

De steun van lotgenoten en therapeuten tijdens psychosociale rehabilitatie

Piet Bracke¹

Summary

Peer support and support from staff during psychosocial rehabilitation

One of the goals of psychosocial rehabilitation is the improvement of the well-being of people with psychiatric complaints through the development of social skills needed for independent living. The creation of a supportive environment is one way to nurture the growth of social competence of vulnerable persons. Using information gathered in a day care psychosocial rehabilitation center (N at intake = 155; N at follow-up = 111), the contribution of support from peers and support from staff was used to predict well-being at the end of the program and at follow-up. Well-being was measured using a global self-esteem scale. Both at the end of the program and at follow-up, the well-being of the clients was significantly and substantially enhanced. Further results indicate that perceived support from peers predicts well being at the end of the program, but not at follow-up. No direct effects of perceived support from staff were found. The implications of the findings for psychosocial intervention are discussed.

1. Inleiding²

Psychosociale of psychiatrische revalidatie heeft de maatschappelijke integratie van personen met een psychische handicap op het oog (Anthony, Cohen & Farkas, 1990; Pickett, Cook & Razzano, 1999; Wilken & den Hollander, 1999). De opbouw van een sociaal netwerk dat vrij is van aanslepende conflicten en waarop men kan terugvallen wanneer het wat moeilijker gaat, is daarvan een niet onbelangrijk aspect. Tijdens een revalidatieprogramma wordt op velerlei manieren naar deze doelstelling toegewerkt. Mensen leren met hun problemen omgaan en scherpen hun sociale vaardigheden aan. Bovendien ontmoeten mensen in psychische revalidatie lotgenoten in wie ze een gelijke vinden en met wie ze hun problemen kunnen delen. In psychosociale revalidatieprogramma's is men zich bewust van de dynamiek die uitgaat van dit informeel groepsgebeuren en tracht men erin hefboomen te vinden om de weerbaarheid en levenskwaliteit van de cliënten te verbeteren. De uitbouw van sociale netwerken tussen lotgenoten wordt als een onderdeel van het ontvoogdingsproces beschouwd en sterk aangemoedigd.

Recent onderzoek wijst op de effectiviteit van deze rehabilitatieprogramma's (Barton, 1999) voor het verhogen van het welbevinden. Onduidelijk is evenwel met welke aspecten van de hulpverlening deze gunstige effecten verbonden zijn. Bovendien gaat weinig aandacht uit naar de factoren die een domper kunnen zetten op het welslagen van een psychosociale revalidatie. De negatieve gevolgen van therapeutisch ingrijpen worden doorgaans onderbelicht, wat begrijpelijk is gezien de competitie tussen de verschillende benaderingen in de psychische hulpverlening. Toch is het niet onbelangrijk naar deze factoren op zoek te gaan en ze bespreekbaar te maken, teneinde de kwaliteit van de dienstverlening te verhogen.

In wat volgt worden enkele hypothesen over de positieve en negatieve gevolgen van psychosociale revalidatie opgesomd. Alle aandacht gaat uit naar de kwaliteit van de relaties tussen de cliënten en de kwaliteit van hun relaties met de staf van het rehabilitatiecentrum. Het vertrekpunt is de vaststelling dat iemands welbevinden afhangt van de structuur – sociale integratie – en de functies – de afwezigheid van slepende interpersoonlijke conflicten en de aanwezigheid van ondersteunende relaties – van haar of zijn sociale netwerken. In een dagcentrum voor psychosociale rehabilitatie behoren de stafleden en de andere cliënten tot de kern van deze sociale netwerken. Beiden kunnen zowel een positieve als een nefaste invloed op het herstel van het psychisch welbevinden uitoefenen.

In deze bijdrage vraag ik me concreet af of de vorming van netwerken van steun tussen lotgenoten een rol van betekenis speelt in het herstelproces, boven op de invloed die uitgaat van de ervaring van steun door professionele hulpverleners? Verder ga ik na of de ervaring van conflicten met stafleden en met andere cliënten het herstelproces beïnvloedt. De gegevens waarop de statistische analyses gebaseerd zijn, komen uit een longitudinaal onderzoek bij 155 cliënten van een psychosociaal rehabilitatiecentrum. Welbevinden werd bepaald bij intake, op regelmatige tijdstippen gedurende de dagbehandeling en zes tot negen maanden nadien met behulp van een indicator van algemene zelfwaardering (Rosenberg, 1965).

2. Sociale integratie, sociale steun, interpersoonlijke conflicten en welbevinden

Bij de studie van de invloed van sociale contacten op het welbevinden wordt doorgaans onderscheid gemaakt tussen de structuur en de functies van (netwerken van) sociale relaties (House, Umberson & Landis, 1988). Onder structuur verstaat men de sociale integratie en de netwerkstructuur. Sociale integratie heeft betrekking op de frequentie van contacten met anderen of de omvang van het sociale netwerk. Personen die sociaal geïsoleerd zijn, vertonen een minder goede mentale gezondheid. De andere structurele kenmerken zijn karakteristieken van netwerken van sociale relaties. Deze karakteristieken, zoals de densiteit en de complexiteit van de sociale netwerken, vertonen een minder eenduidig verband met welbevinden (Lin & Peek, 1999). Ze worden hier buiten beschouwing gelaten.

Met de functies van sociale relaties verwijst men naar hun inhoud (House e.a., 1988). Sociale relaties fungeren als een bron van instrumentele en emotionele ondersteuning, van ontspanning en van conflict. De lijst van studies die wijzen op de helende kracht van sociale onder-

steuning is lang (Turner, 1999). Ondersteunende relaties helpen bij het omgaan met stresserende situaties en gaan de ontwikkeling van psychische klachten in situaties van spanning tegen. Hun aanwezigheid stimuleert de vorming van een positief zelfbeeld omdat ze een bron van waardering vormen. In steunrelaties worden bovendien ervaringen gedeeld waardoor mensen het gevoel krijgen niet alleen te staan met hun problemen. Sociale steun is vooral doeltreffend wanneer ze plaatsgrijpt in een relatie gekenmerkt door gelijkwaardigheid en wederkerigheid.

Sociale contacten ondermijnen het welbevinden wanneer ze bron van conflicten zijn. Vele conflicten maken deel uit van de normale omgang tussen mensen en hebben doorgaans geen blijvende gevolgen. Slepende conflicten – conflicten die niet opgelost geraken – vormen echter een belangrijke bron van stress (Thoits, 1995; Turner & Avison, 1992). Interpersoonlijke conflicten liggen vaak aan de basis van ernstige psychische problemen. Er heeft zich hierover een uitgebreide literatuur ontwikkeld gaande van onderzoek naar de nefaste gevolgen van interpersoonlijke conflicten voor de mentale gezondheid (Corrigan, 1998; Dickerson & Corrigan, 1998; Thoits, 1995) tot studies over de invloed van emotionele expressiviteit op het verloop van schizofrenie (Davidson, Chinman, Kloos, Weingarten, Stayner, Tebes & Corrigan, 1999).

3. Therapeuten en lotgenoten als bronnen van steun

Steun en conflict kenmerken alle interpersoonlijke relaties. De cliënten van rehabilitatiecentra ervaren ze zowel in hun contacten met elkaar, als in hun contacten met de professionele hulpverleners.

3.1 De helende invloed van therapeutische relaties

Over de effectiviteit van psychotherapie bestaat nog weinig twijfel. Onderzoek toont aan dat de meeste psychotherapeutische interventies doeltreffend zijn (Kopta, Lueger, Saunders & Howard, 1999). Welke types van behandelingen het meest succesvol zijn, is moeilijker aantoonbaar. Een van de redenen is dat succes doorgaans aan heel algemene kenmerken van deze therapeutische relaties te wijten is (Horvath, 2000; Kopta e.a., 1999). De meerderheid van de interventies zijn doeltreffend omdat ze gebaseerd zijn op enkele universele, sociaal-psychologische principes of in enkele basisbeginselen van het intermenselijk contact gegrondvest zijn. Een opsomming van alle algemene, helende kenmerken van therapeutische relaties zou ons te ver leiden. In de context van de huidige probleemstelling volstaat het te wijzen op de vaststelling dat in elke opsomming de aanwezigheid van een ondersteunende houding bij de therapeut een centrale plaats inneemt. Lambert, Shapiro et al. (1986) noemen het geven van aandacht en warmte, het tonen van begrip en het bemoedigen als voorname ingrediënten. Het lenen van een luisterend oor en de hulp bij het ontwikkelen van inzicht in de eigen problematiek worden door de cliënten extra gewaardeerd. Analoge kwaliteiten worden aangehaald door Beutler, Crago en Arizmendi (1986) en door Orlinsky en Howard (1986). Het leidt weinig twijfel: een warme en steunende vertrouwensrelatie tussen therapeut en cliënt heeft een sterk helende kracht.

3.2 Lotgenoten als effectieve bronnen van steun

Therapeutische relaties ontwikkelen zich niet in het luchtledige. Ze maken deel uit van ruimere programma's, aangeboden door organisaties waar cliënten niet enkel met professionele hulpverleners, maar ook met andere cliënten in contact komen. Mensen blijken de steun van lotgenoten of personen met gelijksoortige levensproblemen bijzonder te waarderen (van den Borne, 1997; Rosenfield & Wenzel, 1997). Meer algemeen geldt dat sociale steun van iemand in een gelijkaardige situatie het meest doeltreffend is (Thoits, 1995). Verschillende factoren dragen daartoe bij. In de eerste plaats vinden de cliënten bij elkaar iemand die werkelijk in staat is zich in hun situatie in te leven. Daarin verschillen ze van therapeutische relaties: professionele barrières weerhouden therapeuten van het delen van hun emoties en persoonlijke problemen met hun cliënten (Wilson, Flanagan & Rynders, 1999). De emotionele ondersteuning tussen cliënten is bovendien wederkerig (Wilson e.a., 1999). Immers, in tegenstelling tot therapeutische relaties zijn de relaties tussen cliënten, in principe, gelijkwaardig en wederzijds. Lotgenoten delen ervaringen, wat de ontwikkeling van egalitaire relaties en wederzijdse positieve gevoelens in de hand werkt. Zo vinden Roberts, Salem, Rappaport, Toro, Luke en Seidman (1999) dat, voor het welbevinden, het geven van sociale ondersteuning aan lotgenoten minstens even belangrijk is als het ontvangen van steun. In een therapeutische relatie is deze wederzijdse afhankelijkheid afwezig. Zoals bij relaties tussen vrienden zijn relaties tussen lotgenoten daarenboven op vrije keuze gebaseerd, zonder inperking van autonomie en onafhankelijkheid (Dean, Kolody & Wood, 1990). Bovendien wordt van lotgenoten niet verwacht dat ze elkaar steunen, terwijl van therapeuten hulp en steun verwacht wordt. Therapeuten, tenslotte, worden betaald om te helpen. Meer algemeen geldt dat sociale steun minder effectief is wanneer ze komt van iemand van wie men onder normale omstandigheden steun verwacht of wanneer het geven van steun als een verplichting wordt ervaren, zoals van familieleden (Dean e.a., 1990; Thoits, 1995). Wordt steun verwacht, dan is de impact van steun op het welbevinden gering, maar wordt de afwezigheid van steun als een bron van stress ervaren.

Onduidelijk is welke steun voor de cliënten het meest relevant is, de steun van hulpverleners of de steun van lotgenoten. Beide bronnen van steun vullen elkaar aan en kunnen elkaar versterken. Zo zijn professionele hulpverleners met aandacht voor problemen van rehabilitatie en ontvoogding zich bewust van de helende invloeden van ondersteunende contacten tussen lotgenoten. Ze begeleiden de ontwikkeling van deze banden (Anthony e.a., 1990; Pickett e.a., 1999; Wilken & den Hollander, 1999) of kunnen fungeren als rolmodellen (Levin & Brekke, 1993).

4. De nefaste gevolgen van betrokkenheid op therapeuten en lotgenoten

Vaak wordt gesteld dat de doeltreffendheid van een therapie functie is van de mate waarin therapeut en cliënt erin slagen een therapeutische alliantie te creëren. Dit is een werkrelatie gekenmerkt door een hoge betrokkenheid en een sterke bereidheid tot samenwerking wat betreft de centrale doelstellingen van de therapie, bij zowel de therapeut als de cliënt (Horvath, 2000;

Kopta e.a., 1999). De aanwezigheid van een alliantie tussen cliënt en therapeut is een van de beste predictoren van therapeutisch succes (Horvath, 2000; Kopta e.a., 1999). Toch valt te betwijfelen of deze sterke betrokkenheid voor het welbevinden van de cliënten onverdeeld positief is. Therapeut en cliënt vinden elkaar immers pas als deze laatste bereid is zichzelf te beschouwen als iemand met een behoefte aan professionele hulp. Deze zelfdefinitie vormt een voorwaarde voor het aangaan van een therapeutische relatie (Broman, Hoffman & Hamilton, 1994) en is niet zonder gevolgen voor de mentale gezondheid van de cliënt op de lange termijn. In de eerste plaats gaat het zoeken en het ontvangen van hulp vaak samen met gevoelens van minderwaardigheid en falen (Broman e.a., 1994). Men komt namelijk tot het besef dat men niet in staat is zijn problemen zelf op te lossen. Bovendien kunnen systematische contacten met hulpverleners tot afhankelijkheid van de therapeutische relatie en een daling in zelfwaardering leiden (Goering, Durbin, Foster, Boyles, Babiak & Lancee, 1992). Hulpverleners zijn zich doorgaans bewust van dit gevaar en stimuleren de cliënt om te gepast tijd zich te onthechten van de therapeutische relatie en zich te richten op anderen (Eurelings-Bontekoe & Verschuur, 1994). Vraag is of deze afhankelijkheid niet onlosmakelijk deel uitmaakt van de therapeutische relatie en of vanuit deze relatie zelf daaraan iets te verhelpen is (Solas, 1996). Ten slotte kan contact met hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg leiden tot stigmatisering. Deze stigmatisering heeft niet zozeer betrekking op openlijke handelingen van discriminatie, maar op meer subtiele processen van zelflabeling (Link & Phelan, 1999). De negatieve connotaties verbonden met psychisch ziek zijn worden geactiveerd bij mensen die psychiatrische hulp zoeken en zichzelf definiëren als psychisch gestoord. Stigma's leiden via processen van zelfdefiniëring als psychiatrisch zieke tot sociale isolatie (Link, Struening, Cullen, Shrout & Dohrenwend, 1989), tot een verminderde levenstevredenheid en tot een lagere zelfwaardering (Rosenfield & Wenzel, 1997), zelfs wanneer handelingen van openlijke discriminatie afwezig zijn.

Ook aan de positieve gevolgen van contacten met lotgenoten zijn er grenzen. Omdat de steun van lotgenoten op het principe van de wederkerigheid gebaseerd is, ontvangen ze niet alleen steun, ze moeten evenzeer als bron van steun fungeren. Dit kan een zware opgave zijn die na verloop van tijd verwordt tot een bron van spanning. In dit verband kan gewezen worden op de begrippen 'care givers burden' en 'cost of caring' (England & Folbre, 1999; Kessler, McLeod & Wethington, 1985; Ross, 1989). Beide begrippen worden doorgaans aangewend om de gevolgen van het verrichten van teveel zorgtaken door hulpverleners of door familieleden van hulpbehoevende personen te beschrijven. Ze zijn toepasbaar op iedereen die frequent als bron van steun fungeert. Zeker voor iemand die zelf onder problemen gebukt gaat, kan het verlenen van hulp een zware belasting betekenen. De netwerken van personen met psychische problemen zijn bovendien vaak met conflicten beladen (Goering e.a., 1992). Waar mensen samen zijn, komen conflicten voor. Groepen trachten deze conflicten te beheersen en in te perken. Dit vereist sociale vaardigheden die personen met psychische problemen onvoldoende beheersen. Trainingen in de ontwikkeling van sociale vaardigheden maken daarom onlosmakelijk deel uit van psychiatrische rehabilitatie (Anthony e.a., 1990). Een sterke betrokkenheid op lotgenoten kan ook leiden tot sociale isolatie. Mensen met psychische problemen voelen zich door lotgenoten begrepen en aanvaard, terwijl ze dit begrip en deze aanvaarding bij anderen vaak niet terug-

vinden (Rosenfield et al., 1997). Daardoor neemt de motivatie om enkel in de contacten met lotgenoten te investeren verder toe. Probleem is dat dit proces van insluiting het onderscheid tussen psychisch zieken en anderen helpt bestendigen.

De herhaalde contacten met professionele hulpverlening, samen met de neiging tot sociale isolatie, maken dat de netwerken van mensen met psychische problemen vooral relaties met professionele hulpverleners, met familieleden en met lotgenoten omvatten, vaak ten koste van contacten met collega's op het werk of met vrienden andere dan lotgenoten. Weinberg en Marlowe (1983) benadrukken dat voor de ontwikkeling van wederzijds verrijkende relaties mensen met psychische problemen zo veel mogelijk toegang moeten hebben tot anderen in een gezonde omgeving.

In wat volgt wordt nagegaan in hoeverre deze positieve en negatieve gevolgen terug te vinden zijn bij de cliënten van het dagcentrum. Omdat de benadering van dit centrum deze van de psychosociale rehabilitatie is, kan verwacht worden dat vooral de positieve gevolgen uitdrukkelijk aanwezig zijn. Psychosociale of psychiatrische rehabilitatie is expliciet gericht op het verhogen van het welbevinden, de levenskwaliteit en de maatschappelijke integratie van personen met psychische problemen (Anthony e.a., 1990; Pickett e.a., 1999; Wilken & den Hollander, 1999). Ontvoogding ('empowerment') vormt de kern van de rehabilitatiegedachte en houdt een expliciete aandacht voor bovengenoemde nefaste gevolgen van een te sterke betrokkenheid op therapeuten in. Een essentieel onderdeel van deze benadering is de actieve deelname van de cliënten aan hun eigen herstelproces. Dit herstel houdt de verwerving van de sociale vaardigheden in die nodig zijn om met een psychische handicap in de gemeenschap te kunnen leven. Ook de uitbouw van sociale netwerken tussen lotgenoten wordt als een onderdeel van het ontvoogdingsproces beschouwd en sterk aangemoedigd.

Samenvattend en als voorbereiding op het verslag van het empirische gedeelte van deze studie, stel ik dat, indien de gunstige gevolgen van psychiatrische rehabilitatie overheersen, (a) de zelfwaardering van personen met psychische problemen in psychosociale rehabilitatie tijdens de rehabilitatie gevoelig toeneemt en dat (b) deze toename functie is van de ervaring van steun en van de afwezigheid van conflict in de relaties met de therapeutisch staf en in de relaties met de andere cliënten. Bovendien neem ik aan dat (c) deze gunstige ontwikkeling zich na het verlaten van het programma doorzet. Niet enkel het zelfbeeld versterkt, ook de kwaliteit van de sociale relaties gaat erop vooruit: (d) de cliënten voelen zich in de maanden na het beëindigen van het programma beter geïntegreerd, ze ervaren meer emotionele steun en minder conflicten. Wegen de nefaste gevolgen van psychiatrische rehabilitatie evenwel door, dan neem ik aan dat (e) het gevoel van eigenwaarde terug afkalft na het beëindigen van het programma en deze afname functie is van de ervaring van steun van lotgenoten en therapeuten tijdens de rehabilitatie. Daarenboven (f) voelen de cliënten zich naderhand meer sociaal geïsoleerd en hun sociale netwerken worden niet door meer steun en door minder conflicten gekenmerkt.

5. Onderzoekspopulatie en operationalisatie

5.1 De onderzoekspopulatie

De gegevens waarop onderstaande analyses gebaseerd zijn, zijn afkomstig van een effectenonderzoek bij de cliënten van een psychosociaal rehabilitatiecentrum in Brugge. Het centrum biedt psychische revalidatie in een ambulant kader aan (Vanhaecke & Bracke, 2000). De doelgroep zijn mannen en vrouwen van minstens 16 jaar, met psychische problemen die het dagelijks functioneren sterk beïnvloeden en bij wie ziekenhuisopname niet (meer) noodzakelijk of wenselijk is. Hoe de personen uit deze doelgroep opnieuw een plaats in de samenleving doen innemen, niettegenstaande hun soms blijvende kwetsbaarheid als gevolg van hun psychische problemen, is de uitdaging waaromheen het rehabilitatieprogramma van het dagcentrum is opgebouwd. Het multidisciplinaire karakter van psychische revalidatie wordt sterk benadrukt. Vijf deskundigen – een psychiater, een psychotherapeut, een ergotherapeut, een maatschappelijk werker en een bewegingstherapeut – begeleiden de cliënten. De psychotherapeut en de ergotherapeut spelen bij deze begeleiding een hoofdrol. Door individuele gesprekken, groeps-gesprekken en atelieractiviteiten steunen zij de groeimogelijkheden van de cliënten en leren hen omgaan met hun kwetsbaarheden. Sommige atelieractiviteiten steunen de persoonlijke groei, in andere worden arbeidsattitudes aangeleerd. Ook worden contacten met anderen en een goede werksfeer door het team belangrijk geacht. De meeste revalidanten worden na verloop van tijd in één van de volgende groepen ingedeeld: de arbeids- en activiteitentrainingsgroepen – die zich richten op arbeidstrajectbegeleiding – en de groepgroepen – die de klemtoon leggen op het hanteren van problemen in de omgang met zichzelf en anderen. Enkele cliënten worden individueel begeleid.

Alle cliënten die een dagbehandeling startten tussen eind oktober 1997 en eind maart 1999, kwamen in aanmerking voor het onderzoek (N=164). Negen cliënten weigerden deel te nemen aan de studie. De overigen werden ondervraagd bij intake (N=155), na één maand (N=140), na drie maanden (N=107), vervolgens om de drie maanden en aan het einde van de revalidatie. Het gemiddelde verblijf in het dagcentrum bedraagt 6,6 maanden (standaardafwijking = 5,2 maanden). Een follow-uponderzoek volgde ongeveer zeven maanden (standaardafwijking = 1,6 maanden) na het verlaten van het centrum. Om de participatie aan het follow-uponderzoek te verhogen, werd iedereen die weigerde aan de volledige bevraging deel te nemen gevraagd een verkorte vragenlijst in te vullen.

Omdat het follow-uponderzoek nog niet is afgerond, wordt de analyse van de follow-upgegevens uitgevoerd op een voorlopige subgroep van cliënten. Eind januari 2001 kwamen reeds 129 cliënten in aanmerking voor een follow-upbevraging. 111 onder hen (= 86%) namen ook effectief aan deze bevraging deel. Van 13 deelnemers kon geen volledige informatie worden verkregen, wat het aantal personen met volledige informatie op 98 (= 76%) brengt. Nadere ontledingen tonen aan dat personen zonder betaald werk in de periode voorafgaand aan het rehabilitatieprogramma en met een meer precaire financiële situatie minder geneigd zijn aan het follow-up onderzoek deel te nemen. De drop-out is eveneens groter bij hen die slechts voor een

korte periode, dat is minder dan een maand, aan het programma deelnamen. Uitvallers vertoonden een lagere zelfwaardering bij intake en blijken eveneens op minder emotionele steun buiten het centrum te kunnen rekenen. Alle tekenen wijzen erop dat de uitvallers hoofdzakelijk te vinden zijn bij een selecte groep van sociaal geïsoleerde en gemarginaliseerde personen met een complexiteit van problemen. Een vertekening van de resultaten is daardoor niet onmogelijk. De zeer hoge participatiegraad verzekert evenwel dat een eventuele vertekening van de bevindingen niet groot kan zijn.

5.2 Operationalisatie

Algemene zelfwaardering werd gemeten met behulp van een Nederlandstalige versie (Brutsaert, 1993) van de schaal van Rosenberg (1965). Deze index is ongetwijfeld de meest gebruikte maat van zelfwaardering. Het is een Likertschaal die 10 items bevat. De totaalscores kunnen schommelen tussen 10 (lage zelfwaardering) en 50 (hoge zelfwaardering). De interne consistentie van het instrument bedraagt 0,85 (Cronbachs alfa), wat vergelijkbaar is met wat anderen vinden in soortgelijke onderzoekspopulaties (Arns & Linney, 1993; Rosenfield & Wenzel, 1997). Zelfwaardering heeft betrekking op de wijze waarop iemand zichzelf waarneemt en beoordeelt wat betreft competentie en waardering. Een gevoel van eigenwaarde wordt algemeen beschouwd als een fundamentele dimensie van welbevinden (Zimmerman, Warschawsky & Corrigan, 1998).

Tijdens het intake-interview en tijdens het follow-upinterview werd de cliënten gevraagd aan te duiden hoe vaak ze praten met burens, bezoek krijgen, bezoek brengen, met iemand telefonisch contact hebben en anderen ontmoeten in uitgangsgeschieden. Deze antwoorden werden aangewend voor de bepaling van de frequentie van contacten met anderen of de mate van *sociale integratie*. Zeven antwoordcategorieën stonden ter beschikking, gaande van 'nooit', over 'enkele keren per jaar', 'maandelijks', 'enkele keren per maand', 'wekelijks', 'bijna dagelijks' tot 'dagelijks'. De totaalscore wordt berekend als het gemiddelde van de scores op de vijf items. De interne consistentie (Cronbachs alfa) van deze schaal bedraagt 0,64, wat gezien het gering aantal vragen best meevalt. De gemiddelde score op dit instrument bedraagt bij intake 3,64 (standaardafwijking 1,09). Dit gemiddelde is op zich weinig verhelderend. Omdat de vraag naar de frequentie van contacten met burens overgenomen werd uit de Panel Studie van Belgische Huishoudens (Lauwers & Bawin-Legros, 2001) is een vergelijking met de algemene bevolking mogelijk. Betekenisvol is de vaststelling dat 20 procent van de cliënten antwoordt nooit met burens te praten, tegenover slechts 5,4 procent van de algemene bevolking. 41,5 procent van de cliënten geeft aan ten minste wekelijks een buur te spreken, tegenover 72 procent van de Belgen. Deze ruwe vergelijking maakt alvast duidelijk dat de onderzoeksgroep meer sociaal geïsoleerd leeft.

Bij de aanvang van de rehabilitatie en na het beëindigen ervan werd eveneens nagegaan in welke mate de cliënten in hun relaties *sociale steun* en *relationele conflicten* ervoeren. Een schaal van Rosenfield en Wenzel (1997) fungeert als bron van inspiratie. Deze index werd aangepast om de validiteit ervan te verhogen. De aanwezigheid van emotionele ondersteuning werd

bepaald met vragen als *'Is er iemand bij wie je terecht kunt wanneer je met jezelf in de knoop zit?'*. De schaal bevat 6 vragen en heeft een interne consistentie van 0,85 (Cronbachs alfa). De aanwezigheid van conflicten moet blijken uit de antwoorden op vragen zoals *'Zijn er mensen die je de laatste maanden bent uit de weg gegaan?'*. Deze indicator bevat slechts drie vragen en heeft een interne consistentie van 0,69 (Cronbachs alfa). De volgende zeven antwoordcategorieën stonden ter beschikking: *niemand; de partner of de echtgeno(o)t(e); vader of moeder; broer of zus; kind(eren); vriend(in); iemand anders*. Meerdere antwoorden waren mogelijk.

Ook tijdens het volgen van het programma werd gepeild naar de ervaring van emotionele steun en van relationele conflicten, maar dan beperkt tot relaties binnen het rehabilitatiecentrum. De cliënten werden aangepaste versies van bovenstaande vragen voorgelegd. De aanpassing van de inhoud van de vragen aan de rehabilitatiecontext moet hun validiteit ten goede komen. Zo werd bovenstaande vraag naar het voorkomen van een conflictueuze relatie vertaald naar *'Zijn er mensen in het centrum die je de laatste maand bent uit de weg gegaan?'*. Volgende antwoordmogelijkheden stonden ter beschikking: *niemand; arts; volgergothérapeut; psychothérapeut; bewegingstherapeut; sociale dienst; andere revalidant en iemand anders*. Meerdere antwoorden waren uiteraard mogelijk. De aanwezigheid van steun en conflict in de relatie met de staf werd bepaald door te tellen hoe vaak de categorieën *arts, volgergothérapeut, psychothérapeut en bewegingstherapeut* werden aangeduid. De aanwezigheid van steun en conflict in de relatie met andere cliënten werd op analoge wijze bepaald, gebruikmakend van de antwoorden in de categorie *andere revalidant*. De schaal houdt het midden tussen een relatiespecifieke en een globale bepaling van steun (Tilburg, 1987).

De scholinggraad, de leeftijd en het geslacht van de cliënten en de duur van het rehabilitatieprogramma werden als controlevariabelen bij de analyse betrokken. Eveneens werd rekening gehouden met de ernst van de psychische klachten bij intake. Deze werden gemeten met behulp van de Nederlandstalige versie van de SCL-90 (Derogatis, 1983; Trainor, Shepherd, Boydell, Leff, Crawford & Corrigan, 1997). Omwille van haar lengte – 90 vragen – maakte de schaal geen deel uit van het follow-uponderzoek.

5.3. De analyse

De ontleding van de gegevens verloopt als volgt. Eerst wordt nagegaan of er zich in de periode tussen het follow-upinterview en het intake-interview wijzingen in het zelfbeeld en in de aard van de sociale relaties van de cliënten hebben voorgedaan. Vervolgens wordt onderzocht hoe wijzigingen in het zelfbeeld met veranderingen in de aard van de relaties verbonden zijn. Ten slotte maak ik uit of en hoe de kwaliteit van de relaties van de cliënten met lotgenoten en met therapeuten in het dagcentrum deze evoluties beïnvloed hebben.

5.3.1 Veranderingen in zelfwaardering, psychische klachten, sociale integratie en sociale steun tussen intake en follow-up.

Tabel 1: Zelfwaardering, psychische klachten en kenmerken van de sociale relaties binnen en buiten het dagcentrum (gemiddelde, (standaardafwijking) en t-waarde)

	Baseline		Eén maand rehabilitatie		Eind rehabilitatie		Follow-up		t-test (t, sig.t)
<i>Zelfwaardering</i>	30,5 ^(a)	(7,3)	32,3 ^(b)	(7,1)	34,3 ^(b)	(7,6)	35,5 ^(a)	(8,1)	$t=-5,62, p<0,001^{(a)}$ $t=-3,63, p<0,001^{(b)}$
<i>Psychische klachten</i>	207,4 ^{(c)(d)}	(56,4)	190,6 ^{(c)(e)}	(55,9)	196,9 ^{(d)(e)}	(63,1)			$t=4,86, p<0,001^{(c)}$ $t=2,17, p=0,03^{(d)}$ $t=-1,74, p=0,08^{(e)}$
<i>Buiten dagcentrum</i>									
Integratie	3,64	(1,09)					3,36	(1,31)	$t=2,48, p=0,015$
Emotionele ondersteuning	1,80	(0,81)					1,81	(0,91)	$t=0,1, n.s.$
Relationele conflicten	0,95	(0,81)					0,76	(0,72)	$t=2,04, p=0,044$
<i>Binnen dagcentrum</i>									
<i>Lotgenoten</i>									
Emotionele ondersteuning			24,0	(29,4)	34,5	(34,3)			$t=-4,33, p<0,001$
Relationele conflicten			17,6	(30,3)	15,2	(28,7)			$t=0,96, n.s.$
<i>Therapeuten</i>									
Emotionele ondersteuning			30,3	(20,2)	36,0	(20,6)			$t=-4,00, p<0,001$
Relationele conflicten			2,3	(7,4)	2,7	(7,6)			$t=-0,5, p=n.s.$

(a), (b), ... (e): voor de significantie van het verschil tussen de twee aangeduide gemiddelden: zie kolom uiterst rechts

De gewezen cliënten rapporteren tijdens het follow-upinterview – gemiddeld zeven maanden na het beëindigen van de rehabilitatie – een hogere zelfwaardering dan bij de aanvang van het programma (zie tabel 1). Het verschil bedraagt 4,95 schaalpunten ($t = 5,62, p < 0,001$), wat een effectscore d van 0,67 oplevert. De toename in zelfwaardering is dus substantieel. De effectscore d is de absolute waarde van het verschil tussen het eerste en het tweede gemiddelde, gedeeld door de prétest standaardafwijking (Wolf, 1997). Doorgaans wordt een d -waarde van 0,2 als klein, een d van 0,5 als gemiddeld en een d -waarde van 0,8 als een sterk effect aanzien (Rogers, Chamberlin, Ellison, Crean & Corrigan, 1997). De stijging van het gevoel van eigenwaarde grijpt plaats tijdens en na het beëindigen van het rehabilitatieprogramma. Dat de zelfwaardering niet afneemt in de maanden na het verlaten van het programma – de stijging bedraagt 1,18 ($t = 1,86, p = 0,068$) – is een indicatie van een relatief stabiel gunstig effect.

Het aantal psychische klachten daalt gedurende de eerste vier weken van het programma. De afname is significant ($t = 4,86, p < 0,001$), maar bescheiden ($d = 0,19$). Aan het einde van het programma valt er zelfs een beperkte toename vast te stellen. Dit relatief bescheiden effect hoeft

niet te verwonderen. De meeste personen hebben reeds langdurig met psychische problemen te maken en het volgen van het rehabilitatieprogramma brengt daarin weinig verandering. Beide observaties samen tonen aan dat het welbevinden van personen met psychische klachten kan toenemen ondanks de blijvende aanwezigheid van klachten. Positieve en negatieve emoties staan gedeeltelijk los van elkaar.

Het verloop van de netwerk- en relatiegerelateerde kenmerken is minder éénduidig (zie tabel 1). Er is geen algemene evolutie in de ervaring van emotionele ondersteuning. De gewezen cliënten melden bij follow-up wel minder relationele conflicten ($t = 2,04$, $p = 0,044$, $d = 0,23$). Zeven maanden na het verlaten van het rehabilitatieprogramma rapporteren ze bovendien een lagere sociale integratie ($t = 2,48$, $p = 0,015$, $d = 0,26$). Veranderingen in gemiddelde scores vormen een ruwe samenvatting van de diverse verschuivingen die plaatsgrijpen tussen beide meetmomenten. Zo versluiert de afwezigheid van een globale toename in de ervaring van steun de aanwezigheid van substantiële individuele verschillen: voor elke persoon geconfronteerd met een toename in emotionele steun is er iemand die met een afname in emotionele steun moet afrekenen. Bijkomende ontledingen laten verder een sterke wisselwerking tussen deze relationele kenmerken zien (geen tabel). Een toename van de sociale integratie gaat samen met meer steun en minder conflicten en vice versa. Dit gegeven, samen met de vastgestelde verschuivingen in sociale integratie, de ervaring van steun en van conflicten, houdt in dat *in verhouding tot het aantal contacten* het aantal conflicten stabiel is gebleven, terwijl de ervaring van steun is toegenomen. Voorlopig kan gesteld worden dat de cliënten, na het beëindigen van het rehabilitatieprogramma, meer afgezonderd leven en daardoor globaal genomen minder relationele conflicten ervaren. De verhoogde sociale isolatie heeft geen nefaste invloed op de ervaring van steun.

Of de toename in zelfwaardering samenhangt met veranderingen in de structuur of de functies van de sociale relaties, moet blijken uit de volgende regressieanalyses.

5.3.2 De samenhang tussen de toename in welbevinden en de veranderingen in de structuur en de functies van de sociale contacten

Een voorbereidende ontleding wees uit dat het verloop van het welbevinden niet significant gerelateerd was aan de leeftijd ($B = 0,07$, $\beta = -0,09$, $p = 0,34$) of het geslacht ($B = 0,40$, $\beta = 0,02$, $p = 0,8$) van de cliënten. Ook de duur van het contact met het dagcentrum bleek geen rol van betekenis te spelen ($B = 0,03$, $\beta = 0,02$, $p = 0,83$). Het meest uitgesproken verschil – alhoewel statistisch niet significant – had betrekking op de scholingsgraad van de participanten: hoger opgeleide cliënten boeken meer vooruitgang ($B = 0,38$, $\beta = 0,17$, $p = 0,074$). Besloten werd om, met uitzondering van het laatstgenoemde kenmerk, alle controlevariabelen uit de analyse te weren om een voldoende aantal vrijheidsgraden te bewaren.

Drie typen van regressiemodellen werden getest (zie tabel 2). Eerst werden de veranderingen in de structuur en de functies van de sociale relaties elk via afzonderlijke deelmodellen met de evolutie van de kwaliteit van het zelfbeeld in verband gebracht. Vervolgens werd een volledig model, waarin alle informatie is opgenomen, geschat. Ten slotte werden alle variabelen met significante regressiecoëfficiënten in het volledige model in een spaarzaam model opgenomen.

Tabel 2: Zelfwaardig bij follow-up naar sociale integratie, emotionele ondersteuning en relationele conflicten, zonder en met controle voor zelfwaardering en psychische klachten bij intake ^(a)

	Deelmodellen	Volledig model	Spaarzaam model
Integratie	0,21*	0,14	0,21*
Verandering integratie	0,36***	0,29**	0,38***
Zelfwaardering (baseline)	0,28**		
SCL90r (baseline)	-0,21*		
<i>Adj. R²</i>	0,31		
Emotionele ondersteuning	0,14	0,13	
Verandering in emotionele onderst.	0,11	0,07	
Zelfwaardering (baseline)	0,31**		
SCL90r (baseline)	-0,18		
<i>Adj. R²</i>	0,20		
Relationele conflicten.	-0,22	-0,21	-0,27
Verandering in relationele conflicten.	-0,38***	-0,32**	-0,32**
Zelfwaardering (baseline)	0,30*		
SCL90r (baseline)	-0,12		
<i>Adj. R²</i>	0,26		
Zelfwaardering (baseline)		0,26*	0,28*
SCL90 (baseline)		-0,10	-0,10
<i>Adj. R²</i>		0,33	0,33

* = $p < 0,05$

** = $p < 0,01$

*** = $p < 0,001$

(a) gecontroleerd voor opleidingsniveau

De richting van de causaliteit tussen de ervaring van steun en van conflict en de cognitieve en affectieve aspecten van welbevinden is vaak een punt van discussie. Sociologen benadrukken het primaat van het sociaal relationele, psychopathologen wijzen op de invloed van cognitieve en affectieve factoren op de beleving van steun en conflict (Coyne & Downey, 1991). Door rekening te houden met de ernst van de psychische klachten bij intake trachten we in de volgende fase van de analyse elke verklaring gebaseerd op de veronderstelling van met deze factoren

verbonden selectie-effecten of gebaseerd op de veronderstelling van door deze factoren gestoorde waarnemingen of ervaringen uit te sluiten. Het longitudinale karakter van de analyses laat bovendien toe na te gaan of veranderingen in de aard van de sociale relaties samengaan met veranderingen in het zelfbeeld, waardoor met meer vertrouwen uitspraken over de richting van de causaliteit mogelijk zijn. Het prospectieve karakter van de gegevens maakt ten slotte een evaluatie van de verschillende indicatoren wat betreft hun prognostische waarde mogelijk. De resultaten staan weergegeven in tabel 2.

Het zelfbeeld bij follow-up is, in de eerste plaats, functie van het zelfbeeld bij intake. Dit verband is substantieel en sterk significant. Het wijst op een zekere mate van continuïteit. Meer diepgaande ontleding maken duidelijk dat de toename in zelfwaardering het sterkst is bij cliënten met een lage zelfwaardering bij de aanvang van de rehabilitatie (geen tabel). Eveneens belangrijk is de vaststelling dat veranderingen in het gevoel van eigenwaarde slechts in geringe mate functie zijn van de ernst van de psychische klachten bij de aanvang van het programma. Noch in het volledige noch in het spaarzame model zijn de desbetreffende regressiecoëfficiënten significant. De vergelijking van de verschillende deelmodellen – in de linkerkolom van tabel 2 – laat zien dat enkel wanneer geen rekening gehouden wordt met veranderingen in de beleving van relationele conflicten en van steun beide dimensies van psychisch welbevinden significant met elkaar verbonden zijn. Vooral de intermediaire rol van de beleving van interpersoonlijke conflicten valt op. Deze observatie wijst op een indirect, relationeel pad tussen beide dimensies van welbevinden: de aanwezigheid van psychische problemen zorgt voor conflicten in de relaties van de cliënten, die op hun beurt het zelfbeeld aantasten.

Van de drie relationele kenmerken lijken veranderingen in de ervaring van emotionele ondersteuning het minst relevant. Belangrijk blijken de mate van sociale integratie bij intake, de evolutie van de sociale integratie, de aanwezigheid van relationele conflicten bij intake en de evolutie in het voorkomen van deze conflicten. De deelmodellen – tabel 2 links – en de resultaten van het meest spaarzame model – tabel 2 rechts – laten zien dat revalidanten die bij intake sociaal geïsoleerd zijn of die in de tussentijd meer geïsoleerd geraken, bij follow-up een lagere zelfwaardering vertonen. Uit de voorgaande ontleding onthouden we dat de cliënten na het doorlopen van het rehabilitatieprogramma globaal meer geïsoleerd leven. Beide bevindingen samen laten toe te stellen dat een meer uitgesproken toename in zelfwaardering tussen intake en follow-up onmogelijk gemaakt wordt door een afname in sociale integratie.

Ook de aanwezigheid van conflictueuze relaties bij intake en de toename van conflicten tussen beide meetmomenten beïnvloeden de evolutie van het zelfbeeld. Cliënten met persoonlijke netwerken sterk beladen door conflict bij de aanvang van de rehabilitatie maken minder vooruitgang. De versterking van het zelfbeeld stopt bovendien wanneer het aantal conflicten toeneemt of wanneer de bestaande conflicten blijven aanslepen.

Voorlopig kan besloten worden dat (a) in de periode tussen de start van het rehabilitatieprogramma en het follow-uponderzoek het zelfbeeld van de cliënten gevoelig versterkt, (b) deze positieve ontwikkeling samenhangt met een afname van het aantal conflictgeladen relaties en (c) dat de toename van de zelfwaardering getemperd wordt door een afname van de sociale integratie.

In de volgende en laatste fase van de analyse ga ik na hoe en in welke mate deze veranderingen beïnvloed worden door de kwaliteit van de relaties met de andere cliënten en de therapeuten tijdens het verblijf in het dagcentrum.

5.3.3 De kwaliteit van de sociale relaties binnen het dagcentrum, de veranderingen in de structuur en de functies van de sociale contacten met de buitenwereld en de evolutie van het zelfbeeld

Na verloop van tijd treden veranderingen op in de inhoud van de relaties van de cliënten met anderen binnen het dagcentrum. De gemiddelde scores onderaan tabel 1 tonen aan dat de ervaring van steun toeneemt zowel in de relaties met lotgenoten als in de relaties met de therapeuten. Significante veranderingen in de ervaring van conflict blijven uit. Omdat slepende conflicten met therapeuten weinig voorkomen, zijn de relaties met de staf in het algemeen gekenmerkt door steun. Conflicten met lotgenoten komen relatief frequent voor. De relaties met lotgenoten zijn daarom zowel gekarakteriseerd door conflict als door steun. Bijkomende ontleding maken duidelijk dat voor de subgroep van cliënten die deelnamen aan het follow-uponderzoek dezelfde verhoudingen gelden (geen tabel).³

Is de ervaring van steun of conflict in het centrum verbonden met bovenvermelde stijging in zelfwaardering gedurende de deelname aan het rehabilitatieprogramma? De resultaten van de regressieanalyse in de linkerkolom van tabel 3 zijn duidelijk. Een versterking van het zelfbeeld is functie van de ervaring van emotionele steun door lotgenoten ($\beta=0,24$, $p < 0,001$). De andere relationele kenmerken spelen geen directe rol van betekenis. Omdat rekening gehouden wordt met de kwaliteit van het zelfbeeld en de aanwezigheid van psychische klachten bij intake, zijn uitspraken over de richting van het verband met een zeker vertrouwen mogelijk: de ervaring van steun door lotgenoten heeft gunstige gevolgen voor het welbevinden van mensen met psychische problemen. Deze bevinding onderschrijft het belang van de ontwikkeling van steunende contacten tussen lotgenoten in een therapeutische setting.

De beleving van steun door therapeuten oefent geen directe invloed uit. Heeft de kwaliteit van de therapeutische relatie dan geen gevolgen voor het zelfbeeld? Analyses van de indirecte verbanden laten zien dat dit allerm minst zo is: de ervaring van steun door lotgenoten is sterk verbonden met de ervaring van steun door de therapeuten ($\beta_{\text{steun therapeuten}} = 0,38$, $p < 0,001$, geen tabel).⁴

Ook de aanwezigheid van conflicten oefent geen vaststelbare invloed uit op de ontwikkeling van het zelfbeeld. De cliënten rapporteren weinig conflicten met de staf van het dagcentrum, wat de afwezigheid van enig verband met de evolutie van hun zelfwaardering kan helpen verklaren. Andere, meer substantiële, verklaringen mogen evenwel niet genegeerd worden. Immers, ook de aanwezigheid van conflicten met de andere cliënten oefent geen rechtstreekse invloed op de evolutie van het zelfbeeld uit. Het lijkt alsof conflicten gesitueerd binnen de context van het dagcentrum geen nefaste invloed op het welbevinden uitoefenen. Een weloverwogen gissing is dat conflicten in de context van psychosociale rehabilitatie opgelost worden, bijgevolg een relatief kortdurend karakter hebben en ten slotte ervaren worden als een groeimoment. Ook de verhoudingen tussen de verschillende kenmerken van de sociale relaties binnen het dagcentrum versterken het geloof in deze hypothese. Zo sluiten de ervaring van steun en de ervaring van

conflict in de relaties met de andere cliënten elkaar niet uit: wie meer steun van lotgenoten ontvangt, meldt eveneens meer conflicten ($\beta_{\text{conflict}} = 0,22, p < 0,01$, geen tabel).⁵ Een soortgelijke verhouding treedt op in de relaties met de staf van het dagcentrum ($\beta_{\text{conflict}} = 0,14, p = 0,06$, geen tabel).⁶ Deze samenhang wordt niet geobserveerd in de relaties met personen buiten het dagcentrum (geen tabel).

De beleving van steun en van conflict in de relaties met lotgenoten en therapeuten beïnvloeden elkaar op complexe wijze. In het kader van de huidige probleemstelling volstaat de vaststelling (a) dat een versterking van het zelfbeeld functie is van de ervaring van steun door lotgenoten, (b) dat de aanwezigheid van steunende therapeutische relaties de ontwikkeling van een steunend netwerk van relaties tussen lotgenoten bevordert en ten slotte, (c) dat de beleving van conflict in de contacten met therapeuten en lotgenoten de ontwikkeling van een positief zelfbeeld niet hindert, wellicht omdat, binnen de context van de psychosociale rehabilitatie, de ervaring van steun en van conflict elkaar niet uitsluiten.

Tabel 3: Zelfwaardering bij het einde van de rehabilitatie en bij follow-up en de kenmerken van sociale relaties binnen en buiten het dagcentrum

	Einde programma	Follow-up			
	Zelf- waardering	Sociale integratie	Steun	Conflict	Zelf- waardering
Steun staf	0,12	0,14	0,12	0,03	-0,04
Conflicten staf	0,01	-0,05	0,04	0,03	0,02
Steun lotgenoten	0,24***	0,10	-0,04	0,13	0,07
Conflicten lotgenoten	-0,01	0,07	-0,05	0,14	-0,06
SCL90r (baseline)	-0,24**				
Zelfwaardering (baseline)	0,42***				
Steun (baseline)			0,56***		0,02
Steun (verandering)					0,16
Sociale integratie (baseline)		0,55***			-0,12
Relationele integratie (verandering)					0,30***
Relationele conflicten (baseline)				0,17 (b)	0,02
Relationele conflicten (verandering)					-0,25**
SCL90r (einde programma)		0,06	-0,19(a)	0,27*	-0,03
Zelfwaardering (einde programma)		0,23*	-0,14	-0,18	0,41***
Adj. R ²	0,41	0,39	0,35	0,19	0,34

* = $p < 0,05$

(a) $p = 0,10$

** = $p < 0,01$

(b) $p = 0,09$

*** = $p < 0,001$

Werken deze invloeden enkele maanden na het beëindigen van de rehabilitatie nog door? Heeft de ervaring van conflict en steun tijdens het volgen van het rehabilitatieprogramma invloed op de sociale relaties met de buitenwereld? Het empirische antwoord op deze vragen is terug te vinden in de tweede tot en met de vijfde kolom van tabel 3. Vooraleer deze gegevens nader te bespreken past enige toelichting bij de opbouw van de geschatte regressiemodellen. Enkele voorbereidende ontleding toonden aan dat geen betrouwbare schattingen van een uitgebreid regressiemodel mogelijk waren. Het geringe aantal observaties samen met de sterke collineariteit tussen de indicatoren van zelfwaardering en de ernst van de psychische klachten bij intake, aan het einde van de rehabilitatie en bij follow-up maakten elke adequate schatting van de regressiecoëfficiënten en hun standaardfouten onmogelijk. Besloten werd om, wat de informatie over het zelfbeeld en de psychische klachten betreft, enkel rekening te houden met de meting aan het einde van de rehabilitatie.⁷

Vooreerst blijkt dat de kwaliteit van de contacten in het dagcentrum de kwaliteit van het zelfbeeld bij follow-up niet meer *direct* beïnvloeden (zie kolom 5, tabel 3). Het zelfbeeld is enkel functie van de toename van de sociale isolatie van de cliënten, de afname van het aantal conflicten in hun sociaal netwerk en de omvang van hun zelfwaardering bij het verlaten van het dagcentrum. Zolang de cliënten het rehabilitatieprogramma volgen, zijn de verhoudingen met de staf en met de andere cliënten relevant voor hun zelfbeeld. Zodra ze eenmaal het centrum verlaten, is hun zelfbeeld weer functie van de aard van de sociale contacten met de thuisbasis. Omdat het gevoel van eigenwaarde bij follow-up functie is van het gevoel van eigenwaarde aan het einde van het programma is er wel sprake van een *indirecte* invloed van de ervaring van steun door lotgenoten op het zelfbeeld bij follow-up.

Er is eveneens weinig tot geen evidentie voor een verband tussen de kwaliteit van de sociale contacten met de thuisbasis bij follow-up en de kwaliteiten van de sociale contacten in het dagcentrum. Er is enkel sprake van *indirecte* effecten: elk kenmerk van de sociale relaties binnen het dagcentrum dat in verband staat met de kwaliteit van het zelfbeeld en de aanwezigheid van psychische klachten aan het einde van het programma, oefent indirect invloed uit op de kwaliteit van de sociale contacten bij follow-up. Zo leidt de ervaring van steun door lotgenoten tot een afname van het aantal psychische klachten ($\beta_{\text{steun lotgenoten}} = -0,13, p = 0,064, \beta_{\text{steun therapeuten}} = -0,03, p = \text{n.s.}$, geen tabel) en deze daling zorgt voor een terugval van het conflictueuze gehalte van de relaties met de buitenwereld. De ervaring van steun binnen het centrum leidt tot een versterking van het zelfbeeld, wat op haar beurt leidt tot een toename van de sociale integratie.

6. Besluit

Psychosociale rehabilitatie heeft een toename van de levenskwaliteit en een versterking van het zelfbeeld van mensen met psychische problemen op het oog. De verbetering van de kwaliteit van de sociale relaties vormt daarvan een belangrijke tussenschakel. Vraag is of psychosociale rehabilitatiecentra in deze opzet slagen en welke sociale processen daartoe bijdragen. Meerdere studies wijzen op de gunstige gevolgen van psychosociale rehabilitatie en van psychotherapeuti-

sche interventies in het algemeen (Barton, 1999). Niet enkel de kwaliteiten van de therapeutische contacten worden als belangrijk beschouwd, ook de relaties onder lotgenoten spelen een rol van betekenis. Ander onderzoek vraagt aandacht voor de negatieve gevolgen van contact met psychiatrische hulpverlening (Rosenfield & Wenzel, 1997). Ook de invloed van lotgenoten op het welbevinden wordt niet als onverdeeld gunstig beschouwd. Zo kunnen beide leiden tot afhankelijkheid en sociale isolatie.

Gegevens uit een longitudinaal onderzoek bij de cliënten van een psychosociaal rehabilitatiecentrum in Brugge (omvang van de populatie bij de aanvang van het onderzoek = 155) lieten toe deze onderzoeksvragen aan een empirische analyse te onderwerpen. Het longitudinale karakter van de studie, de geringe uitval en de aanwezigheid van informatie zowel bij intake, tijdens het volgen van het rehabilitatieprogramma als gemiddeld zeven maanden na het verlaten van het programma zijn enkele van de sterke punten van deze studie. De afwezigheid van een controlegroep en het ontbreken van gegevens over cliënten uit meerdere centra zijn enkele van de gebreken. Het eerstgenoemde tekort bemoeilijkt de inschatting van de betekenis van de toename in welbevinden bij de cliënten tijdens en na de rehabilitatie. Zelfs zonder professionele hulp blijkt de mentale gezondheid van personen met psychische problemen na verloop van tijd immers te verbeteren. Het tweede tekort maakt het onmogelijk om te bepalen in welke mate de gerapporteerde bevindingen wijzen op meer algemeen werkzame sociale processen of aan unieke kenmerken van het bestudeerde centrum en haar cliëntenpopulatie toe te schrijven zijn.

Er is een duidelijke toename van het welbevinden van de cliënten van het dagcentrum. Hun zelfwaardering is gevoelig gestegen en dit zowel tijdens het doorlopen van het programma als in de maanden na het beëindigen van de contacten met het centrum. Dit is een hoopgevend resultaat. Een gevoel van eigenwaarde is immers de meest fundamentele uiting van welbevinden. De vaststelling van een versterking van het zelfbeeld na psychosociale rehabilitatie is niet uitzonderlijk (Barton, 1999). Samen met de resultaten van andere studies versterkt de huidige bevinding het geloof in de werkzame kracht van deze vorm van hulpverlening. Vraag is hoe deze gunstige resultaten moeten worden opgevat. Ongetwijfeld speelt, in het algemeen, een zeker rapporteringeffect: informatie over positieve bevindingen wordt vlugger gedeeld. Bovendien werken evaluatie- of effectenonderzoekers vaker samen met interventieprogramma's die baanbrekend werk leveren en een sterk gemotiveerde staf kennen. Het psychosociale rehabilitatiecentrum is een voorbeeld van een dergelijk pilootproject in Vlaanderen. Vraag is of bevindingen over de effectiviteit van pilootprojecten voor veralgemening vatbaar zijn. Enkel vergelijkend onderzoek is in staat deze vraag te beantwoorden. De uitvoering van zo'n studie is momenteel in voorbereiding.

Ook de structuur en de functies van de sociale relaties van de cliënten zijn aan verandering onderhevig. Ze zijn na het doorlopen van het programma minder geïntegreerd en ze ervaren minder relationele conflicten. Hun ervaring van steun is evenwel niet gewijzigd. Deze configuratie van bevindingen vraagt om een post hoc-verklaring.

Het verband tussen de toename van de zelfwaardering en de afname van het aantal relationele conflicten is duidelijk. Negatieve sociale contacten zijn belangrijke determinanten van welbevinden. De afwezigheid van conflicten is voor de geestelijke gezondheid vaak belangrijker

dan de aanwezigheid van steun. Door de cliënt gedeeltelijk uit zijn thuisomgeving te verwijderen heeft de rehabilitatie wellicht gezorgd voor het ontladen van de spanning in de relaties van de cliënten en een moment van rust hun leven gebracht.

Hoe hebben de sociale contacten van de cliënten met personen binnen het centrum deze evolutie gestuurd? De gegevens laten enkele paden van indirecte beïnvloeding zien. Het eerste pad is een voorbeeld van een sociaal-psychologisch of een relationeel verband tussen psychische klachten en zelfwaardering: de ervaring van steun door lotgenoten leidt tot een afname van de ernst van de psychische klachten en deze daling geeft op haar beurt aanleiding tot minder conflictueuze relaties met het thuisfront en een versterking van het zelfbeeld. De tweede route verloopt via de kwaliteit van het zelfbeeld aan het einde van het programma: de ervaring van steun door lotgenoten versterkt het zelfbeeld en personen met een sterker zelfbeeld onderhouden meer contacten met anderen. Dit proces van terugkoppeling, gaande van het ervaren van steun, via het versterken van het zelfbeeld naar het opbouwen van sociale netwerken en terug wordt ook door anderen beschreven (Wilson e.a., 1999). Meer algemeen kan gesteld worden dat psychosociale rehabilitatie de sociale competentie van de cliënten versterkt en dat sociale leerprocessen eigen aan de rehabilitatiecontext naderhand hun werkzaamheid niet verliezen. Ondanks deze positieve gevolgen is de cliëntenpopulatie bij follow-up minder sociaal geïntegreerd. Misschien leidt een langdurige psychosociale rehabilitatie, ondanks haar ambulante karakter, sowieso tot meer sociale isolatie of tot het terugplooiën van de cliënten op zichzelf. Een andere gissing is dat de rehabilitatie zorgt voor cliënten die afstand kunnen nemen van hun vertrouwde netwerk van relaties en meer autonoom in het leven kunnen staan.

De aanwezigheid of afwezigheid van ervaringen van steun in de relaties met personen buiten het centrum heeft weinig tot geen gevolgen voor de evolutie van het zelfbeeld. Ook Rosenfield en Wenzel (1997) vinden weinig consistente verbanden tussen de ervaring van steun en de verbetering van de kwaliteit van het zelfbeeld. Ze schrijven deze bevinding toe aan de ambigue betekenis van het krijgen van sociale steun. Personen die steun ontvangen zonder zelf steun te geven of om steun te worden gevraagd, ervaren het krijgen van steun als een indicator van afhankelijkheid en een gebrek aan competentie. In die zin lijkt bovenstaande bevinding van de afwezigheid van een stijging in sociale steun gekoppeld aan een toename in zelfwaardering veeleer te wijzen op een evolutie naar meer evenwichtige verhoudingen in de relaties van de cliënten.

Enkel de ervaring van steun door andere cliënten heeft gunstige gevolgen voor het welbevinden van mensen met psychische problemen. Dit is goed nieuws voor wie hamert op de helende kracht van relaties met lotgenoten (van den Borne, 1997; Levin & Brekke, 1993; Wilson e.a., 1999). Mensen met gelijklopende levenservaringen kunnen elkaar effectieve steun verlenen in een relatie van wederzijdse afhankelijkheid. De therapeutische relatie mag evenwel niet als irrelevant van de hand worden gedaan. Het therapeutisch personeel van het bestudeerde centrum schept de condities waarbinnen helende contacten tussen cliënten kunnen groeien, en waakt over het therapeutische klimaat van de instelling in haar totaliteit. Ze slagen in het scheppen van een klimaat waarin steun mogelijk is (Schrameijer (1990) aangehaald in Wilken & den Hollander, 1999). Het samengaan van de ervaring van steun door lotgenoten met de ervaring

van steun door therapeuten getuigt daarvan. Ook de vaststelling dat conflicten met anderen tijdens het volgen van het rehabilitatieprogramma geen nefaste invloed op het welbevinden uitoeffenen, wijst indirect op de helende kracht van de omgangsvormen in het dagcentrum.

Noten

1. Piet Bracke is als docent verbonden aan de vakgroep Sociologie van de Universiteit Gent. Correspondentieadres: Piet Bracke, Vakgroep Sociologie, Universiteit Gent, Universiteitstraat 6, 9000 GENT, E-mail: piet.bracke@rug.ac.be.
2. Het onderzoek werd financieel gesteund door het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu (krediet, visum 98-02224). Met dank aan Joost Vanhaecke en het personeel van het psychosociale revalidatiecentrum te Brugge voor hun fundamentele bijdrage aan het welslagen van de studie.
3. Geen enkele controlevariabele – geslacht, leeftijd, scholingsgraad, duur van de rehabilitatie – is op significante wijze verbonden met veranderingen in de structuur en de functies van de sociale netwerken van de revalidanten. Vrouwen blijken bij follow-up wel meer emotionele steun te ervaren ($B = -0,335$, s.e. $B = 0,195$, $p = 0,09$). Dit geslachtsverschil is evenwel reeds aanwezig bij intake. Er is bovendien geen geslachtsverschil in de evolutie van dit kenmerk. Bijgevolg worden de bovengenoemde controlevariabelen bij de verdere uitvoering van de analyses genegeerd.
4. De regressiecoëfficiënt heeft betrekking op de sterkte van de invloed van de ervaring van steun door therapeuten op de ervaring van steun door lotgenoten, gecontroleerd voor de andere kenmerken van de relaties binnen het dagcentrum en de kenmerken van de relaties met personen buiten het centrum, de zelfwaardering en de aanwezigheid van psychische klachten bij intake.
5. De regressiecoëfficiënt heeft betrekking op de sterkte van de invloed van de ervaring van conflicten met op de ervaring van steun van lotgenoten, gecontroleerd voor de kenmerken van de relaties met de therapeuten en de kenmerken van de relaties met personen buiten het centrum, de zelfwaardering en de aanwezigheid van psychische klachten bij intake.
6. De sterkte van de invloed van de ervaring van conflict met op de ervaring van steun van de therapeuten, gecontroleerd voor de kenmerken van de relaties met lotgenoten en de kenmerken van de relaties met personen buiten het centrum, de zelfwaardering en de aanwezigheid van psychische klachten (bij intake).
7. Na controle voor de mate van zelfwaardering en de ernst van de psychische klachten aan het einde van het programma vervalt het verband tussen de sterkte van het zelfbeeld bij follow-up, de ernst van de psychische klachten bij intake en de sterkte van het zelfbeeld bij intake.

Literatuur

- Anthony, W., Cohen, M. & Farkas, M. (1990). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- Arns, P.G. & Linney, J.A. (1993). Work, self, and life satisfaction for persons with severe and persistent mental disorders. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17, 63-79.
- Barton, R. (1999). Psychosocial rehabilitation services in community support systems: A review of outcomes and policy recommendations. *Psychiatric Services*, 50, 525-534.
- Beutler, L.E., Crago, M. & Arizmendi, T.G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 257-310). New York: John Wiley & Sons.

- Borne, B. van den (1997). Sociale steun en de effectiviteit van lotgenotencontact. In *Tien graden ten zuiden van de Grote Beer; over sociale steun en onderlinge steun*. Conferentieverslag van de 14de Wilhelmina Rouwenhorstlezing. NIZW, Utrecht.
- Broman, C.L., Hoffman, W.S. & Hamilton, V.L. (1994). Impact of mental health services use on subsequent mental health of autoworkers. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 80-94.
- Brutsaert, H. (1993). *School, gezin en welbevinden. Zesdeklassers en hun sociale omgeving*. (1 ed.). Leuven: Garant.
- Corrigan, P.W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 201-222.
- Coyne, J.C. & Downey, G. (1991). Social-factors and psychopathology – stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 42, 401-425.
- Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D., Tebes, J.K. & Corrigan, P.W. (1999). Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 6, 165-187.
- Dean, A., Kolody, B. & Wood, P. (1990). Effects of social support from various sources on depression in elderly persons. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 148-161.
- Derogatis, L.R. (1983). Description and bibliography for the SCL-90 & other instruments of the psycho-pathology rating scale series.
- Dickerson, F.B. & Corrigan, P.W. (1998). Strategies that foster empowerment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 255-275.
- England, P. & Folbre, N. (1999). The cost of caring. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 561, 39-51.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M. & Verschuur, M.J. (1994). Sociale steun en gezondheidsklachten. Een prospectief onderzoek bij cliënten die gebruik maken van eerstelijns psychologische hulp. *Gedrag en Gezondheid: Tijdschrift voor Psychologie en Gezondheid*, 22, 290-300.
- Goering, P., Durbin, J., Foster, R., Boyles, S., Babiak, T. & Lancee, B. (1992). Social networks of residents in supportive housing. *Community Mental Health Journal*, 28, 199-214.
- Horvath, A.O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 163-173.
- House, J.S., Umberson, D. & Landis, K.R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14, 293-318.
- Kessler, R.C., McLeod, J.D. & Wethington, E. (1985). The costs of caring: A perspective on the relationship between sex and psychological distress. In I. G. Sarason & S. B. Sarason (eds.), *Social support: Theory, research and applications* (pp. 491-506). Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.
- Kopta, S.M., Lueger, R.J., Saunders, S.M. & Howard, K.I. (1999). Individual psychotherapy outcome and process research: Challenges leading to greater turmoil or a positive transition? *Annual Review of Psychology*, 50, 441-469.
- Lambert, M.J., Shapiro, D.A. & Bergin, A.E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 157-212). New York: John Wiley & Sons.

- Lauwers, J. & Bawin-Legros, B. (2001) *Gezinsdemografisch Panell/Panel Study of Belgian Households* [data file]. Antwerpen/Luik: Universiteit Antwerpen- Université de Liège.
- Levin, S. & Brekke, J.S. (1993). Factors related to integrating persons with chronic mental illness into a peer social milieu. *Community Mental Health Journal*, 29, 25-34.
- Lin, N. & Peek, M.K. (1999). Social networks and mental health. In A. V. Horwitz & T. L. Scheid (eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 241-258). New York: Cambridge University Press.
- Link, B.G., Struening, E., Cullen, F.T., Shrout, P.E. & Dohrenwend, B.P. (1989). A modified labeling theory approach to mental-disorders - an empirical-assessment. *American Sociological Review*, 54, 400-423.
- Link, B.G. & Phelan, J.C. (1999). Labeling and stigma. In Aneshensel, C.S.E., Phelan, J. C.E. (eds.) *Handbook of sociology of mental health* (pp. 481-494). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 311-381). New York: John Wiley & Sons.
- Pickett, S.A., Cook, J.A. & Razzano, L. (1999). Psychiatric rehabilitation services and outcomes: An overview. In A. V. Horwitz & T. L. Scheid (eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 241-258). New York: Cambridge University Press.
- Roberts, L.J., Salem, D., Rappaport, J., Toro, P.A., Luke, D.A. & Seidman, E. (1999). Giving and receiving help: Interpersonal transactions in mutual-help meetings and psychosocial adjustment of members. *American Journal of Community Psychology*, 27, 841-868.
- Rogers, E.S., Chamberlin, J., Ellison, M.L., Crean, T. & Corrigan, P.W. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48, 1042-1047.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenfield, S. (1997). Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62, 660-672.
- Rosenfield, S. & Wenzel, S. (1997). Social networks and chronic mental illness: A test of four perspectives. *Social Problems*, 44, 200-216.
- Ross, C.E. (1989). Explaining the social patterns of depression - control and problem solving - or support and talking. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 206-219.
- Schrameijer, F. (1990). *Sociale steun: analyse van een paradigma*. Utrecht: NcGc-reeks 90-20.
- Solas, J. (1996). The limits of empowerment in human service work. *Australian Journal of Social Issues*, 31, 147-156.
- Tilburg, T. van (1987), Sociaal-emotionele ondersteuning, een vergelijking van twee meetinstrumenten. *Mens en Maatschappij*, 62, 5-16.
- Thoits, P.A. (1995). Stress, coping, and social support processes – where are we – what next. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 53-79.

- Trainor, J., Shepherd, M., Boydell, K.M., Leff, A., Crawford, E. & Corrigan, P.W. (1997). Beyond the service paradigm: The impact and implications of consumer/survivor initiatives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21, 132-140.
- Turner, R.J. (1999). Social support and coping. In A. V. Horwitz & T. L. Scheid (eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 241-258). New York: Cambridge University Press.
- Turner, R.J. & Avison, W.R. (1992). Innovations in the measurement of life stress – Crisis theory and the significance of event resolution. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 36-50.
- Vanhaecke, J. & Bracke, P. (2000). Ontwikkelen van een constructieve identiteit als opdracht van psychische revalidatie. In M. De Hert, S. Van den Broucke & R. Van Nuffel (eds.), *Naar een geestelijk gezonde samenleving*. Diegem: Kluwer.
- Weinberg, R.B. & Marlowe, H. (1983). Recognizing the social in psychosocial competence: the importance of social network interventions. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 6, 25-34.
- Wilken, J.P. & den Hollander, D. (1999). *Psychosociale rehabilitatie. Een integrale benadering*. Utrecht: Uitgeverij SWP.
- Wilson, M.E., Flanagan, S. & Rynders, C. (1999). The FRIENDS program: A peer support group model for individuals with a psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 239-247.
- Wolf, J.R.L.M. (1997). Client needs and quality of life. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 16-24.
- Zimmerman, M.A., Warschausky, S. & Corrigan, P.W. (1998). Empowerment theory for rehabilitation research: Conceptual and methodological issues. *Rehabilitation Psychology*, 43, 3-16.