



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# De waarde van het 'psychosomatisch gezinsmodel' bij gezinnen waarin een kind aan astma lijdt

Anne Marie Meijer\*

---

## Samenvatting

*Uitgaande van het psychosomatisch gezinsmodel is onderzocht of gezinnen met een astmatisch kind zich onderscheiden van controle-gezinnen en andere, klinische gezinnen op de opvoedingsattitudes van de ouders, de relatie van de ouders en de gezinskenmerken cohesie en adaptatie. De gezinnen met een astmatisch kind (veertig in totaal) bleken met uitzondering van een hogere overbetrokkenheid voor de astmagroep, vergelijkbaar met de controlegroepen en in het algemeen in positieve zin af te wijken van de klinische groepen. Percentagegewijs vertoonden de gezinsleden uit de astmagroep de hoogste scores op cohesie (kluwen) en adaptatie (rigiditeit). Binnen de astmagroep bleek dit echter vooral te gelden voor de gezinnen met een kind met een beheersbaar astma (twintig in totaal). De ouders uit deze gezinnen vertoonden ook een groter interactioneel probleemoplossend vermogen dan de ouders uit de normgroep en de ouders uit de eveneens twintig gezinnen met een kind met een niet beheersbaar astma. Op basis van de gevonden resultaten wordt geconcludeerd dat een grote mate van betrokkenheid van gezinsleden en een gestructureerde aanpassing als positief gezien kunnen worden voor het welzijn van een (chronisch) ziek kind. De resultaten zijn in tegenspraak met de aanname dat psychosomatische ziekten als astma een gevolg zijn van een dysfunctioneel gezinsfunctioneren en een functie hebben voor het handhaven van het gezinsevenwicht.*

## Inleiding

Van oudsher wordt aangenomen dat psychische invloeden van belang zijn bij de etiologie en de ontwikkeling van astma. In het verleden werden de persoonlijkheid van de moeder, een enkele keer ook die van de vader, de moeder-kind-interactie en de persoonlijkheid van het kind als oorzaken van astma gezien. Onderzoeken hiernaar bleken tegenstrijdige resultaten op te leveren en gaven geen aanleiding te geloven in een 'astmatogene moeder' of 'psychosomatische astmatische predispositie van het kind'.

Van recenter datum is de theorie volgens welke het zogenaamde 'psychosomatische gezin' verantwoordelijk zou zijn voor deze ziekte. Volgens Minuchin et al. (1975) is de ontwikkeling van psychosomatische ziekte in een kind afhankelijk van (1) een speciaal type gezinsorganisatie en gezinsfunctioneren, (2) het betrokken zijn van een kind in een ouderlijk conflict en (3) fysiologische kwetsbaarheid. Op grond van interviews en observaties binnen therapiezittingen onderscheiden deze auteurs vier gezinstypen, die karakteristiek zouden zijn voor het psychosomatische gezin. Deze zijn het

---

\* DRS. A. M. MEIJER, psycholoog, is verbonden aan de Faculteit der Pedagogische en Onderwijskundige Wetenschappen van de Universiteit van Amsterdam. Zij promoveerde op een proefschrift over de invloed van gezinsfactoren op kinderen met astma.

gezinskluwen, het overbeschermende gezin, het starre gezin en het gezin waar oplossingen voor conflicten ontbreken.

Een *gezinskluwen* wordt gekenmerkt door een hoge mate van onderlinge betrokkenheid. De autonomie van het individu wordt sterk ingeperkt door het gezinssysteem. Als tegenhanger van het 'kluwen' geldt 'los zand'. Bij *overbescherming* zijn de leden te bezorgd over elkaars welzijn. Beschermende reacties worden voortdurend gevraagd en gegeven. *Rigiditeit* is het sterk gericht zijn op het handhaven van de status quo. Rigide gezinnen komen in moeilijkheden als veranderingen noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld wanneer de kinderen volwassen worden. Wanneer *oplossingen ontbreken* worden conflicten genegeerd, ontkend of gebagatelliseerd. Problemen blijven zo onopgelost.

Met een therapiemethode waarmee geprobeerd wordt de relaties tussen de gezinsleden te herstructureren, hebben Minuchin et al. (1975) tien gezinnen met ernstige astmatische kinderen behandeld. De behandeling leidde in alle gevallen tot een aanzienlijke of algehele verbetering van de gezondheid van het kind.

Geïnspireerd door dit 'psychosomatische gezinsmodel' zijn er diverse onderzoeken gedaan. Onnis et al. (1986) onderzochten dezelfde subgroep als Minuchin et al. (1975), namelijk een groep van tien kinderen met een ernstig astma, die na drie jaar medische behandeling weinig of geen verbetering vertoonden. Vergeleken met een groep normale gezinnen vertoonden de gezinnen met astmatische kinderen bij het uitvoeren van drie gezinstaken significant vaker de door Minuchin beschreven kenmerken.

In een onderzoek van Gustafsson et al. (1987) werd ook uitgegaan van het model van Minuchin, maar werden de door middel van een gezinstak gevonden data uitgewerkt volgens het circumplex model van Olson et al. (1979). Volgens dit model worden gezinnen op twee dimensies geplaatst: cohesie (betrokkenheid) en adaptatie (aanpassing). Op de extremen van de dimensies bevinden zich de dysfunctionele gezinstypes. Voor cohesie zijn dit overbetrokkenheid (enmeshment) en onverschilligheid (disengagement), voor adaptatie rigiditeit en chaos. Gustafsson et al. (1987) vergeleken twaalf gezinnen met kinderen met een ernstig, chronisch astma, tien gezinnen met kinderen met een verbetering van een ernstig, chronisch astma gedurende minimaal één jaar voorafgaand aan het onderzoek, dertig gezinnen met kinderen, die gedurende minimaal twee jaar diabetes hadden en zes gezinnen met kinderen zonder lichamelijke of psychische problemen. De astmatische groep als geheel vertoonde op de cohesiedimensie significant meer overbetrokkenheid dan de diabetische en normale groep. De twee astmatische groepen vertoonden geen verschillen.

In een eerder onderzoek van Gustafsson et al. (1986) bleek dat kinderen met een ernstig, chronisch astma, die naast de medische behandeling gezinstherapie hadden gehad significant meer verbetering van hun astmatische klachten vertoonden op korte en langere termijn (anderhalf jaar) dan kinderen die uitsluitend een medische behandeling hadden gehad.

Een onderzoek naar de invloed van gezinsfactoren op astma is dat van Baron et al. (1986, 1992). Dezen onderzochten de relatie tussen gezinsfactoren en angst bij kinderen met astma. Uit het onderzoek van Kinsman et al. (1982) was gebleken dat aanwezigheid van veel of weinig angst bij volwassen astmatici samenhangt met een te groot of te gering gebruik van medicijnen tegen de ziekte. Een afhankelijke en hulpeloze opstelling

enerzijds en een niet-realistisch optimisme met betrekking tot het kunnen beheersen van het astma anderzijds, zouden hieraan debet zijn. Onderzoek bij kinderen (Baron et al., 1986) toonde aan dat vooral de zeer angstige kinderen meer en zwaarder (corticosteroiden) medicatie voorgeschreven kregen. Allergische factoren, de frequentie en ernst van astma-aanvallen en de longfunctie konden hier geen verklaring voor bieden. De gezinsfactoren werden gemeten met behulp van het circumplex model van Olson et al. (1979). Het functioneren van 34 gezinnen werd tijdens een interview door twee beoordelaars achter een one-way screen gescoord. De beoordelaars waren niet op de hoogte van de angst-score van het kind, noch van de medische status. De resultaten toonden aan dat de meest angstige kinderen vaker uit overbetrokken en rigide gezinnen kwamen. De niet angstige kinderen kwamen uit extreem chaotische gezinnen, waarin gezinsleden weinig op elkaar betrokken waren, of uit overbetrokken en rigide gezinnen. De gemiddeld angstige, goed aangepaste kinderen leefden in gestructureerde en betrokken gezinnen.

De inzichten van Minuchin en zijn medewerkers (1975, 1978) hebben wereldwijd grote invloed gehad op het onderzoek en de behandeling van gezinnen met psychiatrische en (psycho)somatische klachten. Op deze inzichten is echter ook kritiek gekomen. Kog et al. (1984) hebben vooral het onderzoek over anorexia nervosa kritisch belicht. Hun kritiek was dat de onderzochte groepen te klein en niet representatief waren en dat de scoring niet verricht werd door onafhankelijke beoordelaars en dus niet als betrouwbaar kan worden beschouwd. Bovendien werd door de opzet van het onderzoek niet duidelijk of de als typisch 'psychosomatisch' beschouwde gezinsorganisatie een reactie is op een stress-situatie of juist deze stress (mede) veroorzaakte (Kog et al., 1984).

Coyne en Anderson (1988) bekritiseerden het onderzoek van Minuchin voor zover het kinderen met insuline-afhankelijke diabetes betreft. Voor de groep kinderen met een psychosomatische diabetes (frequent en onverklaarbaar voorkomen van diabetische acidose) toonden Minuchin et al. (1978) een stijging van vrije vetzuren in het bloed aan bij een confrontatie met spanning tussen de ouders. Dit bleek niet het geval bij de kinderen met een 'normale' diabetes of diabetische kinderen met gedragsproblemen. Coyne en Anderson (1988) hebben zowel kritiek op de onderzoeksopzet als op de statistische analyse en de presentatie van de onderzoeksdata. Wie de tekst van Minuchin nauwkeurig leest ziet dat de kritiek op de laatste twee punten misplaatst is (Meijer, in druk). Belangrijker is de kritiek die Coyne en Anderson hebben op het bestaan van een zogenaamd psychosomatisch diabetes. Zij stellen dat de huidige kennis van 'brittle diabetes' bij adolescenten het idee van een psychosomatisch diabetes ten gevolge van gezinsinteracties ondergraaft. Brittle diabetes is een vorm van suikerziekte waarbij grote veranderingen in glucosewaarden optreden als gevolg van hormonale schommelingen tijdens de puberteit. Interventies gericht op een betere kennis en hantering van de medicatie bij adolescenten en de andere gezinsleden leiden tot een belangrijke vermindering van de symptomen. Volgens Coyne en Anderson dienen de door Minuchin gepostuleerde gezinskenmerken als een gevolg gezien te worden van een ernstig, chronisch ziek kind in een gezin en niet als een oorzaak.

Naar aanleiding van de kritiek van Kog et al. (1984) en Coyne en Anderson (1988) kan gesteld worden dat de kritiek op het veronderstelde oorzakelijke verband tussen gezinskenmerken en psychosomatische klachten terecht is. Ten tweede is, voor zover bekend, tot nu toe niet aangetoond dat een psychosomatische klacht bij een gezinslid

een functie voor het gezinssysteem heeft. Dit laatste argument wordt alleen in gevalsbeschrijvingen naar voren gebracht. Het is natuurlijk de vraag of hiermee ook het psychosomatisch gezinsmodel verworpen moet worden. De door Minuchin et al. beschreven gezinskenmerken werden in ieder geval teruggevonden in onderzoek naar de eigenaardigheden van gezinnen met een kind dat aan astma lijdt.

In dit artikel willen we een antwoord geven op de vraag in hoeverre het psychosomatisch gezinsmodel van belang is als leidraad voor onderzoek en behandeling van gezinnen met kinderen met astma. We vergelijken hiertoe gezinnen met kinderen met een niet beheersbaar astma (Meijer, 1987) met gezinnen met kinderen met een beheersbaar astma. Vervolgens wordt de astmagroep als geheel vergeleken met verschillende gestandaardiseerde controlegroepen en klinische groepen. Dit laatste biedt de mogelijkheid de data ook kwalitatief te interpreteren.

## Het onderzoek

### *Onderzoeksopzet*

Op grond van het psychosomatisch gezinsmodel zijn de volgende *vragen* geformuleerd:

- 1 Vertonen gezinnen met een kind met een niet beheersbaar astma vergeleken met gezinnen met een kind met een beheersbaar astma een grotere overbescherming, overbetrokkenheid, rigiditeit en een gebrek aan interactionele vaardigheden om problemen op te lossen?
- 2 Is er een causaal verband tussen gezinsfunctioneren en het niet beheersbaar zijn van het astma?
- 3 Heeft een niet beheersbaar astma van een kind een functie voor de gezinshomeostase? Om antwoord op deze vragen te krijgen is uitgegaan van een onderzoeksopzet waarin gezinnen met een kind met een niet beheersbaar astma vergeleken werden met gezinnen met een kind met beheersbaar astma en met verschillende gestandaardiseerde controlegroepen en klinische groepen. Het niet beheersbare astma is vergelijkbaar met wat door Minuchin (1975) een intractable astma wordt genoemd. Kinderen met een niet beheersbaar astma ondervinden ondanks gerichte medicatie en zonder dat daar medisch gezien duidelijke redenen voor aanwezig zijn, zo vaak last van hun ziekte dat ze daardoor belemmerd worden in hun dagelijkse activiteiten. De bepaling of het astma van een kind wel of niet beheersbaar was, werd evenals dat bij Minuchin het geval was, gedaan door de behandelend kinderarts. Alle kinderen waren minimaal twee jaar onder behandeling van de kinderarts. Het criterium van twee jaar is gekozen, omdat de meeste patiënten na twee jaar behandeling in staat worden geacht zoveel controle over hun astmatische symptomen te hebben, dat normaal functioneren mogelijk is. De vragenlijsten werden thuis, in aanwezigheid van de enquêteur afgenomen. Deze enquêteurs wisten niet tot welke groep het astmatische kind gerekend werd. Voor het vergelijken van de astmatische groep met verschillende klinische groepen is gebruik gemaakt van data uit andere onderzoeken, waarin dezelfde vragenlijsten zijn gebruikt. Helaas zijn niet voor ieder meetinstrument dezelfde klinische groepen beschikbaar. De reden hiervan is dat de data van de klinische groepen uit verschillende onderzoeken afkomstig zijn. We zijn echter van mening dat, gezien het beschikbaar zijn van qua problematiek verschillende soorten klinische groepen per meetinstrument, en het feit dat de meetinstrumenten gestandaardiseerd zijn,

zinnvolle vergelijkingen van de astmagroep en de klinische groepen met de normgroep en ook onderling mogelijk zijn.

### ***Instrumentbeschrijving***

Om enig inzicht te krijgen in de opvoedingsattitudes van de ouders en met name in de mate van overbescherming door de ouders, werd de A-PARI (Amsterdamse versie van de Parental Attitude Research Instrument) afgenomen. Deze vragenlijst, die oorspronkelijk door Schaefer en Bell (1958) ontwikkeld werd, bestaat uit vier subschalen die verschillend aspecten van de opvoedingsattitude van ouders meten. De subschalen zijn: overprotectie (4 items); autocratische houding (5 items); autonomie bevorderende houding (2 items) en zelfbeklag (4 items). Overprotectie omvat zowel intrusie (willen weten wat in het kind omgaat) als het voorkomen van teleurstellingen en moeilijkheden voor het kind. De autocratische houding omvat de strengheid en het gezag ten opzichte van het kind. Autonomiebevordering betreft de bevordering van onafhankelijkheid en zelfstandigheid bij het kind, en zelfbeklag, dat staat voor een impliciete afwijzing van het kind, behelst ergernis en frustratie ten opzichte van het kind en diens opvoeding. De betrouwbaarheidscoëfficiënten zijn 0,67, 0,77, 0,55 en 0,57 voor respectievelijk overprotectie, autocratische houding, autonomiebevorderende houding en zelfbeklag (De Leeuw, 1986). De betrouwbaarheid van de subschalen is, gezien het kleine aantal items per schaal, redelijk. De subschalen tonen geen verband met seks, de leeftijd van de ouders, de burgerlijke staat, het aantal kinderen in het gezin en de leeftijd van de kinderen (De Leeuw, 1986).

Voor het meten van de kwaliteit van de relatie van de ouders werd gekozen voor de IPOV (Interactioneel Probleem Oplossings Vragenlijst; Lange, 1984). Deze vragenlijst meet in hoeverre paren hun onderlinge problemen kunnen oplossen. Dit laatste geeft ook een beeld van de relatie van deze paren; hoe beter men problemen kan oplossen, hoe beter de relatie is. De betrouwbaarheid van de IPOV is hoog (0,90). Op grond van een secundaire analyse bleek ook sprake van zowel een convergerende als discriminerende validiteit (Hageman et al., 1990).

Voor het onderzoek van het gezinsfunctioneren viel de keuze op de Gezinsdimensieschaal (GDS), oorspronkelijk ontwikkeld door Olson (Olson, Sprenkle & Russell, 1979). Deze vragenlijst is voor de Nederlandse situatie bewerkt door Buurmeijer en Hermans (1985 en 1988). De GDS meet het gezinsfunctioneren op de dimensies cohesie, aanpassing en sociale wenselijkheid. Cohesie wordt gedefinieerd als 'de gebondenheid die de gezinsleden ten opzichte van elkaar ervaren'; aanpassingsvermogen als 'het vermogen van een gezinssysteem om de machtsstructuur, de roldefinities en de relatierregels aan te passen bij de verander(en)de interne en externe omstandigheden'. De sociale wenselijkheidsschaal heeft tot doel inzicht te geven in de mate waarin gezinsleden geneigd zijn tot een rooskleurige vertekening van het feitelijk functioneren van het gezin. De betrouwbaarheid van de GDS voor de dimensie cohesie is 0,87, voor aanpassingsvermogen 0,81 en voor sociale wenselijkheid 0,78 (Buurmeijer & Hermans, 1985, 1988).

In volgorde van de hierboven genoemde meetinstrumenten zullen de resultaten worden weergegeven. In verband met de interpretatie van de GDS zal bovendien een aparte paragraaf aan de constructie van deze vragenlijst worden gewijd.

## ***De onderzoeksgroepen***

De astmagroep bestond uit veertig gezinnen met een astmatisch kind. De kinderen waren negen tot vijftien jaar oud. Van de veertig kinderen hadden er twintig een niet beheersbaar en twintig een beheersbaar astma.

De klinische groepen waarbij de A-PARI gebruikt werd zijn ouders van kinderen met kanker, ouders van drugsverslaafden en 'multi-problem'-ouders (dat zijn ouders van gezinnen met een grote verscheidenheid en grote hoeveelheid aan problemen op diverse levensgebieden); de IPOV werd gebruikt bij ouders van drugsverslaafden en de GDS bij ouders van kinderen met gedragsstoornissen, eetstoornissen en psychosen.

## **Resultaten**

### ***Vergelijking van de astmagroep met andere klinische groepen op de A-PARI***

De klinische groepen die op de A-PARI vergeleken worden zijn:

- 1 *Ouders van kinderen met kanker.* Deze groep bestond uit 82 gezinnen, waarvan één kind ten tijde van het onderzoek aan kanker leed. De kinderen werden behandeld in het Emma Kinderziekenhuis in Amsterdam. De ziekteduur bij de kinderen varieerde van vier maanden tot 3,5 jaar; 23 procent van de kinderen had leukemie en 77 procent had uiteenlopende typen tumoren. De prognose was bij 60 procent van de kinderen gunstig en bij 40 procent ongunstig. De leeftijd van de kinderen was vier tot en met zestien jaar. Het aantal moeders was 81 (gemiddelde leeftijd 36 jaar), het aantal vaders 78 (gemiddelde leeftijd 39 jaar). Het onderzoek onder ouders van kinderen met kanker werd verricht door Van Veldhuizen en Last (1988).
- 2 *Ouders met een verslaafd kind.* Deze groep bestond uit 24 ouderparen. Het aan drugs verslaafde kind stond óf op de wachtlijst voor opname in een therapeutische gemeenschap óf was reeds opgenomen. De kinderen (zeventien tot 33 jaar oud) waren langer dan vier jaar verslaafd aan heroïne; achttien gebruikten daarnaast methadon, negentien cocaïne. Zes verslaafden gebruikten bovendien een combinatie van middelen (drugs, alcohol, medicijnen). Alle ouders namen deel aan een oudergroep, die tot doel had hen voor te bereiden op/en effectiever te leren omgaan met mogelijke crises met hun kind na ontslag uit de therapeutische gemeenschap (Polderman, Meijer & Hermanides, 1988). De gemiddelde leeftijd van de moeders was 52 en die van de vaders 56 jaar.
- 3 *De 'multi-problem'-ouders.* Deze groep bestond uit achttien kinderen en vijftien volwassenen. De gemiddelde leeftijd van de moeders (n = 9) was 34 jaar, die van de vaders (n = 6) 36 jaar. De gemiddelde leeftijd van de kinderen was acht jaar. Het jongste kind was één en het oudste zestien jaar. De kinderen en dertien van de vijftien volwassenen waren opgenomen in een instituut voor interne gezinsbehandeling. De overige twee volwassenen waren niet opgenomen, maar wel veelvuldig aanwezig en betrokken bij de behandeling. De problemen van de gezinnen betroffen onder meer de relatie van het echtpaar, financiën, opvoedings- en ontwikkelingsproblemen bij de kinderen, sociale problemen en persoonlijke problemen van de ouders. De kinderen hadden emotionele problemen (zich uitend in depressies, nervositeit, angsten en neurotisch gedrag), gedragsproblemen (met name agressief gedrag), sociale problemen (weinig vriendjes en vriendinnetjes) en ontwikkelingsachterstanden en/of leerproblemen (Zinko et al., 1991). Invulling

van de vragenlijst gebeurde binnen een maand na opname. De resultaten voor de astmagroep en de verschillende klinische groepen op de A-PARI staan vermeld in de tabel 1. Uit tabel 1 blijkt de astmagroep in zijn totaliteit slechts op de factor overprotectie significant van de gestandaardiseerde controlegroep van ouders van gezonde kinderen (normgroep) te verschillen. De drie andere klinische groepen vertonen ook significante verschillen op een aantal andere attitudes. Opvallend zijn de zeer hoge scores van ouders van kinderen met drugsgebruik en 'multi-problem'-ouders op zelfbeklag en impliciete afwijzing. De subgroepen niet beheersbaar en beheersbaar binnen de astmagroep verschilden op geen van de opvoedingsattitudes significant van elkaar. Beschouwing van de percentielscores bevestigt het gevonden beeld.

**Tabel 1 Resultaten op de A-PARI. Gemiddelden (m), standaarddeviaties (sd), aantallen proefpersonen (N), percentielscores en significantieniveaus (p) voor t-toetsen voor verschil in gemiddelden tussen de normgroep van ouders van gezonde kinderen en de ouders uit de vier klinische groepen.**

A-PARI	Normgroep	Ouders van kinderen met:			
		astma	kanker	drugsgebruik	vele problemen
Overprotectie					
m	6,56	7,34 <sup>1</sup>	7,56 <sup>2</sup>	9,19 <sup>3</sup>	8,93 <sup>4</sup>
sd	2,17	2,65	2,99	3,49	3,34
N	418	74	159	48	15
perc.		68	71	89	87
Autocratische houding					
m	11,44	10,77	11,91	13,71 <sup>5</sup>	12,66
sd	3,32	3,48	3,70	3,14	3,69
N	420	74	159	48	15
perc.		43	56	73	64
Autonomie-bevordering					
m	4,21	4,49	4,83 <sup>6</sup>	5,75 <sup>7</sup>	4,93
sd	1,33	1,44	1,44	1,63	1,66
N	420	74	159	48	15
perc.		58	67	86	70
Zelfbeklag					
m	6,91	6,98	7,72 <sup>8</sup>	9,50 <sup>9</sup>	9,86 <sup>10</sup>
sd	2,16	2,34	2,60	2,74	2,38
N	417	74	159	48	15
perc.		55	66	87	90

\* p<<0,05

### **Resultaten van de astmagroep en andere klinische groepen op de IPOV**

Zoals eerder gesteld meet de IPOV het interactioneel probleemoplossend vermogen van de ouders. Hoe beter ouders hun problemen kunnen oplossen, hoe beter de relatie is. De astmagroep wordt op de IPOV vergeleken met de reeds eerder beschreven groepen ouders van drugsverslaafden en 'multi-problem'-ouders. Daarnaast worden ook de subgroepen met een niet beheersbaar en beheersbaar astma in de vergelijking betrokken.

Uit de resultaten (tabel 2



**Tabel 2 Resultaten op de IPOV. Gemiddelden (m), standaarddeviaties (sd), aantallen proefpersonen (N), decielscores en significantie (p) voor t-toetsen voor verschil in gemiddelden tussen de normgroep van ouders van gezonde kinderen, de ouders van astmatische kinderen (totale groep en de subgroepen niet beheersbaar en beheersbaar), de ouders van drugsverslaafde kinderen en 'multi-problem'-ouders.**

IPOV:	moeder	vader	echtpaar
Normgroep			
M	67	67	134
sd	4,3	4,2	6,8
N	600	600	600
Astmagroep			
M	70,34	70,50 *	140,59
sd	9,37	7,46	13,40
N	35	34	34
deciël	6	7	6
Niet beheersbaar			
M	67,47	68,76	136,24
sd	9,21	7,91	13,96
N	17	17	17
deciël	5	6	5
Beheersbaar			
M	73,06 *	72,24	144,94 *
sd	8,93	6,77	11,65
N	18	17	17
deciël	7	7	7
Ouders van drugsverslaafden			
M	61,46 *	66,08	127,54
sd	12,28	9,41	18,88
N	24	24	24
deciël	3	5	4
'multi-problem'-ouders			
M	39,62 *	53,00 *	99,50 *
sd	19,94	21,69	37,15
N	9	6	6
deciël	1	2	1

\*  $p < 0,05$

) blijkt de astmagroep gelijk aan of zelfs hoger dan de gestandaardiseerde controlegroep van paren zonder relationele problemen (normgroep) te scoren op de IPOV. Binnen de astmagroep blijkt de groep ouders van kinderen met een beheersbaar astma het hoogst te scoren. Zowel de vader-, moeder- als paarscores liggen twee decielen hoger dan de scores van de normgroep. De scores van de moeders en de paren zijn significant hoger dan die van de normgroep. De astmagroep scoort ook hoger dan de twee andere klinische groepen. Van deze laatste twee groepen scoren de 'multi-problem'-ouders het laagst. Aangezien een slechte relatie tot de aanmeldingsklachten van deze groep hoort, is dit niet verwonderlijk.

De verwachting, dat in de niet beheersbare groep sprake zal zijn van een geringer probleemoplossend vermogen van de ouders, is juist voor zover de twee subgroepen niet beheersbaar en beheersbaar met elkaar vergeleken worden. Bij vergelijking van

de subgroepen met de normgroep valt echter op dat de beheersbare groep hoger scoort dan de normgroep en de niet beheersbare groep vergelijkbaar met de normgroep. Op grond van deze resultaten kan men slechts concluderen, dat de ouders in de beheersbare groep kennelijk een betere onderlinge relatie hebben.

### ***Resultaten van de astmagroep en andere klinische groepen op de GDS***

*De interpretatie van de Gezins Dimensie Schalen.* De GDS poogt een indruk te geven van de kwaliteit van het gezinsfunctioneren op de aspecten cohesie en adaptatie. De GDS is opgezet als een curvilineaire schaal, dat wil zeggen dat zowel zeer hoge als zeer lage scores opgevat worden als afwijkend. De interpretatie van correlaties van de GDS met andere – lineaire – schalen kan hierdoor problemen opleveren. Omdat dit interpretatieprobleem ook voor de huidige resultaten van belang is, zullen nu eerst de Gezins Dimensie Schalen nader beschouwd worden aan de hand van de kritiek hierop van Janssens & Oud (1990).

In deze kritiek wordt gesteld dat het streven naar ongecorreleerde factoren – met name tussen cohesie en adaptatie – niet nodig lijkt aangezien op inhoudelijke gronden een samenhang tussen cohesie en adaptatie verwacht mag worden. Gezinnen, waarvan de leden zeggen positief op elkaar betrokken te zijn, zullen immers een zekere neiging hebben dit positief ervaren evenwicht te handhaven. Dit kritiekpunt wordt bevestigd door de bevinding van Buurmeijer en Hermans (1988) dat adaptatie en cohesie een negatieve samenhang vertonen ( $r = -0,47$ ).

Het tweede kritiekpunt is dat het curvilineaire karakter van de schalen aanvechtbaar is gezien de formulering van de items. Van de items op de schaal adaptatie (aanpassing) zijn 12 van de 13 zo geformuleerd, dat bevestiging ervan wijst op een chaotisch gezin (bijvoorbeeld 'Het is bij ons thuis onduidelijk wat je taken zijn'). Een ontkenning hoeft echter niet te betekenen, dat sprake is van het tegendeel, namelijk statische adaptatie ofwel de neiging tot een rigide aanpassing. Van de 23 cohesie-items zijn er vijftien negatief geformuleerd (bijvoorbeeld 'In ons gezin houden we onze gevoelens voor ons'). Bevestiging ervan kan wellicht wijzen op een los-zandgezin, maar ook hier hoeft ontkenning niet direct te wijzen op een 'kluwen'-gezin. Op grond van deze kritiek van Janssens en Oud kan gesteld worden dat hoge scores op de adaptatiedimensie – gezien de formulering van de items – wijzen op een chaotisch gezin; lage scores daarentegen hoeven geenszins te wijzen op rigiditeit oftewel een negatief aspect van het gezinsfunctioneren. Voor de cohesiedimensie geldt zo dat terwijl lage scores kunnen wijzen op een los-zandgezin, hoge scores (kluwen) niet hoeven te wijzen op een negatief gezinsfunctioneren. Het feit dat cohesie en adaptatie negatief met elkaar samenhangen is in overeenstemming met deze redenering. Voor beide dimensies kan dan slechts één pool als negatief worden beschouwd. Wanneer dit zo is kan er niet langer worden uitgegaan van een curvilineaire aanname. In overeenstemming met deze conclusie zijn ook de onderzoeksresultaten van Prange et al. (1992) .

Ondersteuning voor bovenstaande redenering wordt verder ook gevonden in een onderzoek van Hageman et al. (1990). Met behulp van Pearsoncorrelaties zijn daarin onder meer de verbanden tussen de IPOV-scores van de ouders van het kind met astma en de GDS nagegaan. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de data van de astmagroep uit het eerste onderzoek. Bij de correlaties vielen de negatieve correlaties op tussen de

aanpassing van de vader en zijn IPOV-score (-0,60) en de aanpassing van de moeder en haar IPOV-score (-0,39): hoe chaotischer het gezin gevonden werd, des te lager het gerapporteerde probleemoplossend vermogen. De door de vader en moeder in het gezin ervaren cohesie bleek positief samen te hangen met het probleemoplossend vermogen van de ouders (0,38 en 0,32). Eveneens gold een positieve correlatie voor de geneigdheid om zich sociaal wenselijk op te stellen van de vader en zijn probleemoplossend vermogen (0,38) en de sociale wenselijkheid van het kind met astma en het onderling probleemoplossend vermogen van het ouderpaar (0,42). In een replicatieonderzoek (Meijer, in druk) zijn deze verbanden bevestigd.

### ***Vergelijking van de astmagroep met andere klinische groepen op de GDS***

De data voor de vergelijking van de astmagroep met andere klinische groepen op de GDS ontlene wij aan Buurmeijer en Hermans (1988). Zij zijn in hun onderzoek nagegaan of er sprake is van een relatie tussen het optreden van individuele stoornissen en het gezinsfunctioneren. Zij vergeleken de scores van vier groepen gezinnen, waarvan één kind een bepaald soort stoornis vertoonde (gedragsstoornis, eetstoornis, psychotische stoornis en astma) met een controlegroep zonder stoornis. De gezinnen met een kind met gedragsstoornis (36 in totaal) waren alle door (gezins)voogdij-instellingen aangemeld voor behandeling. De reden hiervoor was dat ouders en kind op een zo problematische wijze met elkaar omgingen dat uithuisplaatsing van het kind werd overwogen. De groep gezinnen waarvan een kind aan een eetstoornis leed bestond uit 39 gezinnen. Uit deze groep leden 23 patiënten aan anorexia nervosa en zestien patiënten aan boulimia nervosa. De onderzoeksgroep met een psychotisch kind bestond uit negentien gezinnen. De psychotische kinderen waren opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. De astmagroep is de door ons onderzochte groep (Meijer, 1987).

De vergelijking van de verschillende groepen met betrekking tot het gezinsfunctioneren gebeurt aan de hand van het door Buurmeijer en Hermans (1988) gehanteerde model voor gezinsfunctioneren. Zij ontlene dit model aan Olson (1986, p. 339). In navolging van Olson plaatsen Buurmeijer en Hermans (1988) de twee dimensies cohesie en aanpassing haaks op elkaar. Er ontstaat dan gezien de vier niveaus waarop ieder van de dimensies is onderverdeeld een model met zestien typen van gezinsfunctioneren. Deze zestien typen worden samengebracht in drie meer algemene typen, te weten functioneel, onevenwichtig en dysfunctioneel. Gezinnen, die onder te brengen zijn in de vier middelste gebieden van het model worden als functioneel beschouwd. Gezinnen die verder van dit optimum verwijderd zijn, worden gezien als onevenwichtig of dysfunctioneel (de vier hoekpunten). Figuur 1

De waarde van het 'psychosomatisch gezinsmodel' bij gezinnen waarin een kind aan astma lijdt

		ontspanning			
		sticht	gevoel	taal	erfgoed
gezin	gezin				
	gevoel				
	taal				
	erfgoed				

Figuur 1 Model voor gezinsfunctioneren (Naar Olson, 1986).

is een illustratie hiervan. Figuur 2

		ontspanning			
		stabil	geenk	hoog	extrem
controle groep	totale	0,2	4,9	0,8	0,8
	normaal	4,7	10,8	14,7	0,8
	afwijkend	0,6	14,3	10,6	3,9
	abnormaal	3,9	7,8	0,6	0,6

Figuur 2 Plaats van alle gezinsleden (in percentage) uit de controlegroep in het model voor gezinsfunctioneren (n=631). Bron: Buurmeijer en Hermans, 1988.

geeft in percentages een beeld van de plaats van alle gezinsleden uit de controlegroep in het model voor gezinsfunctioneren (Buurmeijer & Hermans, 1988, p. 207). Op dezelfde wijze zijn de percentages voor de gezinsleden uit de verschillende klinische groepen berekend. Als consequentie van de voorafgaande bespreking inzake de GDS wordt nu nagegaan in hoeverre de 'los zand-chaotische aanpassing' inderdaad als dysfunctioneel gezien kan worden. Deze combinatie komt het meest extreem tot uiting in de rechter bovenhoek van het model. De percentages voor de verschillende groepen staan in tabel 3

**Tabel 3** Percentages voor los zand–chaotische aanpassing en kluwen–statische aanpassing op de GDS voor de normgroep, gedragsstoornisgroep, eetstoornisgroep, psychogroep en astmagroep. Bron: Buurmeijer en Hermans (1988).

groepen	los zand–chaotisch in %	kluwen–statisch in %
controlegroep	5,5	3,6
gedragsstoornisgroep	28,4	2,1
eetstoornisgroep	8,9	5,4
psychogroep	25,4	1,6
astmagroep	4,9	8,3

. Ter vergelijking worden bovendien de percentages voor de 'kluwen–statische' aanpassing vermeld.

De percentages in tabel 3 tonen aan dat de astmagroep op de 'los zand–chaotische' aanpassing vergelijkbaar is met de gestandaardiseerde controlegroep (normgroep) en een lager percentage heeft dan de andere klinische groepen. Van de gedragsstoornissen- en psychogroep heeft een kwart (!) van de gezinsleden op het type 'los zand–chaotisch' gezinsfunctioneren gescoord. Bij de eetstoornisgroep is dit bijna 9 procent. Op grond van deze data kan worden geconcludeerd dat de 'los zand–chaotische' aanpassing percentagegewijs het meest voorkomt binnen de groepen met de ernstige stoornissen en als zodanig gezien kan worden als teken van een dysfunctioneel gezinsfunctioneren. Ook Prange et al. (1992) vonden vergelijkbare resultaten in een onderzoek bij gezinnen met adolescenten met ernstige emotionele problemen.

Vergelijking van de verschillende groepen op het type 'kluwen–statisch' gezinsfunctioneren geeft hogere percentages te zien voor de twee psychosomatische groepen, te weten de astmagroep (8,3%) en de groep met eetstoornissen (5,4%). De andere groepen hebben allen lagere percentages. De verwachting afgeleid uit het psychosomatisch model van Minuchin (1978) dat de astmagroep hoog zou scoren op cohesie en laag op de dimensie aanpassing (statische pool) wordt door deze bevinding bevestigd. De astmagroep heeft inderdaad een hoger percentage voor het 'kluwen–statische' gezinsfunctioneren dan de controlegroep (normgroep) en ook hoger dan de andere klinische groepen. Slechts de groep met eetstoornissen is op dit punt vergelijkbaar met de astmagroep.

De twee subgroepen niet beheersbaar en beheersbaar binnen de astmagroep blijken onderling ook te verschillen op de Gezinsdimensieschaal. In tegenstelling tot de verwachting blijken de astmatische kinderen met een beheersbaar astma hoger te scoren op cohesie (éénwegvariantieanalyse  $F(1,38)=10,49; p \gg 0,0025$ ). De moeders van deze kinderen scoren eveneens hoger op cohesie, zij het niet significant hoger  $F(1,27)=2,90; p \gg 0,10$ . Op adaptatie scoren de moeders in deze groep lager  $F(1,37)=7,37; p=0,010$ , dat wil zeggen dat zij een meer gestructureerde (rigide) aanpassing hebben.

## Conclusies

Terugkomend op de vraagstellingen van het onderzoek kan worden geconcludeerd dat de resultaten de verwachtingen op basis van het psychosomatische gezinsmodel bevestigen, in die zin dat bij de astmagroep een grotere mate van overbescherming,

“overbetrokkenheid” van gezinsleden en een gestructureerder aanpassing werd gevonden in vergelijking met de verschillende normgroepen. De analyse van de Gezinsdimensieschaal toont echter aan dat deze “overbetrokkenheid” en “rigiditeit” positief geïnterpreteerd moeten worden.

In overeenstemming hiermee is de bevinding dat de subgroep met kinderen met een beheersbaar astma een grotere overbetrokkenheid en een gestructureerder aanpassing vertoont dan de subgroep met een niet beheersbaar astma. Het probleemoplossend vermogen van de ouders in de subgroep met een beheersbaar astma blijkt bovendien significant groter dan dat van de groep met niet beheersbaar astma en dat van de normgroep. Deze resultaten leiden tot de volgende conclusies.

Ten eerste dat een sterke onderlinge betrokkenheid van gezinsleden en een gestructureerde aanpassing als positief gezien moeten worden. Voor gezinnen met een chronisch ziek kind ligt dit eigenlijk ook voor de hand. Zij zullen immers in het algemeen gebaat zijn bij een sterke cohesie (ten behoeve van onderlinge steun) en een meer statische aanpassing (ten behoeve van de structuur en regelmaat in verband met de ziekte van het kind).

Ten tweede dat een causaal verband tussen de gezinskenmerken cohesie en rigiditeit en (psychosomatische) astmatische klachten bij kinderen onwaarschijnlijk lijkt. Was dit namelijk wel het geval dan zou de niet beheersbare groep in plaats van de beheersbare groep een grotere overbetrokkenheid en rigiditeit vertoond moeten hebben.

Ten derde er geen aanwijzingen zijn dat het astmatische kind een functie heeft voor de gezinshomeostase. Aangezien deze functie volgens Minuchin et al. (1978) zou bestaan uit het afleiden van conflicten in het gezin en met name van conflicten tussen de ouders, zou een gering interactioneel probleemoplossend vermogen bij de ouders gevonden moeten zijn. Het tegendeel hiervan is, zoals blijkt, het geval.

Wat betreft het psychosomatisch gezinsmodel kan worden gesteld dat de aannames met betrekking tot causaliteit en de functie van een ziek kind voor de gezinshomeostase verworpen dienen te worden. De gehanteerde begrippen blijken echter wel relevant voor onderzoek bij gezinnen met zieke kinderen of kinderen met anderssoortige problemen. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat de begrippen ‘overbetrokkenheid’ en ‘rigiditeit’ nauwkeuriger geoperationaliseerd dienen te worden. Gezien het opvallend veel voorkomen van een ‘los zand–chaotisch’ gezinsfunctioneren bij probleemgezinnen zou verder onderzoek hiernaar interessant zijn.

Voor de klinische praktijk lijkt het zinvol indien gezinstherapeuten voorzichtigheid in acht nemen bij interventies gericht op het veranderen van ‘overbetrokken’ en ‘rigide’ gezinssystemen. Ten slotte: term ‘overbetrokken’ zou op grond van dit onderzoek wel vervangen kunnen worden door ‘betrokken’ of ‘sterk in elkaar geïnteresseerd’.

---

### **Abstract**

The value of the ‘psychosomatogenic family model’ for families with an asthmatic child. *This study, based on the psychosomatogenic family model, investigated whether families with an asthmatic child are different from control groups and other, clinical groups. For this*

*purpose the parental rearing attitudes, the relationship of the parents and the family character-istics enmeshment and rigidity are measured. The results indicate that the 40 families with an asthmatic child only differed from the control groups by a higher overprotectiveness of the parents. Compared with the clinical groups they were different in a positive sense. Proportionally the family members from the asthmatic families scored higher on the family characteristics enmeshment en rigidity. However, when the asthmatic group is divided into 20 families with a child with an intractable asthma and 20 families where the asthma of the child was under control, the last families proved to be significantly more enmeshed and rigid. These last families also showed a higher interactional problemsolving ability of the parents. These findings lead to the conclusion that the family characteristics enmeshment and rigidity may have a positive value for the welfare of a (chronically) ill child. The results are in opposition with the function of psychosomatic symptoms as homeostatic mechanisms for regulating family transactions.*

## Noten

- 1 p<0,05
- 2 p<0,001
- 3 p<0,001
- 4 p<0,05
- 5 p<0,001
- 6 p<0,001
- 7 p<0,001
- 8 p<0,001
- 9 p<0,0001
- 10 p<0,0001

## Referenties

- Baron, C., Lamarre, A., Veilleux, P., Ducharme, G., Spier, S. & Lapierre, J.-G. (1986). Psychomaintenance of childhood asthma: A study of 34 children. *Journal of Asthma*, 23, 67-79.
- Baron, C., Veilleux, P. & Lamarre, A. (1992). The family of the asthmatic child. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 12-16.
- Buurmeijer, F. A. & Hermans, P. C. (1985). De gezinsdimensieschalen als hulpmiddel bij gezinsdiagnostiek. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 11, 336-346.
- Buurmeijer, F. A. & Hermans, P. C. (1988). *Gezinsfunctioneren en individuele stoornissen. Een vergelijkend onderzoek naar het functioneren van gezinnen met en gezinnen zonder manifeste stoornissen bij een van de gezinsleden*. Academisch Proefschrift. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Coyne, J.C. & Anderson, B.J. (1988). The 'Psychomatic Family' reconsidered: diabetes in context. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 113-123.
- Gustafsson, P. A., Kjellman, N. I. & Cederblad, M. (1986). Family Therapy in the treatment of severe childhood asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 30, 369-374.
- Gustafsson, P. A., Kjellman, N. I., Ludvigsson, J. & Cederblad, M. (1987). Asthma and family interaction. *Archives of Disease in Childhood*, 62, 258-263.
- Hageman, P., Lange, A. van Dyck, R., Hoogduin, K. & Meijer, A. M. (1990). Het voorspellend vermogen van de Interactionele Probleem Oplossings Vragenlijst; Een onderzoek bij agorafobici, dwangneurotici, ouders van astmapatiënten en drugsverslaafden. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en haar Grensgebieden*, 45, 335-344.
- Janssens, J. M. A. M. & Oud, J. H. L. (1990). Boekbespreking. *Gezin*, 2, 52-56.
- Kog, E., Vandereyken, W. & Vertommen, H. (1984). Het psychomatisch gezinsmodel. *Kind en Adolescent*, 5, 68-77.



- Kinsman, R. A., Dirks, J. F. & Jones, N. F. (1982). Psychomaintenance of chronic physical illness: clinical assessment of personal styles affecting medical management. In: T. Milton, C. Green & R. Maugher (red.). *Handbook of clinical health psychology*. New York: Plenum.
- Lange, A. (1983). *Interactionele Probleem Oplossings Vragenlijst (IPOV)*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Leeuw, E. D. de (1986). *Normering van de Amsterdamse versie van de Parental Attitude Research Instrument (A-PARI)*. Intern Rapport Onder-zoeksprogramma Opvoedingsdoelen en Opvoedingssituaties, Faculteit der Pedagogische en Onderwijskundige Wetenschappen, Universiteit van Amsterdam.
- Liebman, R., Minuchin, S. & Baker, L. (1974). The use of structural family therapy in the treatment of intractable asthma. *American Journal of Psychiatry*, 135, 535-540.
- Meijer, A. M. (1987). Gezinsinvloeden bij astma, *Directieve therapie*, 7, 124-140.
- Meijer, A. M. (in druk). *Gezinsinvloeden bij astma. Over factoren, die een beheersbaar van een niet beheersbaar astma onderscheiden*. Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L. & Todd, T. (1975). A conceptual model of Psychosomatic Illness in children. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1031-1038.
- Minuchin, S., Rosman, B. L. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families*. Cambridge: Harvard University Press.
- Olson, D. H., Sprenkle, D. & Russell, C. S. (1979). Circumplex Model of Marital and Family Systems I: Cohesion and Adaptability Dimension, Family Types and Clinical Applications. *Family Process*, 18, 3-25.
- Olson, D. H. (1986). Circumplex model VII: Validation studies and FACES III. *Family Process*, 25, 337-351.
- Onnis, L., Tortolani, D. & Cancrini, L. (1986). Systemic Research on Chronicity Factors in Infantile Asthma. *Family Process*, 25, 107-122.
- Polderman, N., Meijer, A. M. & Hermanides, R. (1988). Ouders van drugsverslaafden. *Directieve therapie*, 8, 239-253.
- Prange, M. E., Greenbaum, P. E., Silver, S. E., Friedman, R. M., Kutash, K. & Duchnowski, A. J. (1992). Family functioning and psychopathology among adolescents with severe emotional disturbances. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 83-102.
- Schaefer, E. S. & Bell, R. Q. (1958). Development of a Parental Attitude Research Instrument. *Child Development*, 29, 334-361.
- Veldhuizen, A. M. H. van & Last, B. F. (1988). *Communicatie met het kind met kanker. De wet van de dubbele bescherming*. Academisch Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
- Zinko, T., Meijer, A. M. & Oppenoorth, W. H. (1991). Een onderzoek bij multiprobleemgezinnen. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 7, 353-366.