ons onderzoek kleiner te zijn dan dat van controlegezinnen, en dit is in overeenstemming met de verwachtingen vanuit de literatuur.

Klinische gezinnen rapporteerden in ons onderzoek eveneens minder algemene sociale steun in vergelijking met de controlegezinnen, waarbij deze laatste dus niet alleen over grotere netwerken beschikten maar over hun netwerken ook meer tevreden waren. De aard van de ziekte zorgt er voor dat de bredere sociale omgeving meer afstand neemt dan toenadering zoekt, bijvoorbeeld omwille van het risico op agressieve uitvallen van het psychotische gezinslid. Ook zijn de familieleden zelf vaak gegeneerd over het gedrag van hun zieke gezinslid en hebben ze de neiging zich meer te isoleren en minder sociale contacten op te zoeken. Omdat het gezin zelf vaak de belangrijkste mantelzorger is voor de psychotische patiënt, wordt het sociale leven van de andere gezinsleden vaak gehypothekeerd door de zorgfunctie. Dit significante verschil met de gematchte steekproef moet echter genuanceerd worden, en wel omdat de klinische gezinnen gemiddeld scoorden qua tevredenheid in vergelijking met beschikbare normscores van de vragenlijst (ondanks het gegeven dat ze over een kleiner netwerk beschikten). Uit de literatuur blijkt dat voor sommige familieleden één sociale relatie al voldoende steun kan bieden en dat het sociale netwerk niet uitgebreid hoeft te zijn (Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983). Anderzijds kan een relatief positieve evaluatie van tevredenheid met steun ook te wijten zijn aan het feit dat de verwachtingen door de ziekte lager liggen (Leibe & Kallert, 2000).

Uit de resultaten bleek verder dat de ouders in de klinische groep de minste steun ervoeren, nog minder dan hun psychotische gezinslid. Dit ligt in de lijn van de uitkomsten van eerder onderzoek (Tennakoon et al., 2000), en informatie geven over het ziektebeeld kan hierbij een eerste belangrijke steun bieden. Dat is echter onvoldoende; families blijven vaak nog met vragen zitten over hoe ze met de symptomen van het ziek-zijn kunnen omgaan. In de hulpverlening gaat men vaak nog te vlug hieraan voorbij.

Vanuit de vooropgestelde conceptualisatie van ‘communicatie’ verwachtten we dat gezinnen met een psychotische patiënt (zowel ouders als kinderen) zich zouden kenmerken door minder positieve communicatie binnen de ouder-kind relatie (in vergelijking met de controlegezinnen), en dit werd bevestigd. Meer specifiek vonden we, in overeenstemming met eerder onderzoek, dat gezinnen met een

ELS HEENE, DIANE  
SUYKENS, ANN  
BUYSSE EN PATSY  
MALFAIT

psychotische patiënt zich kenmerkten door meer conflicten en een minder positief verloop van conflicthantering, in vergelijking met de controlegezinnen (zie ook Halford, 1991; Heru, Ryan & Vlastos, 2004; Wuerker, Kang Fu, Haas & Bellack, 2002). We onderzochten ook de mate waarin gezinsleden zich geaccepteerd voelden, en het bleek dat er in de klinische gezinnen minder sprake was van een gevoel van acceptatie binnen de ouder-kind relatie (in vergelijking met controlegezinnen). Vanuit de idee van het *disconfirming* communicatiepatroon wordt verondersteld dat gezinsleden die genegeerd of afgewezen worden zich niet geaccepteerd voelen binnen de relatie (Bayer, 1996). Binnen een klinische context worden familieleden vaak samen gezet, met als doel het copinggedrag naar het zieke familielid toe te verbeteren, wat mogelijk kan leiden tot een verhoogde acceptatie binnen het gezin. Dit groepsproces speelt bovendien een belangrijke rol in het positief beïnvloeden van *expressed emotions* en het verwerken en aanvaarden van de ziekte. Uit onze resultaten bleek ook dat kinderen, in vergelijking met hun ouders en ongeacht de groep waartoe ze behoorden, minder acceptatie maar wel meer positief verloop van conflicthantering en meer positieve communicatie rapporteerden.

HET BELANG VAN  
SOCIALE STEUN,  
CONFLICTHANTEN-  
RING EN OUDER-  
KIND INTERACTIES  
IN GEZINNEN MET  
EEN PSYCHOTISCHE  
PATIËNT

#### VERVOLGONDERZOEK

De bevindingen van het huidige onderzoek moeten genuanceerd worden, vanuit beperkingen die onder andere te maken hebben met de steekproeven, de procedure en de meetinstrumenten. Wat de steekproeven betreft zijn de huidige resultaten gebaseerd op analyses van een relatief kleine proefgroep (twintig klinische en twintig controlegezinnen). Bovendien zijn beide steekproeven gerekruteerd in een beperkte regio, en verbleven alle deelnemende patiënten van de klinische steekproef in hetzelfde psychiatrische ziekenhuis. Verder waren er duidelijke verschillen tussen beide steekproeven in opleiding en beroep van de kinderen (gevolg van de opnamesituatie), wat mogelijk heeft geleid tot vertekende resultaten. Onderzoek op grotere schaal in verschillende settings zou een meerwaarde bieden aan dit onderzoek, alsook een grotere kans op generaliseerbaarheid van de resultaten. Bij een volgend onderzoek lijkt het ons ook goed om, indien mogelijk, andere kinderen uit het gezin te bevragen, met het oog op onderlinge vergelijkingen (ook voor de houding van de ouders; in de huidige studie waren er niet voldoende gezinnen met meer dan één kind). Verder was er ook sprake van een verschil in procedure; de klinische steekproef rapporteerde in het psychiatrisch ziekenhuis terwijl de controlegezinnen de vragenlijsten thuis invul-

den. Toekomstig onderzoek zou dit verloop voor beide groepen kunnen standaardiseren. Tot slot merken we op dat we voor de variabele sociale steun twee vertaalde en aangepaste vragenlijsten gebruikten. We hebben deze instrumenten geselecteerd omdat ze het mogelijk maakten de vooropgestelde hypothesen van sociale steun en positieve communicatie te toetsen. Aanvullend zouden in toekomstig vergelijkend onderzoek ook andere methodes gebruikt kunnen worden, zoals observatiestudies en interviews, voor zowel sociale steun als positieve communicatie.

ELS HEENE, DIANE  
SUYKENS, ANN  
BUYSSE EN PATSY  
MALFAIT

### CONSEQUENTIES VOOR DE HULPVERLENING

Verder willen we enkele richtlijnen voor assessment en behandeling formuleren, waarbij we vooreerst ingaan op het belang van positieve communicatie. Onze resultaten benadrukken dat het belangrijk is om niet alleen te focussen op de problemen en conflicten binnen een gezin, maar vooral ook op het erkennen en versterken van de aanwezige sterktes en positieve eigenschappen. In navolging van eerdere studies kan dus gesteld worden dat klinische gezinnen inderdaad gekenmerkt worden door meer conflicten, maar met het oog op behandeling is het van groot belang om deze negatieve focus te verruimen naar bestaande en nieuwe positieve interactiepatronen. In dit verband vragen familieleden vaak om heel concrete handvatten in het omgaan met de psychotische patiënt. Voorbeelden daarvan zijn het aanleren van vaardigheden zoals leren luisteren naar elkaar, het samenvatten van een boodschap en die teruggeven, het leren beheersen van negatieve emoties en dergelijke. Bovendien is uit voorgaand onderzoek gebleken hoe belangrijk de communicatievaardigheden zijn voor het verloop van het sociale steunproces, waarbij de behoefte aan steun door de steunvrager op een effectieve manier gecommuniceerd moet worden (Cutrona, 1996), en dit geldt zowel voor het kind als de ouder. Omgekeerd zullen de conflicten binnen het gezin ook verminderen naarmate de gezinsleden vanuit de hulpverlening meer erkenning en sociale steun krijgen. Op die manier kan ook het wantrouwen jegens de hulpverlener verminderen en wordt het gezin de belangrijkste onderhandelingspartner in de behandeling.

### SLOTBESCHOUWING

Benadrukt moet worden dat de huidige resultaten allerm minst aanleiding geven tot een lineair causaal denken over psychosen enerzijds en sociale steun en communicatie anderzijds. Het ontbreken van sociale steun en verwarrende en ontkrachtende communicatie

maakt mensen niet psychotisch. Onze conclusie is echter dat deze gezinskenmerken – naast andere karakteristieken van de psychosociale context – van cruciaal belang kunnen zijn voor het verloop van de psychose en de wijze waarop men er binnen het gezin van de psychotische patiënt weet mee om te gaan. Deze bevinding kan een vertrekpunt zijn voor mogelijke interventies, met het oog op een betere afstemming tussen de ouders en de patiënt. Zo zijn ouders in het werkingsproces vaak vooral met het externe verlies bezig (sociale rollen en relaties) terwijl de patiënt vooral focust op het interne verlies (zelfbeeld en mogelijkheden). Wanneer ouders er in slagen om begrip op te brengen voor het interne verlies van hun kind, kunnen ze onder andere het ‘falen’ in sociale relaties beter aanvaarden. Het bevorderen van sociale steun van het hele gezin kan bovendien bijdragen tot verbetering van de levenskwaliteit van de patiënt en zijn omgeving, rekening houdend met het aantal en de aard van sociale interacties.

In dit verband heeft psycho-educatie voor psychotische patiënten en hun gezin haar therapeutische waarde reeds bewezen, rekening houdend met het belang van lotgenoten. Ondanks het geven van zinnvolle informatie en het aanleren van vaardigheden zien we echter vaak over het hoofd dat zowel de patiënt, de ouders én het sociale netwerk tijd nodig hebben om te aanvaarden dat het leven niet meer zal zijn zoals ze gepland hadden, waarbij (chronische) rouw een plaats moet krijgen. Naarmate de behandeling van de psychotische patiënt en zijn gezin succesvol is en resocialisatie weer mogelijk wordt, blijven gezinnen vaak steun zoeken bij lotgenoten die op hun beurt hun belangen blijven verdedigen.

We konden, tot slot, vaststellen dat we vooral groepsverschillen vonden en slechts in geringe mate positionele verschillen (de interactie-effecten). Bij onderzoek naar de psychosociale context en interpersoonlijke processen is het dus van groot belang om tegelijkertijd rekening te houden met verschillende percepties, en minimaal zowel de ouder als het kind te bevragen. Als mensen zich niet geroepen voelen een groepsengagement aan te gaan, kan men alsnog individueel of via gezinstherapie werken. We pleiten dan ook nadrukkelijk voor een betrokkenheid van het gezin bij de behandeling, rekening houdend met het feit dat deze patiënten nagenoeg steeds, door verlies van werk en opleidingsmogelijkheden, teruggeworpen worden op de meest basale relaties in hun leven: familierelaties.

HET BELANG VAN  
SOCIALE STEUN,  
CONFLICTHANTE-  
RING EN OUDER-  
KIND INTERACTIES  
IN GEZINNEN MET  
EEN PSYCHOTISCHE  
PATIËNT

## Literatuur

ELS HEENE, DIANE  
SUYKENS, ANN  
BUYSSE EN PATSY  
MALFAIT

- Bal, S. (1999). Nederlandstalige vertaling van de Social Support Questionnaire (SSQ, Sarason, Sarason, Shearin & Pierce, 1987). Ongepubliceerd Manuscript, Vakgroep Experimenteel-klinische en Gezondheidspsychologie, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Gent.
- Barrowclough, C., Lobban, F., Hatton, C. & Quinn, J. (2001). An investigation of models of illness in carers of schizophrenia patients using the Illness Perception Questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 371-385.
- Bayer, D.L. (1996). Interaction in families with young adults with psychiatric diagnosis. *The American Journal of Family Therapy*, 24(1), 21-30.
- Bellack, A.S., Haas, G.L. & Tierney, A.M. (1996). A strategy for assessing family interaction patterns in schizophrenia. *Psychological Assessment*, 8(2), 190-199.
- Brugha, T.S. (1995). Social support and psychiatric disorder: overview of evidence. In: T.S. Brugha (ed.), *Social support and psychiatric disorder. Research findings and guidelines for clinical practice* (pp. 1-38). Cambridge: University Press.
- Cutrona, C.E. (1996). *Social support in couples*. New York: Sage.
- Halford, W.K. (1991). Beyond expressed emotion: behavioral assessment of family interaction associated with the course of schizophrenia. *Behavioral Assessment*, 13(2), 99-123.
- Heru, A.M., Ryan, C.E. & Vlastos, K. (2004). Quality of life and family functioning in caregivers of relatives with mood disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(1), 67-71.
- Kuipers, L. (1995). Expressed emotion: measurement, intervention and training issues. In: T.S. Brugha (ed.), *Social support and psychiatric disorder. Research findings and guidelines for clinical practice* (pp. 257-276). Cambridge: University Press.
- Lange, A. (2001). *De Ouder-Kind Interactie Vragenlijst - Revised, OKIV-R. Verantwoording en handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lange, A., Evers, A. & Jansen, H. (2000). De Ouder-Kind Interactie Vragenlijst - Revised (de OKIV-R). *Systeemtherapie*, 12(4), 213-230.
- Lange, A. & Schaap, C. (1991). Gezinstherapie. In: W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek Psychopathologie, Deel II* (pp. 138-164), Bohn Stafleu van Loghum.
- Lange, A., Wiers, R. & Blonk, R. (1998). Constructie, validatie en beschrijving van de Ouder-Kind Interactie Vragenlijst (Construction and Validation of the Parent Child Questionnaire). *Systeemtherapie*, 10(4), 253-273.
- Leibe, M. & Kallert T.W. (2000). Social integration and the quality of life of schizophrenic patients in different types of complementary care. *European Psychiatry*, 15, 450-460.
- Magliano, L., Marasco, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., Maj, M. & the Working Group of the Italian National Study on Families of Persons with Schizophrenia (2002). The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 291-298.
- Melle, I., Friis, S., Hauff, E. & Vaglum, P. (2000). Social functioning of patients with schizophrenia in high-income welfare societies. *Psychiatric Services*, 51(2), 223-228.
- Pierce, G.R., Sarason, I.G. & Sarason, B.R. (1991). General relationship-based perceptions of social support: are 2 constructs better than one. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(6), 1028-1039.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. & Sarason, B.R. (1983). Assessing

- social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R., Shearin, E.N. & Pierce, G.R. (1987). A brief measure of social support: practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships* 4(4), 497-510.
- Sayers, S.T., Bellack, A.S., Mueser, K.T., Tierney, A.M., Wade, J.H. & Morrison, J.H. (1995). Family interactions of schizophrenic and schizoaffective patients: determinants of relatives' negativity. *Psychiatry research*, 56, 121-134.
- Schene, A.H. & Van Wijngaarden, B. (1995). Consequenties voor het gezin en op het gezin gerichte interventies. In: P.M.A.J. Dingemans, R.J. van den Bosch, R.S. Kahn & A.H. Schene (red.), *Schizofrenie. Onderzoek en implicaties voor de behandeling* (pp. 215-234). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Tennakoon, L., Fannon, D., Doku, V., O'Ceallaigh, S., Soni, W., Santamaria, M., Kuipers, E. & Sharma, T. (2000). Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 177, 529-533.
- Tompson, M.C., Asarnow, J.R., Burney-Hamilton, E., Newell, L.E. & Goldstein, M.J. (1997). Children with schizophrenia-spectrum disorders: thought disorder and communication problems in a family interactional context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(4), 421-429.
- Velligan, D.I., Goldstein, M.J., Nuechterlein, K.H., Miklowitz, D.J. & Ranlett, G. (1990). Can communication deviance be measured in a family problem-solving interaction. *Family Process*, 29, 213-226.
- Verhofstadt, L.L., Buysse, A., Rosseel, Y. & Peene, O. J. (2006). Confirmatory factor analysis of the Quality of Relationships Inventory: An examination of the three-factor structure within couples. *Psychological Assessment*, 18(1), 15-21.
- Wiemer, P., Bunk, D. & Eggers, C. (2001). Characteristics of communication of schizophrenic, neurotic and healthy adolescents. *Praxis Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie*, 50(1), 16-30.
- Wuerker, A.K., Kang Fu, V., Haas, G.L. & Bellack, A.S. (2002). Age, expressed emotion, and interpersonal control patterning in families of persons with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 109, 161-170.

HET BELANG VAN  
SOCIALE STEUN,  
CONFLICTHANTE-  
RING EN OUDER-  
KIND INTERACTIES  
IN GEZINNEN MET  
EEN PSYCHOTISCHE  
PATIËNT