



Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen

Vakgroep Orthopedagogiek

Het kind en de ouder achter KOPP*. Een narratief onderzoek.

(* Kinderen van Ouders met een Psychische Problematiek)

Masterproef ingediend tot het behalen van de graad van Master in de
Pedagogische Wetenschappen, afstudeerrichting Orthopedagogiek

Fieke Vanhauwaert
Promotor: Dr. Veerle Soyez

Academiejaar 2009-2010

ABSTRACT

Vanuit de vaststelling dat er heel vaak geschreven wordt over kinderen van ouders met een psychische problematiek en over hun ouders met een psychische problematiek, dringt de vraag zich op waarom de kennis en ervaring van de kinderen en ouders zelf, zo consequent buiten beeld blijft. Het centrale opzet van dit onderzoek is dan ook de ouders en de kinderen aan het woord te laten, en hun verhalen als waarheidsbezittende stof te onderzoeken.

In de literatuurstudie werd het risicodiscours rond kinderen en ouders onderzocht door een Postmoderne blik te hanteren ten opzichte van de Moderne basisassumpties van dit discours.

In dit onderzoek werd er gekozen voor een kwalitatieve, narratieve onderzoeksopzet. Een gesprek werd aangegaan met zeven 'ouder-kind koppels' en nog een achtste ouder waarvan het kind niet kon participeren. Het half open diepte-interview werd als onderzoeksmethode gehanteerd. De probleemstelling werd opgedeeld in vier centrale onderzoeksvragen.

Uit de antwoorden van deze onderzoeksvragen kwam naar voor dat 1) kind en ouder een wederzijdse beïnvloeding betekenen op elkaar, 2) de beeldvorming van de 'anderen' en ruimer van de sociale omgeving over de ouders, een zeer centrale rol speelt in het welbevinden van zowel de ouder als het kind, 3) de ouders en kinderen zich 'abnormaal' voelen omdat de omgeving hen dit gevoel geeft. Tevens blijkt dat ouders niet altijd tevreden zijn over de vaak onpersoonlijke manier van hulpverleners, 4) de ouders en kinderen bezitten over een multidimensionale persoonlijkheid, in plaats van enkel de psychische problematiek als eigenschap te hebben.

Er kan vastgesteld worden dat er een meer genuanceerd beeld ontstaat binnen het bestaand risicodiscours wanneer ervaringen van ouders en kinderen in beeld komen. Toekomstig onderzoek kan verder van persoonlijke ervaringen gebruik maken om een vollediger en consequenter beeld te schetsen van een complexe realiteit binnen een complexe maatschappij.

Fieke Vanhauwaert

Academiejaar 2009-2010

Master Pedagogische Wetenschappen, afstudeerrichting Orthopedagogiek

Titel scriptie: Het kind en de ouder achter KOPP*. Een narratief onderzoek. (* Kinderen van Ouders met een Psychische Problematiek)

Promotor: Dr. Veerle Soyez



Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen

Vakgroep Orthopedagogiek

Het kind en de ouder achter KOPP*. Een narratief onderzoek.

(* Kinderen van Ouders met een Psychische Problematiek)

Masterproef ingediend tot het behalen van de graad van Master in de
Pedagogische Wetenschappen, afstudeerrichting Orthopedagogiek

Fieke Vanhauwaert
Promotor: Dr. Veerle Soyez

Academiejaar 2009-2010

Afscheid nemen bestaat niet

Ooit zong Marco Borsato
Afscheid nemen bestaat niet
En hij had nog gelijk ook
Want van herinneringen
Kun je geen afscheid nemen
Van iets wat gebeurde
Tussen het nu en vroeger
Kun je geen muur neerzetten
Om voor altijd afstand te doen

Want al zie je het niet meer
Voel je het wel nog
Al hoor je het niet meer
Onthouden hoe het klonk
Dat blijft je bij
Misschien ontgaat het jou wel even
En vergeet je even het ritme
Of de woorden
Maar slechts iets kleins kan deze gedachten
Terug naar boven brengen
Nee afscheid nemen bestaat niet

Want wat er ooit gebeurde in je leven
Is gelijkend op datgene wat je neerschreef
In een schrift
Het staat er en het blijft er staan
Wat kan is leren ermee om te gaan
Op een gezonde manier leren ermee omgaan
Zodat deze gedachten niet al teveel pijn met zich meebrengt
En het leven in het heden
Leefbaar wordt
Maar echt afscheid nemen
Nee dat kan niet

Dit is een deel van mijn leven
En had ik dit of dat niet meegemaakt
Maakte ik evenmin mee wat ik nu meemaak
Want het gebeuren in het verleden
Draagt bij in het gebeuren van het heden

(Joris, 17 maart 2010)

Ondergetekende, Fieke Vanhauwaert, geeft toelating tot het raadplegen van deze masterproef door derden.

Fieke Vanhauwaert

Inhoudsopgave

| | | |
|--------|--|----|
| I. | Voorwoord | 1 |
| 1. | Deel 1: Literatuurstudie | 3 |
| 1.1. | Algemene inleiding | 3 |
| 1.2. | Definities, initiatieven en cijfers | 4 |
| 1.2.1. | Wie zijn 'KOPP'-kinderen? | 4 |
| 1.2.2. | Initiatieven in Vlaanderen en Nederland | 4 |
| 1.2.3. | Cijfers in Vlaanderen en Nederland | 6 |
| 1.3. | 'KOPP-discours' als eenrichtingsverkeer | 6 |
| 1.4. | Ruimere basis: Het Modernisme | 8 |
| 1.5. | Assumpties aan de basis van Het Modernisme | 10 |
| 1.5.1. | Beschermingslogica | 10 |
| 1.5.2. | Ontwikkelingspsychologie | 11 |
| 1.5.3. | Risicodiscours | 13 |
| 1.5.4. | Kanttekening: Modernisme = Normalisering?! | 14 |
| 1.6. | Een Postmoderne Blik | 15 |
| 1.6.1. | Shift naar een ander paradigma | 15 |
| 1.6.2. | Multidimensionele werkelijkheid en de rol van taal | 16 |
| 1.6.3. | De Mens en Macht | 17 |
| 1.7. | Probleemstelling en Onderzoeksvragen | 19 |
| 1.7.1. | Resumerend van wat vooraf ging | 19 |
| 1.7.2. | Stem van de ouder en het kind | 19 |
| 1.7.3. | Interactie en oog voor ruimere socialisatieprocessen | 20 |
| 1.7.4. | Hulp nodig? | 21 |
| 1.7.5. | Alternatieve manier van conceptualiseren | 22 |
| 2. | Deel 2: methodologie | 23 |
| 2.1. | De keuze voor Kwalitatief Onderzoek | 23 |
| 2.2. | Vertellen van verhalen | 24 |
| 2.3. | Dimensie van ethiek | 25 |
| 2.4. | Onderzoeksprocedure | 26 |
| 2.4.1. | Respondenten | 26 |
| 2.4.2. | Moeizame zoektocht | 27 |
| 2.4.3. | Context | 28 |
| 2.4.4. | Half Open Diepte-Interview | 29 |
| 2.5. | Analyse | 29 |
| 2.6. | Methodologische kwesties | 30 |

| | | |
|--------|---|----|
| 2.6.1. | Objectiviteit? | 30 |
| 2.6.2. | Generaliseerbaar? | 31 |
| 3. | Deel 3: Resultaten..... | 32 |
| 3.1. | Inleiding..... | 32 |
| 3.2. | Voorstelling onderzoekssubjecten | 32 |
| 3.3. | Voorstelling thema's ouders en kinderen..... | 35 |
| 3.3.1. | Hoofdthema 1: Psychische problematiek van de ouder..... | 35 |
| 3.3.2. | Hoofdthema 2: Ouderschap | 40 |
| 3.3.3. | Hoofdthema 3: Context | 48 |
| 3.3.4. | Hoofdthema 4: De Hulpverlening..... | 52 |
| 3.3.5. | Hoofdthema 5: Multidimensionele Identiteit..... | 55 |
| 4. | Deel 4: Discussie en Conclusies..... | 58 |
| 4.1. | Inleiding..... | 58 |
| 4.2. | Antwoord op de onderzoeksvragen | 58 |
| 4.3. | Concluderende reflectie | 64 |
| 4.4. | Relevantie en aanbevelingen voor de praktijk..... | 65 |
| 4.5. | Aanwijzingen voor verder onderzoek..... | 66 |
| 4.6. | Kritische beschouwingen onderzoek | 66 |
| 4.6.1. | Onderzoeker en Subjectiviteit..... | 66 |
| 4.6.2. | Taboe en Selectiviteit..... | 67 |
| 4.6.3. | Alleenheerschappij narratieven?..... | 68 |
| 5. | Bronnenlijst..... | 69 |
| 6. | Bijlagen..... | 75 |

I. VOORWOORD

Waarschijnlijk is in dit onderdeel al duizend keer hetzelfde geschreven. Ik denk dat dit is omdat iedereen hetzelfde proces doormaakt en op het einde dezelfde enorme opluchting voelt.

Een thesis schrijven is een soort van zoektocht. Je weet niet waar je moet beginnen en je weet niet waar je zal eindigen. De ene dag zie je het bos door de bomen, de andere dag ben je het weer kwijt. Net zoals onze hele opleiding een zoektocht was. Met vallen en opstaan, maar telkens weer doorgaan naar het einddoel, dat nu binnen handbereik is. Het voelt goed om zo ver geraakt te zijn en al is het 'maar' een diploma, al is het 'maar' een thesis, op dit moment is dit al vijf jaar lang mijn streefdoel, dan vergeet je al gauw eens die 'maar'.

Doorheen deze opdracht heb ik het geluk gehad gesteund te worden door een achterban die altijd klaar stond. Eerst en vooral wil ik mijn ouders, zussen en mijn vriend vermelden. Dit project is niet zomaar een opdracht in de reeks naast alle andere opdrachten doorheen onze studie. Het is een afsluiten, een eind-werk. Dankzij mijn ouders heb ik de kans om te mogen afsluiten. Al die jaren heb ik van hen de kans gekregen om te mogen studeren, om mij te mogen vormen. Mijn ouders en zussen hebben het algemeen proces, vooral in tijden van examenperiodes, maar ook tijdens het schrijven van dit eindwerk, soms lijdzaam moeten ondergaan. Maar altijd weer met begrip van de opdracht en de moeite die ik ervoor moest doen. Eens wenen en we konden er weer tegen.

En dan, mijn vriend. Alle clichés 'à la rots in de branding' mogen op hem toegepast worden. Altijd weer, elke dag opnieuw, een duw in de rug, een luisterend oor voor mijn verhalen, een relativiserende hulp, een helpende hand voor verbeteren, opmaak, uittypen. Ik denk dat dit eindresultaat ook wel een beetje zijn eindwerk is.

Aan mijn vader en Hanne-Lise De Valck van Merchtem ook nog een speciale dankuwel voor de kritische blik en het nalezen van deze scriptie!

Aan de 'streefclub' ook een enorme merci. Dankzij jullie was ik nooit alleen aan het thesissen en werden pauzes leuke momenten! Ik zal onze samenwerking missen!

Ook wil ik graag mijn respondenten bedanken. Zonder hen was deze thesis zelf niet mogelijk geweest. Enkele uren van onze levens hebben onze wegen elkaar gekruist en hebben zij het zien zitten om te vertellen over de hoogtes en laagtes in hun levens. Ook wil ik hierbij de hulpverleners bedanken, die de moeite genomen hebben om hun cliënten te informeren over dit eindwerk. Dankuwel!

En tot slot een enorme dankuwel aan Veerle Soyez mijn promotor, en Caroline Vandekinderen, mijn begeleidster! Hun nauwgezet herlezen, het voorzien van nieuwe perspectieven, tips, reflecties,..., het antwoord op mijn duizend vragen, hebben ervoor gezorgd dat ik dit eindwerk nu met trots kan afronden. Dankuwel!

1. DEEL 1: LITERATUURSTUDIE

1.1. ALGEMENE INLEIDING

Het oorspronkelijke idee voor het opzet van deze scriptie is ontstaan uit een interesse in Kinderen van Ouders met een Psychische Problematiek, wat ook wel afgekort wordt tot 'KOPP'. Interesse en nieuwsgierigheid, want doorheen onze vijfjarige opleiding tot orthopedagoog hebben we nooit echt eerder over de kinderen van ouders met een psychische problematiek gesproken. Aangezien de benaming van een kind als 'het kind van een ouder met een psychische problematiek' impliciet een interactie tussen kind en ouder, en dus ook een opvoedingssituatie, veronderstelt, leek het me zeer zeker een onderzoekssubject waardig.

In eerste instantie besloot ik mij te focussen op de ervaringen van de kinderen, om hen stem te geven. Al gauw besepte ik dat dit opnieuw een onvolledig beeld zou schetsen en dat ik op die manier tekort zou doen aan de complexe realiteit, waarin relaties heel belangrijk zijn. De term KOPP zegt het zelf: Kinderen van Ouders. Door de benaming 'Kind' en 'Ouder' doet men recht aan de onverbreekbare band, een dualiteit die telkens een eenheid vormt, op welke manier de relatie ook vormgegeven wordt. Door deze bedenking werd besloten ook het verhaal van de ouders mee te nemen in deze scriptie, tenslotte interpreteren zij gebeurtenissen op hun eigen, individuele manier, met een (eventueel) andere kijk dan deze van hun kind.

Doorheen deze scriptie werd ervoor gekozen om de term 'ouders met een psychische problematiek' te hanteren, in plaats van 'psychiatrische problematiek'. "Daar elke mens beschikt over een psyche / geestelijke toestand legt de term 'psychische problemen' impliciet de potentiële aanwezigheid van psychische problemen bij elk van ons bloot, waardoor de binaire distictie tussen 'wij' en 'zij' wordt gekenterd" (Vandekinderen, 2008, p.4). Dit in tegenstelling tot de hoofdbrok literatuur waar men hoofdzakelijk spreekt over 'Psychiatrische Stoornissen'.

Dat er heel wat ouders leven met een psychische problematiek, is bovendien een fenomeen van alle tijden. Recentelijk worden deze problemen wel meer zichtbaar en geproblematiseerd door toenemende medische kennis met als gevolg, een toenemende medische diagnosticering. Deze tendens kan implicaties hebben voor de orthopedagogiek, die het begeleiden van kinderen van deze ouders voor zijn rekening zou kunnen nemen.

Deze scriptie gaat eerst in op de bestaande definities, initiatieven en cijfers rond KOPP die terug te vinden zijn binnen de gangbare literatuur. Daarna start een zoektocht naar de oorzaak van de centrale uitgangspunten binnen het discours rond kinderen van, en ouders met een psychische problematiek: 'een veronderstelling van unidirectionaliteit en een ongelijke *agency*¹ tussen ouder en kind'. Deze uitgangspunten kunnen begrepen worden binnen Het Modernisme

¹ De term 'agency' wordt hier gebruikt, aangezien er geen adequate vertaling is van dit begrip in het Nederlands. Meestal worden de termen beïnvloedingsbesef, besef van invloed, invloed, beïnvloeding,... gehanteerd. Dit zijn echter onderdelen van de overkoepelende term 'agency'

als paradigma, dat opgebouwd is op enkele centrale basispremissen, die op hun beurt kort aangehaald worden. Het totale discours veronderstelt een idee van normalisering waar te behalen normen en standaarden centraal staan. Dit fenomeen van normalisering wordt vervolgens vanuit postmoderne hoek bekeken.

Eerst staan we stil bij Het Postmodernisme als stroming, om daarna in te zoomen op de gevolgen voor het discours rond kinderen van ouders met een psychische problematiek en de ouders zelf, wanneer we een postmoderne blik hanteren. De aanwezige machtsprocessen worden van naderbij bekeken. Als laatste deel en bij wijze van conclusie van deze literatuurstudie, komt de probleemstelling met de daaruit volgende onderzoeksvragen aan bod.

1.2. DEFINITIES, INITIATIEVEN EN CIJFERS

1.2.1. WIE ZIJN 'KOPP'-KINDEREN²?

Met grote drukletters wordt een kind van een ouder met een psychische problematiek officieel een 'KOPP-kind' genoemd. Daarmee bedoelt men dat dit kind een kind is van een ouder met een majeure *psychiatrische* problematiek. Onder deze noemer worden hoofdzakelijk stemmingsstoornissen, schizofrenie en middelenmisbruik verstaan (Mayberry, Ling, Szackacs & Reupert, 2005). Officieus bevinden zich onder de noemer 'KOPP' ook kinderen van ouders met angststoornissen, psychosen of eender welke psychische problematiek die al dan niet een impact kan hebben op de ouder-kind relatie (De Clercq, 1998). '*Psychiatrisch*' veronderstelt een psychiatrische diagnose, maar ook kinderen van ouders die geen diagnose hebben, die geen psychiatrische behandeling krijgen, maar wél de aanwezigheid van een psychische moeilijkheid ondervinden, behoren tot de 'KOPP'-groep.

Een andere term die in de internationale literatuur terug te vinden is voor Kinderen van Ouders met een Psychische Problematiek, is een vertaling naar de engelse term: 'COPMI', 'Child of Parents with a Mental Illness' (Mayberry et al., 2005; Cowling, 2004; Fudge et al., 2004). Dit is de meest voorkomende benaming. Andere auteurs spreken ook nog van 'Children of a Parent with a Psychiatric Disability' (Riebschleger, 2004), 'parental mental illness' (Mc Connel Gladstone, Boydell & Mc Keever, 2006), 'parental depression' (Focht-Birkerts & Beardslee, 2000), 'parental mood disorders' (Beardslee & MacMillan, 1993).

We kunnen hieruit dus concluderen dat er een gebrek is aan eenduidige benaming van kinderen van ouders met een psychische problematiek in de internationale literatuur.

1.2.2. INITIATIEVEN IN VLAANDEREN EN NEDERLAND

Als centraal KOPP-initiatief in Vlaanderen is de organisatie 'Similes' zeker het vermelden waard. Similes is opgericht in 1972 als een vrijwilligersorganisatie van familieleden, voor familieleden. Meer specifiek is het een organisatie voor de gezinnen rond een persoon met een

² Hoewel 'Kinderen' reeds vervat zit in de term 'KOPP', gebruikt men vaak het pleonasme 'KOPP-kinderen'.

psychische problematiek. Ze willen een betere kwaliteit van de zorg voor personen met een psychische problematiek, vanuit de vaststelling dat het discours rond deze personen er nog steeds één is van stigma en taboe. Tegelijkertijd trachten ze hun belangen kenbaar te maken op het vlak van verschillende overheden. Er zijn over heel Vlaanderen vrijwilligers actief in één centrale vestiging per provincie (<http://nl.similes.be/>).

Een ander KOPP-initiatief, ontstaan uit een samenwerking met Similes en de Ambulante Dienst Geestelijke Gezondheidszorg, is het 'KOPP OP!-project'. Het is een preventief initiatief dat zich hoofdzakelijk richt tot de kinderen, op gelijk welke leeftijd, om hen te informeren, te ondersteunen en te begeleiden (<http://www.koppop.be/>).

Als laatste wil deze scriptie ook het samenwerkingsverband 'KOPP-Vlaanderen' kenbaar maken. KOPP-Vlaanderen is een "samenwerkingsverband tussen partners uit de Geestelijke Gezondheidszorg uit alle Vlaamse provincies en Brussel. Concreet zijn dit een aantal centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, enkele psychiatrische centra, Similes, Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg van Vlaanderen en Brussel, VAD, ..." (<http://www.koppvlaanderen.be/>).

Verder zijn er nog een heel aantal websites waar tal van info te vinden is, zoals www.koppvlaanderen.be, www.koap.be, www.kopstoring.nl en verenigingen van betrokkenen zoals: www.upsendowns.be, www.uilenspiegel.net, www.vad.be. Dit is slechts een greep uit het aanbod. De meeste sites bieden ruimte tot een forum waar personen hun ervaringen kunnen delen en tot een informatiepunt waar van alles te vinden is over psychische problematieken en tips om ermee om te gaan.

De doelstelling van deze initiatieven kunnen hoofdzakelijk samengevat worden onder de noemers sensibilisatie, preventie en begeleiding. Deze initiatieven zijn reeds in volle gang in verschillende domeinen, zowel in de Geestelijke Gezondheidszorg als in de Bijzondere Jeugdzorg. Brochures, vormingen, videomateriaal, werkmappen en zelfs handleidingen 'wat te doen als je een ouder hebt met een psychische problematiek' zijn voor handen. De klemtoon ligt wel nog hoofdzakelijk op sensibiliseren en preventie, het onderdeel 'begeleiding' blijft nog wat achter, hoewel hier en daar al dagcentra en thuisbegeleidingsdiensten werken met een specifieke begeleiding voor kinderen van ouders met een psychische problematiek.

Zoals hierboven beschreven zijn de meeste acties rond KOPP dus vooral websites op het internet. Andere informatie kan ook verschaft worden via folders, die kunnen uitgedeeld worden in CGG's³. Similes heeft ook een reeks van kinderboeken gepubliceerd, voor kinderen van 3 tot 18 jaar, die de situatie beschrijven van het hebben van een ouder met een psychische problematiek.

³ Centra Geestelijke Gezondheidszorg

1.2.3. CIJFERS IN VLAANDEREN EN NEDERLAND

Wat betreft cijfergegevens zijn er in Vlaanderen weinig exacte cijfers bekend. De organisatie Similes telt op dit moment ongeveer 3000 leden. Dit ledenaantal lijkt echter geen juiste weergave van het werkelijke aantal te zijn, aangezien er een schatting bestaat van zo'n 800.000 familiebetrokkenen in Vlaanderen van personen met psychische problemen (<http://nl.similes.be>). In Nederland is er sprake van 1,6 miljoen kinderen en jongeren tot 22 jaar die een ouder met een psychische problematiek hebben (www.kopstoring.nl).

Zoals uit het bovenstaande kan blijken, is het niet gemakkelijk om exacte aantallen op het spoor te komen. De reden hiervoor zoekt men onder andere in de trage evolutie naar het besef van aanwezigheid van een context rond de persoon met een psychische problematiek. Een context die invloed ondervindt. KOPP-kinderen vormen nog vaak een stille vergeten groep, ondanks de toenemende sensibilisering. 'Vergeten', omdat ze vaak afgeschermd worden van de ouder en van zijn/haar hulpverlening. 'Vergeten', omdat ze vaak hun bezorgdheid of problemen niet uitdrukken vanwege gevoelens van schuld en schaamte. Kinderen zijn al snel geneigd te denken dat de problemen veroorzaakt zijn door hun eigen schuld (werkmap KOPP, 2001).

Het is opmerkelijk dat er heel wat studies (zie 1.5.3.) melding maken van de prevalentie van psychische problemen bij kinderen van ouders met een psychische problematiek. Vreemd genoeg zijn er wel geen enkele duidelijke prevalentiecijfers bekend (van het algemene, effectieve aantal kinderen met of zonder psychische problematiek, van ouders met een psychische problematiek) waarop men zich daarvoor zou op kunnen baseren.

1.3. 'KOPP-DISCOURS' ALS EENRICHTINGSVERKEER

Bij het onderzoeken van de aanwezigheid van een vorm van interactie tussen ouder en kind binnen de Geestelijke Gezondheidszorg, zien we dat hulpverleners (psychologen, psychiaters) binnen de Geestelijke Gezondheidszorg vaak minimaal tot geen contact met de partner of de omgeving van de persoon in kwestie organiseren. Zeker wat betreft het kind van de ouder, is er een volledige afscheiding van het therapeutisch proces dat de ouder doorloopt. Door het ontstaan van het risico-idee rond het kind, gaat men tegenwoordig wel therapeutische interventiemogelijkheden opzetten voor kinderen van ouders met een psychische problematiek (KOPP-initiatieven). Dit lijkt een goede evolutie, omdat men op die manier ook oog gaat krijgen voor de noden van het kind, die mogelijk kunnen lijden onder de situatie waarin het kind zelf en zijn/haar ouder zich bevindt (Mayberry et al., 2005). Op die manier kan het kind naar buiten komen met zorgen waarmee hij/zij kan zitten, want door de zorg voor hun ouder met psychische problemen, verstoppen ze vaak hun moeilijkheden (De Clercq, 1997).

Ook in deze KOPP-initiatieven kunnen we vaststellen dat men zelden een begeleidingsproces opzet voor ouder en kind samen, dit in tegenstelling tot de definiëring van de problematiek die een kind zou ervaren: een verstoorde interactie tussen ouder en kind, door de aanwezigheid van de psychische problematiek van de ouder (Cowling, 2004). KOPP-initiatieven voorzien enkel ruimte voor het kind. Zonder te ontkennen dat dit noodzakelijk is en dat een kind deze ruimte effectief ook kán nodig hebben, rijst echter de vraag naar de oorsprong van die radicale opsplitsing en het gescheiden houden van ouder en kind. In de Geestelijke Gezondheidszorg wordt bijna altijd enkel de ouder gezien in het hulpverleningsproces, in de KOPP-initiatieven zoomt men enkel in op het kind. De vraag dringt zich op waarom dat de interactie zo hardnekkig buiten beschouwing wordt gelaten?

Heel wat onderzoek rond kinderen van ouders met een psychische problematiek identificeert de aanwezigheid van risico- en beschermingsfactoren voor het later ontwikkelen van een psychische problematiek bij het kind. Eén van die beschermingsfactoren beschrijft men als een goede 'ouder-kind interactie' en een goed hechtingsrelatie, 'familiale resilience', eerder dan de nadruk op individuele 'resilience' (Vanderspikken, 1997; Walsh, 1996). Desondanks deze vaststelling, wordt er zoals boven beschreven, zelden gewerkt rond de interactie ouder-kind. Ook in de literatuur rond kinderen van ouders met een psychische problematiek wordt de ouder-kind relatie en de kenmerken ervan weinig belicht (Downey & Coyne, 1990). Eerder bekijkt men het kind vanuit een aparte hoek, los van de hulpverlening aan de ouder.

Er lijkt dus gebrek aan een benadering die de verbondenheid tussen ouder en kind recht aan doet en gaat werken met de interactie tussen ouder en kind. Tegelijkertijd zou een eenzijdige focus op enkel het microsysteem evenwel tekort doen aan de complexe realiteit. Er zijn ook nog heel wat andere factoren die een invloed hebben op de gezondheid van een systeem, in dit geval, de ouder-kind relatie. Als reactie op de strikte unidirectionele causaliteit, waarbij de ouder verondersteld wordt het volledige aandeel te bezitten als oorzaak op het kind (gevolg) (Dillon, 2002) zijn er volgens Bronfenbrenner (1986) nog heel wat andere, externe invloeden die een impact kunnen hebben op de capaciteit van een familie om de gezonde ontwikkeling van hun kinderen en van henzelf te waarborgen. Dus om die gezonde ontwikkeling van naderbij te gaan bekijken, moet je eigenlijk het volledig ecologisch systeem rond het microsysteem, dat bestaat uit ouder en kind, gaan onderzoeken, en niet enkel een focus op de afzonderlijke actoren van het microsysteem hanteren. Dit gehele ecologisch systeem bestaat uit 4 subsystemen (Bronfenbrenner, 1994). Het **microsysteem** is daar één van en is de plaats waar de 'face-to-face'-interactie plaatsvindt. Familie, school, vrienden, werkplaats, zijn hiervan enkele voorbeelden. Een niveau hoger vinden we het **mesosysteem**, waar zich linken en processen bevinden tussen twee of meer elementen vanuit het microsysteem, bijvoorbeeld de invloed van de school op het kind. Op het volgend niveau bestaat het **exosysteem**, dit systeem, dat niet voorkomt in de directe omgeving van het kind, heeft toch ook onrechtstreeks een invloed op de ontwikkeling van het kind. Het gaat veelal over de netwerken waarin de ouders zich (al dan niet)

bevinden (Bronfenbrenner, 1986). Denk maar aan de (afwezige) werksituatie van de ouders, de buurt, hulpverlening van de ouders,...Als laatste sfeer vinden we het **macrosysteem**, een overkoepelend patroon van het micro-, meso-, en exosysteem, die de kenmerken van deze systemen bepaald. Het macrosysteem kan gezien worden als een blauwdruk voor een bepaalde cultuur of subcultuur waarin het kind zich bevindt (Bronfenbrenner, 1994). Op die manier kunnen er verschillende 'blauwdrukken' of macrosystemen naast elkaar bestaan.

“This formulation points to the necessity of going beyond the simple labels of class and culture to identify more specific social and psychological features at the macrosystem level that ultimately affect the particular conditions and processes occurring in the microsystem (see Bronfenbrenner 1986a, 1986b, 1988, 1989, 1993)” (Bronfenbrenner, 1994, p. 40).

Het bovenstaande dient om aan te tonen dat een gesloten focus op enkel het microsysteem een te eenzijdige en gesloten kijk is, er zijn ontelbaar veel andere invloeden die een systeem (hier de ouder-kind relatie) kunnen beïnvloeden.

Zo'n macrosysteem kan ook een paradigma worden genoemd. Een paradigma is “...a combination of meta-theoretical, theoretical and methodological assumptions about how to develop a cumulative tradition of research...” (Morrow & Torres, 1995, pp.24-25, in Gabel & Peters, 2004, p.586) Hieronder volgt eerst een beschrijving van het ruime 'paradigma' waarin het hele discours van kinderen van en ouders met een psychische problematiek zich doorgaans bevindt, meer bepaald 'het modernisme'. Erna belicht deze scriptie de methodologische assumpties die mee aan de basis liggen.

1.4. RUIMERE BASIS: HET MODERNISME

“Modernism is that moment when man invented himself, when he no longer saw himself as a reflection from God or Nature” (Cooper & Burrell, 1988, p. 94).

Het modernisme streeft naar het poneren van De Waarheid. Deze drang naar objectieve waarheid vindt zijn fundament in het centrale idee van verklaring, duiding en vooruitgang doorheen het modernistisch project (Bury, 2008). Het streven naar verklaring dient om inzicht te creëren in de complexe Natuur en om doorzichtigheid van het Onkenbare, aan de hand van wetten, te verhogen. Oorzaak-gevolg verbanden worden bloot gelegd en bieden een logische verklaring voor fenomenen, waardoor de mens niet in constante onzekerheid verkeert en zich in zeker mate kan bevrijden van de beperkingen die de natuur aan de mens oplegt.

Het streven naar vooruitgang is eigen aan de geest van de Verlichting. Deze intellectuele mijlpaal voorzag de mens van een streven, een continu strijden tegen de eindigheid die eigen is aan de natuur. In de lijn van deze gedachte bestrijdt men ook de beperkingen die de natuur oplegt aan de mens. Wanneer de natuur een onvolmaaktheid heeft ingegeven, poogt men telkens opnieuw deze imperfectheden bij te schaven, te laten evolueren naar een toestand die

zo dicht mogelijk aanleunt bij het 'normale'. Bij de aanwezigheid van een onvolmaaktheid zoals een psychische problematiek gaat men eerst zo snel mogelijk de toestand onder controle proberen te krijgen, om daarna naar manieren te zoeken om de toestand te *veranderen* naar een meer gewenste, *normale* geestestoestand. Veranderen naar de gangbare norm. Mensen zijn bang van het *abnormale*, omdat dit hen opnieuw doet herinneren aan de dominantie van de natuur boven de mens, de aanwezigheid van een 'eindigheid', een gegeven dat men tracht te ontvluchten door een continu streven om zo de druk van die eindigheid, beperktheid, die eigen is aan de mens, te ontvluchten.

Dit uitgangspunt en het verheerlijken van normaliteit dat men moet nastreven, beroept zich op een idee van 'waarheid'. De menswetenschappen beroepen zich op 'wetenschap' en worden algemeen aanvaard als een waarheidsbezittend fenomeen, dus de normaliteitsgedachte bevindt zich in een 'discours van waarheid', waaraan het gros van de mensen niet twijfelt (Kraan, 2006). Ook binnen de psychiatrie, dat binnen het modernistisch project is ontstaan, staat objectiviteit, dus waarheid, op een voetstuk. Men probeert en pretendeert binnen de psychiatrie de feiten weer te geven. Er wordt een hypothese opgesteld en aan de hand daarvan wordt een diagnose gesteld. Zolang men deze hypothese niet falsifieert, is de hypothese en dus ook de diagnose erkend als de waarheid. En "... when psychiatry discovers the Truth about a condition, it is assumed to be true across all cultures and across all historical eras;..." (Lewis, 2000, p. 74). De psychiater bezit de kennis en de legitimering om diagnoses uit te spreken, en bezit bijgevolg ook heel veel macht. Op die manier domineren kennisstructuren en psychiaters volgens Robertson (2005) het discours rond psychiatrie en definiëren zij 'madness' als deviant en onwenselijk gedrag volgens de sociale norm. En deze definitie wordt algemeen aanvaard en gedragen in de beeldvorming van de mensen ten aanzien van personen met een psychische problematiek. "Psychiatry is thus what those in positions of power define it to be." (Robertson, 2005, p. 345)

Door het ontstaan van academische interesse in de mens, krijg het kind letterlijk en figuurlijk een naam: diagnoses krijgen het levenslicht zodanig dat men afwijkingen van normaliteit overzichtelijk in categorieën kan opdelen. De dominantie van genetische en biochemische verklaringen die inzicht verhogen in de oorzaken van psychische problemen, is te wijten aan de recente vooruitgang wat betreft de verklaring van fysiek of mentaal zieke personen in de genetica, neurologie en farmacologie (Busfield, 2000). Op die manier poogt men 'afwijkingen' eerder te be-noemen, een naam te geven, in plaats van de 'afwijking' écht te leren kennen. Taal speelt in deze zin eerder een minimalistische rol, een objectief medium, dat louter als transmissiemiddel voor geobserveerde categorieën en beredeneerde theorieën dient (Lewis, 2000). De kennis van de psychiater wordt overgezet op de patiënt via een diagnose, een label, met als impliciet doel dat de persoon inzicht krijgt over hoe de anderen hem/haar zien. De vraag hierbij is echter in hoeverre een persoon zijn/haar identiteit dan nog ruimte krijgt om andere gedaanten aan te nemen dan de categorie waarin men opgedeeld wordt en de persoon niet als

vanzelf zijn/haar zelfbeeld naar deze opgespelde subjectieve identiteit transformeert (Roberts, 2005)?

Als we nu binnen het discours rond kinderen van, en ouders met een psychische problematiek, gaan zoeken naar kenmerken van dit modernisme, zien we dat men vooral een unilateraal causaal verklaringsmodel hanteert. De gangbare opvatting is dat de ouder met zijn/haar psychische problematiek het kind beïnvloedt. Op die manier beziet men de ouder en het kind als aparte actoren. Er is enkel sprake van eenrichtingsverkeer. Dit unilateraal model veronderstelt tegelijkertijd ongelijke *agency* van ouder en kind, met een meer actieve rol aan de ouder toebedeeld (Kuczynski, 2003).

In het volgende onderdeel gaan we kijken welke modernistische assumpties en mechanismen dit eenrichtingsverkeer binnen het KOPP-discours veroorzaken. Welke rollen spelen de ruimere maatschappelijke opvattingen, context en tendensen, in deze opsplitsing ouder-kind? Hoe is deze visie ontstaan van het hulpeloze kind, als afhankelijke *tabula rasa* die wordt beschreven door zijn ouder (Dillon, 2002)?

1.5. ASSUMPTIES AAN DE BASIS VAN HET MODERNISME

1.5.1. BESCHERMINGSLOGICA

Het idee van ongelijke *agency* tussen ouder en kind is ontstaan uit een beschermingslogica waarbij men een spanningsveld creëert dat de belangen van ouder en kind tegenover elkaar plaatst. “Men benadert het gezin niet als één geheel, maar als een verzameling van actoren met verschillende belangen”(Bouverne-De Bie, Roose & Vettenburg, 2003 in Vandekinderen, 2007). In een poging om een oorzaak te vinden voor deze duidelijke scheiding tussen ouders en kinderen, dat men ook hanteert in het discours rond KOPP, botsen we op historische wortels in het midden van de 18^e eeuw.

Op dat moment ontstond er volgens Dasberg (1975) een zonnig jeugdland, vrij en onbezorgd, afgeschermd van de ‘grote’ wereld van de volwassenen. Dit ‘jeugdland’ nestelde zich heel snel in de opvattingen van de pedagogiek en is daar gedurende al die tijd blijven zitten (Depaepe, Simon & Van Gorp, 2005). Door dit interpretatiekader bekeek men, en bekijkt men nu nog steeds, de kindertijd als kritische fase, dat wil zeggen, eerder als een voorbereidende fase op volwassenheid dan als een ‘participatieve’ fase. Als een voorbereiding op het ware leven waarbij het kind als onaf, passief en in ontwikkeling bestempeld wordt in plaats van het kind te benoemen als een actieve agent. “Uit het kind dat niet meer volwassen hoefde te wezen, groeide het kind dat niet meer volwassen mocht zijn” (Dasberg, 1975, p.17). Een socialisatieproces is dus noodzakelijk om voorbereid te zijn op het ‘echte’, volwassen leven. Volgens Mayall (1998) kunnen we dit socialisatieproces zien als een zeer volwassen-gefocus, individualistisch en deterministisch gegeven. Er is sprake van eenrichtingsverkeer waarbij de

kinderen de normen moeten leren die noodzakelijk zijn om hen te doen passen in het volwassen leven, dat moet passen binnen het bestaande maatschappelijk project.

Op die manier wordt 'dé' kindertijd in de 'mainstream' sociologie zonder problemen bekeken als een afgebakende periode waarin socialisatieprojecten binnen het privé domein centraal staan.

“Children’s real biological vulnerabilities and dependencies are not conflated with those that are constructed socially” (James et al., 1998, in Mc Connel Gladstone et al., p.2541).

Ook voor de volwassenen of ouders heeft de constructie van het 'jeugdland' verregaande gevolgen. Er ontstond een mechanisme van civilisatie (Elias, Mennel & Goudsblom), dat volgens Depaepe et al. (2005, p.42) “...[wordt] teruggevoerd tot het steeds 'netter' en 'tammer' maken van mensen via complexe vormen van sociale en psychische beïnvloeding”. Een burgerlijk beschavingsoffensief werd ingezet en het welslagen van dit project kwam bij de ouders te liggen, immers, beschaven tot burgers moest via de opvoeding gebeuren. Naar aanleiding van het groeiend inzicht over het belang van de opvoeding en de groeiende interesse in het kind zelf dat moest uitgroeien tot een volwaardig burger die kon meebouwen aan het maatschappelijk project, ging men normen gaan identificeren waaraan men een goede evolutie kon afmeten. En de ouders moesten er voor zorgen dat hun kinderen deze burgerlijke normen behaalden. Deze standaarden werden geleverd door de ontwikkelingspsychologie.

1.5.2. ONTWIKKELINGSPSYCHOLOGIE

Een andere assumptie aan de basis van het modernisme of aan de basis van de ongelijke *agency* tussen kind en ouder, zijn de uitgangspunten van de ontwikkelingspsychologie. Elk domein van wetenschap heeft een specifiek domein van kennis. Ontwikkelingspsychologie houdt zich hoofdzakelijk bezig met kinderpsychologie en pretendeert oplossingen te bezitten voor alledaagse problemen wat betreft ontwikkelingsstoornissen, opvoeden, educatie, enz. (Breeuwsma, 1993). Deze tak van de wetenschap bekijkt de ontwikkeling van een persoon en gaat enerzijds kijken welke factoren 'verandering' faciliteren, anderzijds welke factoren eerder aversief zijn voor ontwikkeling. De vaststelling dat een mens continu verandert om een steeds hoger doel van ontwikkeling te bereiken, heeft geleid tot een fixatie van te behalen doelstellingen, op verschillende terreinen, zoals mentale processen, gedrag, sociaal gedrag, taalontwikkeling en perceptie (Miller, 1989). Op die manier heeft de ontwikkelingspsychologie een groot aandeel in de trend naar een idee van normalisering. Er werd een soort kind- en ouderbeeld naar voor geschoven als meest wenselijk gegeven, om een zo optimaal mogelijke ontwikkeling te bekomen, in de geest van het burgerlijk beschavingsoffensief.

Het uitgangspunt voor dit kindbeeld, geleverd door de ontwikkelingspsychologie, is het vooruitgangsidee waarbij het kind stap voor stap verschillende ontwikkelingsfasen moet doorlopen, om telkens tot een hoger niveau van functioneren te komen (Darbyshire, Oster & Carrig, 2000). Zoals reeds boven vermeld, worden er per fase cruciale factoren geïdentificeerd die noodzakelijk zijn voor de wenselijke ontwikkeling van het kind. Wanneer er geen sprake is

van een ideale situatie, maar wel van een situatie met hindernissen in het bereiken van de *normale* ontwikkeling, dan spreekt men van 'dysfunctie', wat zoveel wil zeggen als 'gestoorde werking'.

Op die manier komen we bij een voorgeschreven ouderbeeld dat vooropstelt om zo goed mogelijk te voldoen aan alle condities om een zo optimaal mogelijke ontwikkeling te bereiken van hun kind. De ontwikkelingspsychologie benadrukt het belang van een correcte en regelmatige stimulering door de ouders ten aanzien van het kind, teneinde tot een goede ontwikkeling te komen (Bouverne-De Bie & Roose, 2007). Deze gedachtegang voortzettend leeft de idee dat sommige ouders met een psychische problematiek onvoldoende beschikbaar zijn en net door de aanwezigheid van hun problematiek niet altijd in staat zijn tot 'goed genoeg ouderschap' met een correcte en regelmatige stimulering. Perfectie is de norm in onze moderne samenleving en men spreekt van 'dysfunctie', wanneer de ouder-kind relatie niet gekarakteriseerd wordt door de voorgeschreven kenmerken (Ratnapalan & Batty, 2009).

Hoewel het kan gebeuren dat een ouder, tijdens de proliferatie van de psychische problematiek, in een opvoedingssituatie niet voldoende kan beschikbaar zijn teneinde de ontwikkeling van het kind zo optimaal mogelijk te laten verlopen, wordt er in het KOPP-discours vanuit gegaan dat het kind van een ouder met een psychische problematiek sowieso altijd '*at risk*' is. Met gradaties, tijdsgebonden verloop, copingsmechanismen wordt in beperkte mate rekening gehouden. Ouders met een psychische problematiek worden vaak als vanzelf verondersteld niet genoeg te kunnen voldoen aan de eisen die een opvoedingsrelatie stelt. Het zijn evenwel steeds de eisen die vooropgesteld worden door burgerlijke normen en ontwikkelingstheorieën, die vanzelf als voor waar en als 'normaal' aangenomen worden.

In dit licht kunnen ook de preventie-initiatieven gezien worden. Vroegtijdige tussenkomst wordt als onmisbaar gezien om de potentiële nefaste gevolgen in te dijken en om zo snel mogelijk de 'resilience' binnen de jongere aan te spreken zodanig dat ontplooiingskansen verzekerd worden. Preventie dient tegelijkertijd het meer maatschappelijk doel, het 'ideaal' burgerlijk beschavingsdoel: ziekte zorgt voor economische lasten aan de maatschappij, dus het indijken en een poging tot tegenhouden van het ontwikkelen van mogelijk nieuwe 'zieke' burgers staat centraal (Mc Connel Gladstone, 2006).

Deze risicogedachte is ook ontstaan onder invloed van de deïstitutionalisering met zijn nadruk op integratie, met als gevolg een toename aan wetenschappelijk onderzoek over de effecten op de omgeving van de persoon met een psychische problematiek. Op die manier ontstond er ook een groei aan wetenschappelijke verklaringsmogelijkheden, waardoor men steeds vaker psychopathologie ging herkennen. Deze evolutie wordt in de volgende alinea besproken. Anderzijds kan de vraag gesteld worden of de risicogedachte niet reeds bestond vanuit een beschermings- en normaliseringsidee en dat wetenschappers juist door deze opvatting gestart zijn met hun onderzoek? De kip of het ei?

1.5.3. RISICODISOURS

Naar aanleiding van onder andere de deïinstitutionalisering en bijgevolg het meer zichtbaar worden van een psychische problematiek door de klemtoon op integratie, werd een poging ondernomen om het taboe te doorbreken dat heerst(e) binnen de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie. Men is oog beginnen krijgen voor de leefwereld van de persoon met een psychische problematiek. De persoon werd namelijk niet langer verborgen gehouden voor de maatschappij, door de nadruk te leggen op integratie in plaats van 'opsluiting'. Op die manier kwamen de ouders met een psychische problematiek opnieuw in contact met hun eigenlijke omgeving en veronderstelde men een invloed van de aanwezige psychische problematiek op die omgeving (werkmap KOPP, 2001).

De veronderstelde negatieve invloed, van personen met een psychische problematiek op de omgeving werd geproblematiseerd door wetenschappelijke ontwikkelingspathologische oorzaak-gevolg verklaringen. Het opnieuw samenleven van ouder en kind, identificeerde men al snel als een risicosituatie. Het hele discours rond kinderen van ouders met een psychische problematiek en de ouders met een psychische problematiek is "...rooted within larger discourses about risk and contemporary childhood..." (Beck, 1992; Douglas, 1990; Lupton, 1995; Scott, Jackson & Backett-Milburn, 1998; Valentine, 1996 in Mc Connel Gladstone et al., 2006, p.2541).

Hoe het ook zij, door deze toenemende mate van zichtbaarheid van een psychische problematiek bij ouders, ontstond ook bezorgdheid wat betreft de kinderen -hand in hand gaand met de hypothese dat deze kinderen meer kwetsbaar zouden zijn voor het ontwikkelen van psychopathologie, meer specifiek depressie, of gedragsstoornissen in het algemeen- dan kinderen met ouder(s) zonder psychische problemen. De opkomst van deze hypothese is te situeren in de jaren '70, begin de jaren '80 (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998). Onder invloed van bovenstaande tendens ontstond een hele resem aan cross-sectionele en retrospectieve studies naar de gevolgen voor kinderen van ouders met een psychische problematiek (Beardslee & MacMillan, 1993; Beardslee et al., 1998; Darbyshire et al., 2000; Downey & Coyne, 1990; Thompson, Pierre, Boger, Mckowen, Chan & Feed, 2010). Op die manier ontstond en verankerde zich de idee dat kinderen van ouders met een psychische problematiek bepaalde risico's zouden lopen door de aanwezigheid van een psychische problematiek bij de ouder. Kinderen van ouders met een psychische problematiek worden vanaf dan 'children at risk' genoemd (Grillon, Dierker & Merikangas, 1997; Mc Connel Gladstone et al., 2006). "*Risk means that a set of possible outcomes is known and that the probability of each outcome can be stated*" (Bell, 1974, p.30 in Burrell en Cooper, 1988, pp.95-96).

De reden voor deze risicogedachte kan gevonden worden in onder andere het causaal verklaringsmodel van de genetische impact, dat stelt dat één op drie kinderen van ouders met een psychische problematiek ook een stoornis zou ontwikkelen op latere leeftijd (Vanderspikken, 1997; Beardslee et al., 1998). In de lijn van de risicogedachte worden in deze

studies ook telkens 'risicofactoren' geïdentificeerd. Dit zijn verschillende factoren die als mogelijke voorspeller gezien worden voor het ontwikkelen van een psychische problematiek op latere leeftijd.

De klemtoon ligt dus hoofdzakelijk op het identificeren van risicofactoren voor een kind op het ontwikkelen van een psychische problematiek op latere leeftijd. Hoewel weinig onderzoek de zaak vanuit een 'strengthsbased-perspectief' bekijkt, is er toch een vaag lichtpunt in het problematiseringsdiscours rond KOPP. Naast risicofactoren leggen enkele studies toch een tegengewicht in de schaal en besteden aandacht aan de aanwezigheid van beschermende factoren, zoals 'resilience' en compensatiemogelijkheden van zowel kinderen als ouders. Sommige recentere studies slagen er in om aan te tonen dat er ook een aantal jongeren zijn die de negatieve dans ontspringen en dus geen psychische problematiek ontwikkelen (Beardslee et al., 1998). Tenslotte is het prevalentiecijfer voor het ontwikkelen van een psychische problematiek op latere leeftijd van een kind van een ouder met een psychische problematiek, één op drie. Met andere woorden zijn er twee derden van de kinderen die géén psychische problematiek ontwikkelen op latere leeftijd (Vanderspikken, 1997). Dit feit wordt in de onderzoeken echter buiten beschouwing gelaten. Het kan evenwel in vraag gesteld worden of dit algemeen aanvaard prevalentiecijfer van één op drie wel zo waarheidsgetrouw en ongenueanceerd is als het laat uitschijnen.

1.5.4. KANTTEKENING: MODERNISME = NORMALISERING?!

Onder invloed van deze voorgaande assumpties is de toon gezet naar standaarden waaraan ouders moeten voldoen. Het ouderschap aanschouwt men volledig 'in het belang van het kind', lees: in het belang van het gepast invoegen in de maatschappij, in het belang van zich 'normaal' te gedragen, zoals het hoort. Men gaat de belangen van het kind spiegelen aan de standaarden waaraan kinderen op 'gemiddelde leeftijden' moeten voldoen. Op deze wijze ontstaat een grote druk op ouders om hun kinderen tot de norm te kunnen opvoeden en op die manier te helpen bijdragen aan het 'maatschappelijk welzijn'. Burgerlijke standaarden worden het dominante streefdoel, wat zoveel betekent als het nastreven van de opvattingen van de bourgeoisie en de adel die vooropgesteld worden binnen de opvoeding, in de hoop op een burgerlijke maatschappij (Coussée, 2006).

Alles wat 'normaal' lijkt te zijn, wordt gedefinieerd als mentale gezondheid. Alles wat lijkt af te wijken van dit normale, wordt gedefinieerd als mentale ziekte. Het conceptuele discours rond personen met psychische problemen is opgebouwd rond concepten zoals 'stoornis' en/of 'individuele pathologie' (Beresford & Wilson, 2002). Men draagt de opvatting naar voor dat 'er niets kan aan gedaan worden, hun functioneren is gewoonweg een gevolg van een 'foutje' in hun genen, een defect, waardoor ze anders zijn'. Door de nadruk op het fysische wordt zagezegd de verantwoordelijkheid bij het individu weggenomen, waardoor men zich focust op het lichaam van een persoon, op persoonlijke gebreken, in plaats van zich op de sociale processen en gebreken in de maatschappij te focussen. Ondanks deze heersende opvatting

van 'een fout van de natuur', blijft het probleem hoe dan ook toch vaak bij de persoon zelf liggen.

“Although biogenetic/biomedical rhetoric ‘blames’ faulty genes or chemical imbalances for ‘mental illnesses’, rather than the individual mental health service users themselves, blame and shame are still frequently felt by the individuals to whom these faulty genes or chemical imbalances ostensibly ‘belong’” (Beresford & Wilson, 2002, p. 543).

Enkele andere vragen steken nog de kop op, zoals: wie definieert een situatie van een kind met een ouder met een psychische problematiek als problematisch? Vindt het kind dit problematisch of definieert de hulpverlener of een persoon met een 'normale' opvoeding dit als problematisch? Het is vanuit deze bedenkingen dat in de volgende paragrafen een postmoderne blik wordt gehanteerd. Eerst staan we stil bij het postmodernisme als stroming, om daarna in te zoomen op de gevolgen voor het KOPP-discours wanneer we een postmoderne blik hanteren. De aanwezige machtsprocessen worden dan ook van naderbij bekeken.

1.6. EEN POSTMODERNE BLIK

1.6.1. SHIFT NAAR EEN ANDER PARADIGMA

“Science showed the universe as we chose to see it, not as it truly is. (Robertson, 2005, p. 344)

Wat is nu precies Het Postmodernisme? De term 'postmodernisme' zorgt vaak voor verwarring aangezien het concept gebruikt kan worden voor verschillende betekenissen. Lewis (2000, p.76) beschrijft de drie centrale betekenissen als volgt: als eerste element haalt hij de postmoderne kunst aan, literatuur of architectuur. Ten tweede benoemt hij de postmoderne cultuur die refereert naar de recente explosie in wereldculturen beïnvloed door massamedia, wereldburgerschap en kapitalisme. Als derde en als laatste centrale betekenis van postmodernisme heeft hij het over de postmoderne theorie, die verwijst naar de recente filosofische kritieken op de filosofie van de Verlichting. Het is in de geest van de derde betekenis dat de volgende alinea's vorm krijgen.

Een gevolg van het postmodernisme is een groeiende kritiek tegen ontwikkelingsparadigma's omdat zij enkel die uniforme visie van waarheidspretentie hanteren. Er wordt een soort van gemiddeld of standaardpatroon verwacht van elk kind. Er is weinig ruimte voor de uniciteit en individuele beleving van het kind. Door kinderen die afwijken van dit standaardpatroon 'children at risk' te noemen, wordt een duidelijke bezorgdheid geëxpliciteerd. Tegelijkertijd zijn deze kinderen rechtstreeks voorzien van een label die deze bezorgdheid uitdrukt. Volgens Devlin & O'Brien (1999) volgt deze 'risicostatus' hen mogelijks tot in de volwassenheid, daar waar hen voorspeld werd een grote kans te maken op het verwerven van een psychische problematiek. Op die manier ontstaat de veronderstelling van een multigenerationeel probleem. De

problematiek wordt dan als het ware doorgegeven van ouder op kind, van het kind op het kleinkind enzovoort. “These children grow up to be users of adult health and welfare services and are very likely to perpetuate the cycle of dysfunction and disadvantage when they become parents themselves” (Devlin & O'Brien, 1999, p. 26).

De vraag die hier evenwel opduikt is of men de jongeren dan wel nog enig krediet of mogelijkheden verschaft, als men hen dit toekomstperspectief al bij voorbaat toebedeelt? Wanneer jongeren het moeilijk hebben worden deze moeilijkheden al snel in het licht gezien van hun risicostatus. “... it has been postulated that the direct effects of parental illness are less influential than the social adversity that is usually associated with mental illness” (Rutter, 1989; Hall, 2004 in Mc Connel Gladstone et al., 2006, p.2542). Veronderstelt deze eenzijdige focus op de invloed die een ouder kan hebben op het kind, geen reductie van een complexe en multidimensionale werkelijkheid?

1.6.2. MULTIDIMENSIONELE WERKELIJKHEID EN DE ROL VAN TAAL

Zoals hierboven reeds werd beschreven, verheerlijkte het modernisme dé objectieve Waarheid, terwijl de postmoderne filosofen nu net deze universele waarheden in vraag stellen. Binnen het postmoderne perspectief wil men ook aandacht hebben voor de multidimensionaliteit van de werkelijkheid, “voor het gefragmenteerde en heterogene karakter van de hedendaagse cultuur, wetenschap en maatschappij” (Leezenberg & De Vries, 2001, p. 199), dat juist het tegengestelde veronderstelt van één grote objectieve waarheid, één *grand theory* (Verhesschen, 2000) zoals men postuleert binnen het modernistisch project. De legitimatie van de bronnen van deze waarheid (denk maar aan waarheden geleverd door God, de natuur, de wetenschap,...) zien zij niet langer zomaar voor waar aan. De minimalistische, transmissierol van taal, die binnen de moderniteit aan de orde is enkel om te be-noemen, voldoet niet langer voor de postmoderne filosofen. Eerder ziet men menselijke taal als een *begrijpbaar* fenomeen, dat verstrikt zit in een web van relaties en hierdoor ook betekenis krijgt. Taal kan hierbij niet zozeer als objectief medium gezien worden. Immers, “volgens Derrida vormen de begrippenparen waarmee we denken [...] opposities die niet neutraal van karakter zijn, maar hiërarchische ordeningen impliceren” (Leezenberg & De Vries, 2001, p. 206). Door het gebruik van taal ontstaat dus het binair denken, het denken in termen van tegengestelden. Op die manier ontstaan categorieën en tegenstellingen met de impliciete aanwezigheid van hiërarchische ordeningen. Er kan geen samengaan, een ‘en’ zijn, het gaat enkel over ‘of’ ‘of’. Deze tegenstellingen leiden tot een grote drang van de mens om te streven naar een ‘beter’ doel, om het ‘in orde te brengen’ om tot de categorie ‘normaal’ te kunnen behoren. Het is het één of het ander. Het postmoderne perspectief stelt eerder een houding van aanvaarding en diversiteit voor, in plaats van een houding van ‘genezen’ (Lewis, 2000).

“ *If we are already both healthy and ill, the fall from health to illness is not so serious*”
(Lewis, 2000, p. 82)

Ondanks de vaststelling dat taal tekort schiet om recht te doen aan de complexe werkelijkheid en subjectief categoriseert, is het een noodzakelijk gereedschap om een voorstelling te kunnen maken van die werkelijkheid, om denken mogelijk te maken. Taal belicht slechts enkele aspecten of één van de vele dimensies (Leezenberg & De Vries, 2001). Als gevolg van deze premisse stellen de postmoderne filosofen dat kennis nooit universeel kan zijn. Betekenisgeving, representatie en interpretatie spelen een grote, lang genegeerde rol, die de postmodernen in eer willen herstellen (Smeyers, 2000). Toegepast op het onderwerp van deze scriptie kunnen we stellen dat het toebedelen van een diagnose, het opdelen in een categorie, met de daaraan gekoppelde verwachtingen voor de toekomst een enorme reductie is van de multidimensionaliteit en kansen van een persoon. Men gaat enkel het label zien en er zijn nog zoveel meer aspecten die op die manier buiten beschouwing worden gelaten.

“Moreover, the power of psychiatric categorizations and diagnoses are such that they can come to utterly overwhelm or, as it were, ‘saturate’ a person’s identity. In articulating the concept of schizophrenia, for example, R.D. Laing (1990) suggested that: ‘No one Has schizophrenia, like having a cold. The patient has not got schizophrenia. He is schizophrenic’” (Roberts, 2005, p. 34).

We kunnen dus concluderen uit het voorgaande dat het diagnosticeren van een persoon, enorme gevolgen kan hebben op iemand zijn persoonlijkheid. De resterende vraag blijft: is het dan zomaar gelegitimeerd dat personen die diagnoses toedelen aan mensen, zo’n grote impact kunnen hebben op iemand zijn leven? Veronderstelt dit niet een ongelooflijke machtspositie?

1.6.3. DE MENS EN MACHT

De mens heeft iets met macht. De mens heeft zich altijd al bezig gehouden met het bestuderen van het machtsbegrip op een eerder eenzijdige manier, waarbij men gaat kijken naar de macht van machtshebbers zoals koningen, pausen, presidenten, geleerden,... . Eerder dan deze lijn van het ‘waarom’ te volgen, gaat Foucault kijken naar het ‘hoe’. Hoe installeert die macht zich en hoe gaat ze te werk? Welke strategieën gebruikt ze om zich te installeren? (Kraan, 2006). Hoe zitten machtsposities in elkaar?

Volgens Foucault is sinds de 17^e en vooral de 18^e eeuw een nieuw type macht, de disciplinaire macht ontstaan (Van Damme, 1990). Hierbij ziet hij macht niet gecentraliseerd in één centrum, object, instituut. Eerder is het een soort van ‘fijn stof’ dat zich onzichtbaar in onze vezels vestigt doorheen allerlei praktijken in het dagelijks leven, waaraan ook wij deelnemen. Voorbeelden van deze praktijken zijn de gevangenis, de school, het ziekenhuis, de psychiatrie,... . Hierin staat vooral het belang van kennis centraal, want wie dé kennis heeft, heeft de macht. En wie dé macht heeft, categoriseert anderen binnen de twee opposities ‘normaal’ en ‘abnormaal’.

“People in fact do not get mad, but are driven mad by others who are driven into the position of driving them mad by a peculiar convergence of social pressures” (Foucault, 1965, p. viii).

Op die manier bestaat macht, met zijn normaliseringsmechanisme niet enkel op het niveau van de maatschappij, maar graaft het zich ook in op niveau van het lichaam en de psyche. Deze gedachtegang werd kenbaar gemaakt omdat Foucault wou laten zien dat de zorg rond personen met een psychische problematiek werd opgebouwd vanuit een normaliserings- en disciplineringsgedachte, vanuit de vaststelling dat mensen soms niet aan dé norm voldoen. De angst voor afwijking van deze norm heeft geleid tot “de proliferatie van medische, opvoedkundige en religieuze maatregelen die het andere probeerden te normaliseren.” (Verstraete, 2005, p. 211). Er ontstond en bestaat nog steeds een scala aan disciplinaire technieken met het bereiken van normaliteit als uitgangspunt.

Hierbij wil deze scriptie kort even aanhalen dat vanuit dit blootleggen van machtsmechanismen, de ‘beweging van de antipsychiatrie’ het levenslicht zag, met als uitgangspunt het kritisch in vraag stellen van de psychiatrie. De psychiatrie is doorheen zijn hele geschiedenis reeds onderwerp geweest van discussie, maar de beweging van de antipsychiatrie stelt grondiger de fundamentele van de psychiatrie in vraag. Ze stellen het doel, de basisconceptie van psychische ziektes en daarmee gepaard gaand, de fundamentele opsplitsing tussen ‘ziek’ en ‘gezond’, in vraag. Eerder dan psychische ‘ziekte’ als iets individueels te zien, ging men kijken naar de sociale controlemechanismen die een diagnose met zich mee kan brengen binnen de maatschappij (Crossley, 1998). Men ijvert voor meer empowering en voor het in vraag stellen van de machtsposities die verbonden zijn met het toedienen van diagnoses aan de hand van enkele symptomen.

De veronderstelling dat de patiënt alles zomaar ondergaat, gaat tegenwoordig niet meer op. Er kan een tendens opgemerkt worden dat ook de patiënt kennis begint te verwerven over psychopathologie en ziektebeelden. Er ontstaat een meer geëmancipeerd cliëntsysteem dat geïnformeerd wil zijn, denk hierbij aan de opkomst van psycho-educatie. Hoewel het niet te ontkennen valt dat dit een positief gegeven is dat de mensen ook hún kennis gaan verhogen, want kennis is macht, kan in deze tendens toch een toename van de disciplinaire macht gezien worden (Kraan, 2006). De bevolking zelf leert op die manier ook afwijkingen van de norm te benoemen en te bestendigen, met als gevolg dat de normalisering en de macht die daarmee gepaard gaat, zich nog dieper nestelt in de samenleving.

In het laatste deel van deze literatuurstudie, in de probleemstelling wordt ingezoomd op de ontstaansredenen van deze scriptie.

1.7. PROBLEEMSTELLING EN ONDERZOEKSVRAGEN

1.7.1. RESUMEREND VAN WAT VOORAF GING

Doorheen het bovenstaand verhaal kan geconcludeerd worden dat de literatuur doorgaans een unilaterale focus hanteert rond kinderen van ouders met een psychische problematiek. Deze complexe situatie voor de kinderen wordt in het gros van de bestaande literatuur beschreven, gereduceerd tot een eenzijdige discours in termen van risicofactoren en beschermingsfactoren. Het kind van een ouder met een psychische problematiek wordt een risicostatus toegeschreven, die onheilspellend boven hun hoofd hangt. Daarnaast bestaat de idee van een norm, een standaard dat elk kind binnen een bepaalde, welomschreven opvoedingssituatie moet behalen. Deze norm wordt bepaald vanuit de middenklasse, volgens een burgerlijk ideaalbeeld (Depaepe, Simon & Van Gorp, 2005; Bouverne-De Bie & Roose, 2007).

Ook wat betreft de ouder(s) zijn er eisen die 'men' stelt om te kunnen spreken van goed ouderschap. Definieert 'men' het ouderschap als niet goed genoeg, dan gaat 'men' op die manier een risicosituatie toeschrijven 'in het belang' van het kind, op basis van een aantal veronderstelde gevolgen van deze risicosituatie. Hier komt de aanwezigheid van een machtspositie naar voor, met een bijhorende inferieure positie van de ouder met een psychische problematiek.

Een tweede hiaat in de bestaande literatuur is dat er weinig onderzoek voorhanden is die net het belang van de relatie tussen ouder en kind benadrukt. Als er gekeken wordt naar interactieprocessen, gaat het eerder over een veronderstelling van een unidirectionele, causale invloed van ouder op het kind.

Concluderend kan gesteld worden dat er een grote eenzijdigheid is in de literatuur die enkele vragen oproept, die beschreven worden in de volgende alinea's.

1.7.2. STEM VAN DE OUDER EN HET KIND

De centrale vraag die overblijft en die de aanzet vormde voor deze scriptie, en tegelijkertijd de overkoepelende vraag vormt van onderstaande onderzoeksvragen rest nog. Waar zijn de ervaringen van de kinderen zelf en de ervaringen van de ouder? Meer en meer rijst de vraag om het kind, vanuit de vaststelling dat het perspectief en de ervaringen van de kinderen ondervertegenwoordigd zijn (Riebschleger, 2004), als competent te zien en te polsen naar de ervaringen van het kind zelf. De bezorgdheid die voor de kinderen in de literatuur wordt uitgedrukt, gaat telkens over de impact van het ouderschap. De hypothese dat ouders met een psychische problematiek niet ten volle kunnen instaan voor de kinderen wordt telkens getoetst. Wat hierbij echter opvalt, is dat de ervaring van de kinderen rond het ouderschap meestal buiten beschouwing blijft binnen het bestaande onderzoek. Kinderen worden vaak besproken binnen het familiaal functioneren. Hoewel het familiaal functioneren zonder twijfel impact heeft op het bestaan van het kind en hoewel een kind niet los gezien kan worden van zijn ouder, wil deze scriptie ook ruimte geven aan de ervaringen van het kind zelf, die evenwel ook op zichzelf kunnen bestaan (Darbyshire et al., 2000).

“...by casting children as competent though ‘at risk’, and by eliciting data directly from them. This data could reveal children’s perspectives on their roles within the family and the meaning they ascribe to those roles, the contributions they make to their families and to the wider social structures of which they are a part” (Mc Connel Gladstone et al., 2006, p. 2446).

En net zoals er heel weinig nuance is geboden in de reeds aanwezige literatuur rond ‘children at risk’, is er ook heel weinig onderzoek dat de ervaringen van ouders van dichterbij bekijkt (Stormont et al., 1997). Men poneert een discours over een psychische problematiek, zonder de perspectieven van mensen met een psychische problematiek, met hun aanwezige ervaringsdeskundigheid, erbij te betrekken. Bij wijze van centraal probleem uit bovenstaande alinea’s, kom ik tot de volgende probleemstelling: Zou er nuance kunnen ontstaan binnen het bestaande risicodiscours rond kinderen van en ouders met een psychische problematiek, als hun eigen ervaringen als waarheidsbezittende kennis in het wetenschappelijk discours worden opgenomen?

Daar dit een zeer ruime vraag is wordt deze opgesplitst in 4 onderzoeksvragen die naar voor komen vanuit bovenstaande literatuurstudie.

1.7.3. INTERACTIE EN OOG VOOR RUIMERE SOCIALISATIEPROCESSEN

Deze scriptie wil het belang van de wederzijdse relatie tussen ouder en kind in de verf zetten. Een kind is nooit kind zonder ouder en evenmin is een ouder nooit een ouder, zonder kind. Door beide verhalen naast elkaar te zetten en met elkaar te verbinden kan misschien een stap gezet worden naar meer verbondenheid, in plaats van de parallelle hulpverleningscircuits.

“Zoals de draad van een onzichtbare en alomtegenwoordige stof, bindt onze loyaliteit ons aan alle leden van onze familie, aan wie ons voorafgegaan is en aan wie ons nog zal volgen, voorbij de conflicten, de breuken en de dood” (Ducommun, 2008 p.25, in Grave 2009).

Er kan vastgesteld worden dat er meestal twee parallelle hulpverleningscircuits opgebouwd worden in de praktijk rond KOPP. De voorzieningen in de Geestelijke Gezondheidszorg werken samen met de ouder, terwijl de initiatieven rond KOPP met het kind werken, zonder een mogelijkheid om dwarsverbindingen te creëren. Vertrekkend vanuit een gezinsgerichte benadering, lijkt het noodzakelijk dat er net wel bruggen worden geslagen tussen de verschillende gezinsleden.

Waar er dan wel aandacht voor is in de wetenschappelijke literatuur, is voor de veronderstelde causale relatie tussen ouder en kind waarbij men enkel inzoomt op de invloed van de ouder, als eenrichtingsverkeer, op het kind.

Door groeiende ontevredenheid op dit unidirectionele model, ging men vanaf de jaren '60 steeds grotere aandacht besteden aan bidirectionaliteit, de wederkerigheid aanwezig tussen twee partijen. Er zijn verschillende invullingen voor het concept 'bidirectionaliteit', zoals transactie, systemen en dialectiek (Kuczynski, 2003). De gemeenschappelijke noemer van deze concepten is de wederkerigheid, de onverbreekbare band tussen twee elementen die continu in interactie gaan met elkaar. Kinderen van ouders kunnen in deze zienswijze niet als onveranderlijke variabelen gezien worden, maar wel in continue afstemming op elkaar.

“Unlike the unidirectional models of causality, transaction assumes that the influences between a parent and a child are not linear in the sense of a particular, stable behavior in one partner causing a particular stable outcome in the other. Because each partner is constantly changing, causality cannot be reduced to the elements represented by the initial parent and child characteristics” (Kuczynski, 2003, pp. 4-5).

Onderzoek rond socialisatie binnen families focust zich vaak eenzijdig op causale processen met nadrukkelijke klemtoon op de sociale leertheorie, die het belang van modeling binnen de familie naar voor schuift. De ouder die zijn ongehoorzaam kind slaat, is in deze zin een voorbeeldfunctie en een latere voorspeller van agressie bij het kind. De dronken ouder is op die manier ook een voorbeeldfunctie en een later voorspeller voor een alcoholprobleem bij het kind (Rowe, 1994). De ouder met een psychische problematiek die onvoorspelbaar gedrag vertoont, is in deze lijn een voorspeller voor een latere psychische problematiek bij het kind. Tegenwoordig gaan onderzoekers rond socialisatie toch inzien dat ze gedurende lange tijd (andere dan genetische en gedragsfactoren) invloedrijke factoren met een grote impact op de individualiteit en ontwikkeling over het hoofd zagen. Er heerst ook de vraag om meer onderzoek te voeren naar ouder en kind op een minder deterministische wijze, minder gefocust op causale processen (Collins et al., 2000). Het onderzoek in deze scriptie wil op die manier ook een ruimere blik hanteren en onderzoeken of er effectief enkel sprake is van zo'n unidirectionele, causale invloed van de ouder op het kind. Alsook is het een doelstelling binnen het onderzoek om aandacht te hebben voor socialisatieprocessen die zich afspelen buiten de ouder-kind relatie. Geformuleerd als onderzoeksvragen klinkt dit als volgt:

- ➔ **Onderzoeksvraag 1:** Hoe krijgt de interactie tussen de ouder met een psychische problematiek en het kind vorm?
- ➔ **Onderzoeksvraag 2:** Zijn er, naast de negatief veronderstelde invloed van de psychische problematiek op de ouder en op het kind, andere invloeden die het welbevinden van de ouder en van het kind negatief beïnvloeden?

1.7.4. HULP NODIG?

“Kinderen van ouders met een psychische problematiek”. Deze titel veronderstelt geen gewone ouder, maar wel een ouder die 'anders' is dan de andere ouders. De vraag is wanneer ouders nu ouders mét een psychische problematiek worden? Door wie wordt dit bepaald? Waar ligt de

grens tussen normaal en abnormaal voor de ouders zelf? Wanneer we KOPP conceptueel gaan bekijken wordt al snel duidelijk dat er een soort van inferieure positie wordt toegeschreven aan mensen met een 'problematiek'. Het woord zegt het zelf. Ze hebben 'problemen' om 'normaal' te zijn. Ze zijn *dis-abled*, waarbij verondersteld wordt dat hun persoonlijkheid en mogelijkheid beïnvloed wordt door hun *disability*. In de lijn van deze denkwijze vormen ze een inferieure groep, onder de *non-disabled people* (Linton, 1998). Omdat ze *dis-abled* zijn hebben ze hulp nodig, om zo *non-disabled* mogelijk te zijn.

- **Onderzoeksvraag 3:** Welke visie hanteren de ouders en kinderen op abnormaliteit? Hoe ervaren ouders de hulpverlening voor hun psychische problematiek en wat denken hun kinderen van die hulpverlening?

1.7.5. ALTERNATIEVE MANIER VAN CONCEPTUALISEREN

Het aanwezige discours rond kinderen van ouders, de hele 'body' aan literatuur, bestaat uit het oplijsten van risicofactoren en beschermingsfactoren. In deze scriptie is het de bedoeling om een alternatieve manier te vinden van conceptualiseren, met oog voor de veelzijdigheid van een persoonlijke identiteit (Mc Connel et al., 2006). "An innovative research agenda is needed to begin to explore what childhood is like for these children by rendering visible that which has been obscured and overlooked" (p.2546).

Door dit gemis van oog voor multidimensionaliteit, het gemis van de aandacht voor een enorme gelaagdheid van iemand zijn/haar identiteit, is de idee voor deze scriptie in het begin tot stand gekomen. Een ouder met een psychische problematiek is méér dan enkel een ouder mét een psychische problematiek. Eerder dan ervan overtuigd te zijn dat een persoon met een psychische problematiek gelijk is aan zijn problematiek, wil deze scriptie oog hebben voor andere aspecten van de persoonlijkheid van de ouder. Net zoals het kind van een ouder met een psychische problematiek genoemd wordt in één adem met die problematiek van de ouder. Naar ons gevoel veronderstelt dit een ongelooflijke reductie van de weelderige realiteit van een persoonlijkheid en zijn interacties met ouder en omgeving. Dit brengt ons tot de laatste onderzoeksvraag.

- **Onderzoeksvraag 4:** Hoe construeren kind en ouders hun identiteit? Stelt het kind zichzelf gelijk aan een kind van een ouder met een psychische problematiek en stelt de ouder zichzelf gelijk aan een ouder met een psychische problematiek? Welk beeld ontstaat er van ouder en kind wanneer er oog is voor een veelzijdige identiteit?

In het volgende deel wordt er ingegaan op de methodologie die gebruikt werd om dit onderzoek te voeren teneinde een antwoord te kunnen formuleren op de onderzoeksvragen

2. DEEL 2: METHODOLOGIE

“The person's own words force us to think of subjects as people, and categories of all kinds become less relevant” (Bogdan & Taylor, 1976, p. 52).

2.1. DE KEUZE VOOR KWALITATIEF ONDERZOEK

De keuze voor kwalitatief onderzoek lijkt evident binnen de orthopedagogiek, vanuit de vaststelling dat er samengewerkt wordt met mensen, die unieke en interpreterende wezens zijn. De blik waarmee een persoon kijkt naar de buitenwereld is gekleurd door een levensgeschiedenis en is getypeerd door een individuele overtuiging, een waarheid, een visie, een verhaal. Geen enkele gebeurtenis kan compleet dezelfde betekenis hebben voor twee verschillende mensen (Pennebaker, 2000). Kwantitatief onderzoek zou een reductie betekenen van de complexe realiteit, die uniek en persoonlijk is aan elke mens. Er zijn reeds enorm veel studies uitgevoerd die kinderen en ouders met een psychische problematiek hebben ingedeeld in categorieën, met identificatie van risico-, en beschermingsfactoren (Beardslee & MacMillan, 1993; Beardslee et al., 1998; Darbyshire et al., 2000; Downey & Coyne, 1990; Thompson et al., 2010). In deze studies staan individuele en biologische verklaringen centraal. Eerder dan een reproductie van deze resultaten na te streven, is de doelstelling van deze scriptie om de mensen zélf aan het woord te laten.

Het postmodernisme wil een forum creëren voor verschillende individuen met een eigen unieke identiteit en voor (minderheids)groepen om hun stem te laten horen en actie te ondernemen (Vandekinderen, 2008). Al te vaak kunnen we vaststellen dat de wijsheid en ervaringen van ervaringsdeskundigen onderdrukt worden door het wetenschappelijk discours van waarheid, kennis en macht dat leeft rond de ‘experten’ (Roets et al., 2007).

“Science has come to so dominate the discourse of knowledge in medicine, particularly psychiatry, that is it has become an idée fixe, that excludes many of the other equally valid sources of knowledge, such as that derived from the experience of the lived in world” (Robertson, 2005, p. 348).

Personen met een psychiatrische achtergrond en labels zijn één van de meest gemarginaliseerde groepen op maatschappelijk vlak en bijgevolg ook in wetenschappelijk onderzoek (Beresford, 2000). Er wordt wel over hen geschreven (in termen van risico- en beschermingsfactoren), maar hun eigen stem wordt daarin vergeten. Als ze al gehoord werden, werd dit vaak enkel gedaan op een manier om resultaten te behalen die passen binnen het reeds bestaande, in categorieën opdelende pathologiserend discours. Als men toch luisterde, werden subjectieve meningen die niet pasten binnen het aanwezige discours afgeschilderd als verward, onzinnig, net door de aanwezigheid van hun psychische problematiek (Roets et al., 2007).

Dit alles vindt aansluiting bij het moderne metanarratief, en de waarheden die gepretendeerd worden door deze stroming. Dit metanarratief wordt in een postmodern licht eerder gezien als een verhaal, dat past binnen een bepaalde visie. Naast deze waarheid kunnen er nog zoveel andere waarheden of 'mininarratieven' bestaan, die gelokaliseerd en specifiek zijn voor een bepaalde persoon, ingebed in een specifieke omgeving (Goodley et al., 2004).

Deze scriptie wil een poging ondernemen om naast dit metanarratief, wat volgens modernisten onderbouwd moet zijn met wetenschappelijke kennis (Lewis, 2000), een plaats te voorzien voor het verhaal van de mensen zelf, als producers en gebruikers van kennis. Het wil de uitdaging aangaan met de monoloog van het modernisme (Roets et al., 2006), dat de stem van ervaringsdeskundigen onderdrukt. In deze scriptie wordt dan ook gebruik gemaakt van de 'excluded voice thesis' die postuleert dat "... *narrative methods provide access to the perspectives and experience of oppressed groups who lack the power to make their voices heard through traditional modes of academic discourse*" (Booth & Booth, 1996, p. 55).

2.2. VERTELLEN VAN VERHALEN

"The beauty of a narrative is that it allows us to tie all of the changes in our life into a broad comprehensive story" (Pennebaker, 2000, p. 12).

In de lijn van de postmoderne gedachte die representatie enkel mogelijk ziet door het gebruik van taal, wil deze scriptie werken via een narratief onderzoek. Er is een enorme diversiteit onder de paraplu van 'narratief onderzoek' terug te vinden, maar de gemeenschappelijke noemer van de verschillende vormen kan geformuleerd worden als het ernstig nemen van het verhaal van de respondent en het centraal stellen van de mens als actor. De verhalen worden dan uiteindelijk gebruikt als de onderzoeksdata van het onderzoek (Verhesschen, 2000). Een centrale plaats wordt voorzien voor de mensen die de ervaring meegemaakt hebben, eerder dan een eenzijdig schrijven over de mensen. "... *histories do exist as an agency through which historically marginalised individuals may account for their own lives*" (Goodley, 1996, p.334). Narratief onderzoek erkent dat mensen gebruik maken van verhalen om betekenis te geven aan hun leven en aan ervaringen met anderen. Het onderzoek biedt de voordelen voor de respondent dat deze zelf het proces, de inhoud en de informatie van het onderzoek kan vormgeven. "*Self-advocates articulate their interpretive, resistant theories that they use to make sense of their lives*" (Roets et al., 2007). Het is de bedoeling om de betekenis van die verhalen te leren kennen in al zijn rijkdom en multidimensionaliteit, eigen aan mensen, eerder dan een eenzijdige focus te hanteren op tekorten en beperkingen. Een narratieve analyse wil oog hebben voor het emotionele, intellectuele, spirituele, temporele, spatiële,... dat eigen is aan een levensverhaal en kennis van een persoon (Frost, 2009).

Dit onderzoek wil het woord geven aan de ouders en de kinderen, om de grijze literatuur tot leven te laten komen, om te horen wat zij zélf van hun situatie vinden.

“ More than through any other social science approach, the life history enables us to know people intimately, to see the world through their eyes, and to enter into their experiences vicariously” (Bogdan & Taylor, 1984, p. 81, in Goodley, 1996, p.335).

Taal geeft uitdrukking aan ervaringen en onthult vaak, al dan niet gefragmenteerd en contradictorisch, de effecten van de culturele, institutionele en ideologische krachten die vorm geven aan de altijd verschillende manieren van betekenisgeving (Freeman, 2007). Taal is dus meer dan enkel een objectief transmissiemiddel. Door het weergeven van taal, netjes geordend in verhalen, kan men hieruit eventueel achterliggende sociale mechanismen destilleren (Goodley, 1996).

2.3. DIMENSIE VAN ETHIEK

Natuurlijk veronderstelt narratief onderzoek -waarin ouders en kinderen hun diepste verhalen, geheimen en levens aan een onbekende persoon vertellen- ethische overwegingen. Ethiek is een steeds aanwezige bezorgdheid voor onderzoekers, aangezien het werken met mensen omzichtigheid en voorzichtigheid vereist. Van zodra je een onderzoek opstart, tot en met het analyseren van de resultaten moet je omzichtig omspringen met uw respondent en met uw resultaten (Goodwin et al., 2003).

Ellis (2007) identificeert 3 belangrijke dimensies in een narratief onderzoek.

1. Procedurele ethische aspecten
2. Situationele ethische aspecten
3. Relationele ethische aspecten

De **procedurele ethische aspecten** zijn die aspecten die je min of meer op voorhand kunt voorzien, door het formuleren van aandachtspunten bij de procedure. Om aan de procedurele ethische aspecten en de daaraan verbonden eisen in dit onderzoek te kunnen voldoen werd een **leidraad van het onderzoek** (zie bijlage 1) en een **informed consent** (zie bijlage 2) opgesteld. De informed consent werd door alle respondenten en mezelf ondertekend. Hierin staat de verzekering van anonimiteit en respect voor geheimhouding van de levensverhalen centraal (Ellis, 2007). Er werd een uitvoerige uitleg voorzien over het opzet van het onderzoek, opdat ze volledig geïnformeerd konden toestemmen. Een andere methodiek om respectvol om te gaan met de eigenheid van een persoon zijn/haar verhaal, is de '**participant-back-to-participant-methodiek**', die in dit onderzoek werd toegepast (zie infra).

Onder **situationele ethische aspecten** verstaat men die aspecten die je, als onderzoeker, in tegenstelling tot het opstellen van een procedure, niet kan voorzien. Dit kan niet vermeden worden aangezien je werkt in een dynamische setting waarin interacties vooropstaan en door de aanwezigheid van een context (Goodwin et al., 2003). Denk maar aan een plotse uiting van verdriet, het ongemakkelijk voelen bij bepaalde vragen, het uitflappen van 'een geheim',... . Om mensen hierin veiligheid te bieden, werd hen in de informed consent en door mezelf herhaalde

keren verzekerd dat ze op elk moment konden stoppen indien ze het moeilijk hadden of als ze zich niet goed voelden bij een situatie.

Aan deze twee dimensies wil Ellis (2007) nog een derde, **relationele dimensie** toevoegen. *“Relational ethics recognizes and values mutual respect, dignity, and connectedness between researcher and researched, and between researchers and the communities in which they live and work”* (Ellis, 2007, p. 4). Deze dimensie stond en staat in dit onderzoek boven alles, omdat ik gepoogd heb om een partnerschap te bewerkstelligen waarin enige vorm van machtspositie of expertenperspectief zoveel mogelijk vermeden werd. Wederzijds respect is hoogst noodzakelijk om open en veilig te kunnen vertellen. Praten over moeilijkheden, angsten, relaties, wensen en hoop is een grote opgave voor gelijk welk persoon. Zeker als dit nu net de onderwerpen zijn waar een taboesfeer rond heerst. Om te kunnen vertellen moet je iemand hebben om mee te praten. Een verhaal vertellen veronderstelt een toeschouwer, een luisteraar. *“Narratives occur in a social situation, in the intersubjective space between Self and Other”* (Davis, 2006, p. 1234).

Pennebaker (2000) stelt dat dit nu net vaak het probleem is, dat personen vaak geïsoleerd zijn waardoor ze niet met andere mensen kunnen praten. Zonder therapeutische doeleinden na te streven, wil dit onderzoek ruimte geven aan de mensen om hun verhaal vrij te kunnen vertellen. Door het proces van het vertellen van een verhaal ontstaat er een opening voor de persoon in kwestie om het verhaal te organiseren en de gebeurtenissen te begrijpen en een plaats te geven.

“Translating personally upsetting experiences into language in a story format, even when the story is written rather than spoken, may accomplish for us what oral storytelling must have accomplished for our ancestors—improvements in physical and mental health as well as the development of closer social bonds” (Pennebaker, 2000, p. 15).

2.4. ONDERZOEKSPROCEDURE

2.4.1. RESPONDENTEN

In het begin van deel 1, de literatuurstudie, heeft deze scriptie reeds even stilgestaan bij het concept KOPP, en de betrokkenen die dit concept veronderstelt. Het gaat enerzijds over kinderen van ouders met een psychische problematiek, en anderzijds over ouders met een psychische problematiek. Als gevolg van het opzet van deze scriptie werd ervoor gekozen om enkel 'koppels' op te nemen, omdat volgens mij het kind en de ouder niet los van elkaar kunnen gezien worden. Kinderen van Ouders, de term zegt het zelf. Ouder en kind worden hier dus als 'koppel' gezien, als twee mensen die onlosmakelijk verbonden zijn met elkaar.

Deze beslissing zorgde voor een extra moeilijkheid, maar des te zoeter smaakt het eindresultaat: ik ben erin geslaagd om toch zeven koppels, dus zeven ouders en zeven kinderen te interviewen voor deze scriptie. Als laatste stelt Joris zich voor. Het lijkt me begrijpbaar dat het vragen doet rijzen dat er dan toch één enkele ouder werd opgenomen. Op het moment van het interview met Joris leek alles erop te wijzen dat ik de volgende dag zijn zoon ging interviewen. Joris zit in een heel moeilijke situatie met zijn ex-vrouw en zij heeft op het laatste moment haar veto gesteld tegen de deelname van hun zoon aan het onderzoek. Omdat Joris zoveel zin had om zijn verhaal te vertellen, gedocumenteerd met allerlei anekdotes, gevoelens en een aanstaande trots voelde om opgenomen te worden in iemand zijn eindwerk, ben ik als onderzoeker niét objectief en kan ik het niet over mijn hart krijgen zijn levensverhaal, kostbaar in mijn handen gelegd, te ‘deleten’.

In totaal bestaat de onderzoeksgroep dus uit zeven kinderen en acht ouders.

Bij drie van de zeven ouder-kind-koppels, woont het kind nog thuis bij de ouder in kwestie. Van de andere vier koppels, verbleven er twee kinderen in een voorziening, dus niet bij de ouder met een psychische problematiek, noch bij de niet-geïnterviewde ouder. Van de laatste twee kinderen, verbleef een zoon bij de ouder zonder problematiek, en verbleef de andere dochter bij de niet-geïnterviewde ouder, met een alcoholproblematiek.

Van de acht ouders worden er op het moment van het interview drie ondersteund door een dienst voor begeleid wonen. Eén van deze drie ouders was op het moment van het interview opgenomen in het ziekenhuis. De rest van de ouders leeft zelfstandig. Een opvallend gegeven is wel dat slechts twee geïnterviewde ouders van de acht nog samenwonen met hun oorspronkelijke partner, de vader van het kind. Alle andere ouders leven gescheiden.

Wat betreft werksituatie zijn er vijf mensen die leven van een invaliditeitsuitkering. Twee ouders werken in een beschutte werkplaats met lage werkdruk en één ouder werkt halftijds in het reguliere arbeidscircuit. Een ander opvallend gegeven dat ik hierbij aansluitend wil vermelden is dat vijf ouders een diploma behaalden van een hogere studie.

2.4.2. MOEIZAME ZOEKTOCHT

Deze zoektocht is gestart in juni 2009 en is geëindigd eind maart 2010. Het was geen gemakkelijke zoektocht omdat ik telkens de hulpverleners moest aanspreken, die in contact kwamen met kinderen van of met ouders met een psychische problematiek en tegelijkertijd fungeerden als poortwachters, want op hun beurt moesten zij de ouders nog motiveren. Bovendien moest de ouder het zien zitten om het kind ook te laten participeren en het kind moest het dan ook nog zelf willen.

Mijn zoektocht is gestart bij het bijwonen van een KOPP-werkgroep in juni 2009. Dit is een groep van hulpverleners die werken met kinderen van ouders met een psychische problematiek. Daaruit bleek dat geen enkele hulpverlener de mogelijkheid zag om een kind met de ouder naar voor te dragen voor mijn onderzoek. In tweede instantie heb ik enkele

voorzieningen (thuisbegeleidingsdiensten, dagcentra, centra Geestelijke Gezondheidszorg en PAAZ-diensten⁴) gecontacteerd in West-Vlaanderen. In oktober 2009 kwam er uit deze eerste ronde met ongeveer dertig infobrieven (zie bijlage 3) slechts één moeder met haar kind naar voor die wilde meewerken aan het onderzoek. Via deze moeder ben ik opnieuw in contact gekomen met nog twee ouder-kind koppels. Daarna ben ik ook nog in contact gekomen met een ander ouder-kind koppel via een kennis. We schrijven december 2009 en op dat moment waren er nog steeds maar vier koppels die wilden meewerken.

In december ondernam ik ook een mailing naar alle centra Geestelijke Gezondheidszorg in West- en Oost-Vlaanderen en in Brabant. Naar hen verstuurde ik een infobrief zowel voor de hulpverlener als voor de cliënt (zie bijlage 4). Dit leverde nog steeds geen respondenten op. In een laatste krachtmeting verstuurde ik meer dan 250 mails naar alle hulpverleningscentra in West- en Oost-Vlaanderen en Brabant, die ook maar een beetje konden te maken hebben met kinderen van en ouders met een psychische problematiek. Uiteindelijk zijn uit die laatste mailing dan nog vier ouder-kind koppels naar voor gekomen.

2.4.3. CONTEXT

De respondenten mochten telkens zelf kiezen waar het interview plaats vond. Ze kozen telkens allemaal voor hun 'hoofdverblijfplaats': het interview vond dus bij alle respondenten in een zeer informele setting plaats. Dit is in contrast met de meer modernistische, positieve sfeer van onderzoek, die opteert voor een 'cleane', laboratoriumomgeving, waar alle mogelijk omgevingsinvloeden onderdrukt moeten kunnen worden om geen 'vertekening van de variabelen' uit te lokken. "*Legitimate knowledge for psychiatry is independent of the context of discovery and is understood to be "value free"*" (Lewis, 2000, p. 75). Context wordt in deze benadering als een bron van verstoring aanzien. Lawrence-Lightfoot & Hoffman Davis (1997) opereren daarentegen, dat juist door de aanwezigheid binnen de context de mogelijkheid bestaat om het hele verhaal beter in perspectief van de persoon zelf te zien.

"Context becomes the framework, the reference point, the ecological sphere; it is used to place people and action in time and space and as a resource for understanding what they say and do. The context is rich in clues for interpreting the experience of the actors in the setting" (Lawrence-Lightfoot & Hoffman Davis, 1997, p. 41).

Het werken binnen de context van de respondent impliceert ook dat de rollen anders verdeeld zijn dan de verhoudingen wanneer onderzoek plaats vindt binnen een gecontroleerde laboratoriumomgeving. Waar de onderzoeker zich eerder in positie van definiëren en controleren bevindt in experimentele condities, bevindt deze zich in een onbekende omgeving in een positie van zoekend, nieuw-zijn, 'vreemd-zijn'. De onderzoeker moet manieren vinden om met dit onbekend terrein om te gaan, en kan hiervoor het best de respondent als gids, als autoriteit binnen zijn gebied, gebruiken (Lawrence-Lightfoot & Hoffman Davis, 1997). Door de

⁴ 'PAAZ' = Psychiatrische Afdeling van het Algemeen Ziekenhuis

interviews af te nemen in zijn/haar natuurlijke omgeving, kan de respondent zich misschien meer op zijn/haar gemak voelen. Wanneer er in voldoende veiligheid kon worden voorzien, werden participanten aangespoord om vrijuit te spreken over vroegere ervaringen, huidige situaties, visies op 'ziekte', visies op de maatschappij, verlangens, angsten en toekomstdromen. Ook gesprekken rond 'koetjes en kalfjes' vonden hun ingang, dit lag vooral in de handen van de respondent zelf.

2.4.4. HALF OPEN DIEPTE-INTERVIEW

"... researchers approach their narratives and narrators with key assumptions in mind" (Goodley et al., 2004, p. 96).

Het hoofddoel in dit onderzoek, was de verhalen voor zich laten spreken, de respondenten laten vertellen wat ze zelf wilden vertellen. Er werd geen testmateriaal of afgelijnde vragenlijsten gehanteerd. Het doel was om de verhalen vanzelf te laten komen, met een minimale input van mezelf. Op die manier verkreeg de respondent ruimte om te vertellen vanuit zijn eigen referentiekader, eerder dan binnen de vastgelegde contouren dat een gestructureerd interview kan betekenen (Vandekinderen, 2008). Toch moet ik zeggen dat ik niet compleet in een theoretisch vacuüm handelde (Goodley et al., 2004). Er werden enkele vragen op voorhand vastgesteld die konden gebruikt worden in het gesprek (zie bijlage 5).

Alles werd opgenomen op een dictafoon, na toestemming van de respondenten. De interviews namen gemiddeld een uur tot twee uur in beslag. Na het verzamelen van de verhalen van de kinderen en de ouders, wachtte de taak om alles analoog uit te typen. In deze scriptie werd er geopteerd om een letterlijke weergave neer te zetten.

Eens de interviews volledig uitgetypt waren, werden ze terugbezorgd naar de respondenten. Dit noemt men ook wel de '**participant-back-to-participant**'- methodiek, wat betekent dat de verzamelde informatie terug wordt gespeeld naar de respondenten (Van Hove, 1999). Deze methodiek werd toegepast vanuit de opvatting dat het de respondenten hun eigen verhaal is, en dat elke vorm van vertekening door de onderzoeker wil vermeden worden. Daarom krijgt de respondent de kans om aanvullingen, schrappingen, opmerkingen,... te maken bij zijn/haar éigen verhaal. Op die manier is het echt iets van hen. Daarbij komt ook nog het gegeven dat het verhaal op de ene dag verschillend kan zijn dan het verhaal op de andere dag. Door emoties of situaties kan er vertekening ontstaan, waar de respondent bij deze methode de kans krijgt om dit te herzien, of juist goedkeuring te geven.

2.5. ANALYSE

De volgende stap in het onderzoek was de eigenlijke analyse. De data werden geanalyseerd op een exploratieve en interpretatieve manier, door gebruik te maken van een kwalitatieve inhoudsanalyse (Wester, 1987). De eerste stap was de verkenning. De interviews werden herhaaldelijke keren gelezen en op basis daarvan werden enkele eerste rode draden

geselecteerd, die in meer of in mindere mate terugkwamen doorheen alle gesprekken. Na deze lezing werd een meer gerichte tweede lezing gehouden, waarbij de gedestilleerde thema's zeer ruim gedocumenteerd werden met citaten van de respondenten. Ik ben er mij van bewust dat het gebruik maken van thema's ook een reductie inhoudt van de weelderige verhalen die ik voorgeschoteld kreeg. Dit was noodzakelijk binnen de beperkte opzet van deze scriptie, hoewel dit voor mij een zeer moeilijk gegeven was.

Na deze fase werd een poging ondernomen om de rijke informatie van alle respondenten beknopt en gebald te beschrijven per thema, gestaafd met enkele uitspraken van de respondenten. Er werd besloten om de inhoudsanalyse van de ouders tegelijkertijd te beschrijven met die van de kinderen. Op die manier ontstond het eindresultaat, beschreven in deel 3.

2.6. METHODOLOGISCHE KWESTIES

2.6.1. OBJECTIVITEIT?

“In interpretation, understanding does not become something different. It becomes itself.” (Heidegger in Grondin, 1994, p.96)

Een vraag die kan opgeworpen worden naar de gekozen methodologische weg, is de vaststelling van de afwezigheid van objectiviteit. Narratieven worden meestal verondersteld niet thuis te horen in onderzoeksdata, omdat ze persoonlijke constructies zijn en dus geen accurate weergave van de realiteit kunnen veronderstellen. Het is doorheen deze scriptie reeds duidelijk geworden dat elk perspectief, elk verhaal nooit twee keer hetzelfde zal zijn aan elkaar. Elk perspectief voorziet verschillende manieren van begrijpen van een verhaal en ervaring, die eigen is aan die specifieke persoon. Dé waarheid bestaat niet.

“All stories are part happening and part imagination (Sarbin, 1986). What is important about them is how people use them to make sense of their world” (Davis, 2006, p. 1235).

Het gemis van objectiviteit en de aanwezigheid van subjectiviteit, is dan ook de opmerking die onlosmakelijk verbonden is met kwalitatief onderzoek. Aangezien dit onderzoek werkt met verhalen van unieke mensen, kan er geen sprake zijn van objectiviteit. Om objectiviteit na te streven volgens het modern metanarratief, moet je causale verklaringen kunnen deduceren en dit is hier niet de opzet, want causale verklaringen leveren geen begrip op in termen van belevingen (Smeyers, 2000). En het zijn nu net de belevingen die deze scriptie wil vatten. De afwezigheid van objectiviteit, lijkt dan ook een aannemelijke en een terechte opmerking. Dat dit geen waarheidsbevattende informatie impliceert, lijkt minder aannemelijk. In deze scriptie is het ook niet de bedoeling om feiten te regenereren, wel om belangen en betekenissen te leren kennen in de levens van de kinderen en de ouders (Davis, 2006).

Eerder dan aan te nemen dat objectiviteit het te behalen kwaliteitscriterium is, wil narratief onderzoek er juist van uit gaan dat er geen standaarden kunnen gehanteerd worden in het onderzoek naar diepmenselijke verhalen. Integendeel, het onderzoek is juist hoogst persoonlijk. Eerder dan een officieel en objectief document te bekomen, is het opzet hier: een 'menselijk' document te bekomen. Sterker nog en nog meer weg van objectiviteit, empathie is hier noodzakelijk. We kunnen mensen maar begrijpen als we luisteren naar hen en proberen te voelen wat zij voelen. Als we elk aspect van hun verhaal tot ons laten komen en ons proberen onder te dompelen in het verhaal van een persoon, dan pas kunnen we komen tot een reëel begrip van sociale interacties (Goodley, 1996).

Dit moet dan ook weer genuanceerd worden. Het is niet dat een notie van objectiviteit geweerd wordt. Er wordt wel gestreefd naar objectiviteit, maar dan in de zin van een streven naar een zo objectief mogelijke weergave van de interpretaties van anderen. De objectiviteit in narratief onderzoek ligt dan ook in een zo accuraat mogelijke weergave van de verhalen van de respondent, zonder dat de onderzoeker aan de essentie iets toevoegt of wijzigt (Wardekker, 2000). Dit moet op zijn beurt ook genuanceerd worden, immers besta ik als onderzoeker als een persoon met mijn eigen verhaal, waardoor ik al gewoon door te 'zijn' het onderzoek kan kleuren.

Om het in extremen te zeggen: een atheoretische, onschuldige observatie is onbestaand. Objectiviteit kan nooit op zich bestaan, want elke veronderstelling van de wereld, is evenwel ook een constructie. Het criterium dat men gebruikt om narratieven als niet-wetenschappelijk af te schilderen is evenzeer een constructie als het criterium dat kwalitatieve onderzoekers gebruiken om in te gaan tegen de dominantie van causale verklaringen (Verhesschen, 2003). Alles heeft zijn oorsprong.

2.6.2. GENERALISEERBAAR?

Wat volgt uit het voorgaande is de vaststelling dat deze verhalen niet generaliseerbaar zijn. Verhalen zijn geen feiten, geen vaststaande gegevens, maar constructies op een bepaald moment, binnen een bepaalde emotionele toestand, binnen een bepaalde context.

De generaliseerbaarheid op zich -een overzicht bieden aan andere onderzoekers en het in kaart brengen van het onderzoeksveld- is volgens Wardekker (2000) in kwalitatief onderzoek niet de doelstelling. Als we het hebben over bruikbaarheid in dit opzet, is het wel een centrale doelstelling om aan andere personen die in dezelfde situatie zitten, of zelfs aan buitenstaanders, een voorbeeld te bieden van hoe andere mensen in andere, maar toch soortgelijke situaties handelen. Aan voorbeelden van verhalen kan je niet ontlene hoe je zélf moet handelen, maar door het blootleggen van achterliggende motieven en de betekenissen die mensen geven aan hun handeling, zetten ze wel aan tot nadenken.

3. DEEL 3: RESULTATEN

3.1. INLEIDING

In dit luik volgen de eigenlijke resultaten van het onderzoek, op basis van de gesprekken die met de kinderen en ouders werden gevoerd. De interviews werden onderworpen aan een thematische analyse en de resultaten worden gepresenteerd volgens deze thema's/rode draden. Daar de thema's die uit de gesprekken konden worden gedestilleerd opvallend gelijklopend waren bij zowel de kinderen als de ouders, werd ervoor geopteerd om deze samen weer te geven. Dit resultatenluik vormt een zo puur mogelijke weergave van het verhaal van de mensen zelf, in hun eigen bewoording. De analyse beperkt zich in dit luik dan ook tot het destilleren van een aantal thema's en het illustreren met een aantal citaten. Een meer diepgaande analyse en interpretatie door de onderzoeker, gebeurt in het daaropvolgende onderdeel. Het dient nog vermeld te worden dat alle namen pseudoniemen zijn. Op geen enkele plaats werden oorspronkelijke eigennamen of plaatsnamen gebruikt.

Na een korte voorstelling van de onderzoekssubjecten (3.2.) volgt de bespreking van vijf hoofdthema's (3.3.). Het eerste hoofdthema betreft de psychische problemen van de ouder (3.3.1.). In dit luik gaan we na hoe het kind en de ouder kijken naar de psychische problematiek. Een tweede hoofdthema behandelt het ouderschap (3.3.2.) Daarin staan we onder meer stil bij de beeldvorming rond ouderschap, hoe ouderschap onder druk komt te staan of toch als 'goed genoeg' wordt ervaren. In een derde hoofdthema zoomen we in op de omgeving (3.3.3.), meer specifiek op de ondersteuning en de bepalende blik van de ander. Een vierde hoofdthema verkent de visie op hulpverlening (3.3.4.), waarbij ook het medicatiegebruik en de inferieure positie van de ouder worden aangekaart. Ten slotte eindigen we met een vijfde hoofdthema, namelijk de veelgelaagde, multidimensionele identiteit van de ouders en de kinderen(3.3.5.).

3.2. VOORSTELLING ONDERZOEKSSUBJECTEN

In deze alinea stellen ouder en kind zich kort even voor.

Els en Liese

Ik ben Els. Ik ben 57 jaar, gehuwd en moeder van één dochter, Liese. Ik heb 4 zussen en 1 broer waar ik heel veel contact mee heb. Ik werk halftijds als opvoedster bij volwassen personen met een verstandelijke beperking. Mijn hobby's zijn: wandelen, fietsen en in de tuin werken. Ik ben ook lid van KAV en doe mee aan alle activiteiten als ik niet moet werken, onder andere wekelijks wandelen of fietsen. Mijn interesses gaan vooral naar architectuur en binnenhuisinrichting. Ik heb al meer dan 20 jaar last van depressies waardoor ik mij veel ongelukkig voel, waarvoor ik medicatie neem. Maar voor de rest ben ik redelijk gezond.

Ik ben Liese, een 24-jarig meisje en dochter van Els. Ik ben afkomstig uit een liefdevol en gezellig dorpje waar ik me de laatste jaren volledig heb geëngageerd voor de plaatselijke jeugdbeweging. Ik hecht enorm veel belang aan vriendschapsrelaties en breng veel tijd door met vrienden. Daarnaast sport ik ook graag om me even uit te laten. Ik kan voor mezelf zeggen dat ik een gelukkige jeugd heb gehad tot nu toe, ondanks de vele obstakels die we met ons gezin doorworsteld hebben. Naar mijn mening zijn we er enkel hechter, opener en sterker uit gekomen.

Johan en Lars

Ik ben Johan, 41 jaar, papa van Lars. Sedert 2 tal jaar woon ik nu in x. Eerst heb ik hier een ziekenhuisopname gehad en nu heb ik hier een huis gekocht. Lars verblijft nog steeds in begeleidingstehuis x. Waarschijnlijk tot hij meerderjarig zal zijn. Sedert mijn 19 jaar heb ik psychische problemen. Dit gaat met perioden van ups en downs. Maar de laatste 2-3 maanden ben ik stabiel gebleven. Ik ga nu gaan werken en dat gaat goed.

Ik ben Lars, de zoon van Johan, mijn papa. Ik ben geboren in 1996 en volgende maand verjaar ik en word ik veertien jaar. Ik woon nu in begeleidingstehuis x. Mijn papa heeft psychische problemen. Bijvoorbeeld als hij geen geld heeft verkoopt hij een televisie of andere elektronische dingen. Zo komt hij aan geld. Als mijn papa ziek is dan weet hij niet wat hij is, dan is hij van de wereld en gaat hij allerlei dingen doen die hij eigenlijk niet mag.

Nadine en Ward

Ik ben Nadine en mama van onze Ward. Ik ben 50 jaar. Ik heb mijn eerste grote manie-periode gehad als ik ongeveer 30 jaar was. Ik ben wel altijd toen ik jong was een wild geval geweest. Maar er is nooit zoiets vastgesteld. Ik ben gescheiden aan mijn 31 jaar ongeveer en sindsdien heb ik al een beetje overal gezeten. Ik heb het wel niet altijd even gemakkelijk maar ik blijf bezig hé. Ik ga gaan werken, zoveel ik kan. Kuisen is mijn therapie. Hopelijk houdt mijn elleboog het nog wat uit, zodat ik nog lang kan kuisen!

Ik ben Ward, ik ben 23 jaar en de zoon van Nadine. Ik werk bijna 7op7 in ons restaurant, bij mijn vader. Als ik vrij heb ben ik vooral bezig met duiken. Ik volg nu ook een instructeurcursus, om dan ook echt les te geven. Ik woon nog thuis, bijna in het restaurant eigenlijk. Ik doe het echt wel heel graag. Erbuiten ga ik ook graag nog eens iets gaan drinken met vrienden, maar ik heb echt niet veel vrije tijd. Ik ben als ik jong was veel bij mijn grootouders geweest, want ons ma is eigenlijk veel periodes ziek geweest. Ze heeft heel veel manieën en soms ook een depressie.

Rob en Charlotte

Ik ben Rob en ik ben 54 jaar. Ik heb al veel meegemaakt. Ik ben vader van twee kinderen die ik heel graag zie, maar niet veel zie. Ik woon in een sociale woning, een klein, maar wel een tof huisje midden het centrum van X. Ik werk halve dagen in Poverello. Het is het enigste dat ik kan doen. In 2000 heeft de dokter mij paranoïde schizofreen gediagnosticeerd. Ik ben daar al verschillende keren voor opgenomen. Het vergemakkelijkt uw leven er zeker niet op. Zeker niet als je ziet dat ik vroeger 13 jaar zelfstandig kinesist was.

Ik ben Charlotte en ik ben 24 jaar. Ik heb het niet gemakkelijk. Mijn vader was vroeger veel afwezig en ik woon, sinds ze gescheiden zijn, bij mijn moeder. Maar mijn moeder is nu ook opgenomen in de kliniek met een drankprobleem. Ik heb een moeilijke jeugd gehad en begin dit nu toch wel te voelen. Ik ben tegenwoordig ook vaak neerslachtig.

Mia en Pieter

Ik ben Mia en ik ben 52 jaar. Ik heb heel veel last van epilepsie en ook van depressies. Ik word nu begeleid door een dienst Beschut Wonen. Ik heb al heel veel opnames achter de rug voor zowel mijn epilepsie als depressies. Ook nu zit ik weer in een zware depressie.

Ik ben Pieter en mijn moeder noemt Mia. Ik werk graag met computers en zulke dingen. Mijn hobby's zijn films kijken en dvd 's verzamelen. Ondertussen heb ik al 150 dvd's! Ik ben ook metalfan, maar ik luister ook graag nog naar andere dingen, zoals rock en zelfs soms klassieke muziek. De meeste van mijn vrienden zijn metals en rockers. Veel vrienden heb ik niet, maar dat hoeft niet hoor, de vrienden die ik heb, zijn goeie vrienden! Zo dat is mijn leventje!

Griet en Joren

Ik ben Els, ik ben 38 jaar en mama van Joren. Ik heb sinds een jaar of 8 last van manieën afgewisseld met periodes van depressies. De depressies duren het langst. Ik ben moeder van 4 zonen, 4 actieve rakkers in mijn huis! Ik ben eigenlijk criminologe en maatschappelijk werkster, maar het lukt me niet om te gaan werken. Soms doe ik vrijwilligerswerk als ik het aankan. Het is niet gemakkelijk, maar ik doe er alles aan om goed voor mijn kinderen te zorgen.

Ik ben Joren, ik ben 13 jaar en zit dus in het eerste middelbaar. Mijn mama noemt Els. Ik voetbal veel en graag, ik fiets ook superveel en heb dat ook nog in competitie gedaan. Nu speel ik enkel nog voetbal in competitie. Als ik vakantie heb ga ik mijn papa helpen met de camion, dan laadt ik varkens in en uit de camion! Ik heb nog 3 broers, ik ben de oudste!

Joke en Joni

Mijn naam is Joke. Ik ben moeder van 1 dochter van 10 jaar, ongehuwd, alleenstaand en momenteel op invaliditeit. Ik heb hogere studies aangevat: ergotherapie en regentat plastische

opvoeding, maar heb daar geen diploma van. In avondschool heb ik verschillende andere diploma's behaald. Ik heb een 10-tal jaren in de horeca gewerkt als serveerster, een kleine 3 jaar in een serviceflat voor bejaarden waar ik het werk van een ergotherapeute mocht doen. Ook ben ik nog een jaar zelfstandig vertegenwoordigster geweest. In 1994 ben ik psychisch ziek geworden, en sindsdien ben ik op invaliditeit. Mijn hobby's zijn creatief bezig zijn en heel veel lezen. Ik ben ook lid van de LETS-kring, waar mensen via een systeem van ruilhandel, elkaar helpen bij klusjes. Tijd om me te vervelen heb ik niet, want naast het huishouden en de dingen van alle dag, ben ik ook nog eens privé-chauffeur van mijn dochter, om haar op al haar activiteiten te voeren!

Ik ben Joni, ik ben 10 jaar en ga naar een gedaltoniseerde leefschool. Ik speel dwarsfluit en tennis, ik knutsel ook supergraag. Ik ga ook naar de VKSJ. Later wil ik graag juffrouw worden of net als mama iets in de horeca doen.

Joris

Mijn leven beschrijven in het kort, is eigenlijk geen must voor mij. Maar kom, als het niet anders kan. Ik ben de jongste uit een gezin van vier kinderen. Was ook enigste zoon. Heb geen vreugdevolle jeugd gehad. Een vader die niet omzag naar ons, een moeder die zich afzijdig hield en ik als jongste spruit stond daar machteloos tegenover. Op vroege leeftijd ben ik dan ook aan de drank geraakt. En op de dool. Had geen echte vrienden, was achter op mijn leeftijdsgenoten. Was daarbovenop ook erg verlegen, want mijn spraak was allesbehalve verstaanbaar. Op mijn 22e ben ik getrouwd en 15jaar later gescheiden. Nu vandaag de dag ben ik eindelijk gelukkig en ben ik wie ik echt ben.

3.3. VOORSTELLING THEMA'S OUDERS EN KINDEREN

3.3.1. HOOFDTHEMA 1: PSYCHISCHE PROBLEMATIEK VAN DE OUDER

In dit eerste hoofdthema worden thema's geïdentificeerd met betrekking tot de visie van de ouder en het kind rond de psychische problematiek. Er kwamen enkele gelijklopende thema's uit bij zowel ouders als kinderen: de aanvaarding, hun visie op de problematiek en opvattingen over abnormaliteit. Een andere rode draad die (enkel) bij de ouders voorkwam, was de idee van 'hoe het anders had kunnen zijn'. Belangrijke elementen die enkel naar voor kwamen bij de kinderen waren hun herinneringen aan de psychische problematiek van de ouder en hoe zij voor zichzelf betekenis geven aan de inhoud van de problematiek van de ouder.

3.3.1.1. AANVAARDING

Aanvaarding van de psychische problematiek is een moeilijk en een heel langzaam proces bij de ouders. Uit de gesprekken bleek dat ze het heel moeilijk hebben om te aanvaarden dat ze een psychische problematiek hebben. Vijf van de acht ouders geven impliciet of expliciet ook aan dat ze hun problematiek nog geen plaats hebben gegeven. Deze moeilijkheid komt vooral

voort uit de redenering: 'Het wordt niet aanvaard'. Dus aangezien het in de buitenwereld niet aanvaard wordt, hebben zij het zelf ook heel moeilijk om zichzelf mét psychische problematiek te aanvaarden.

Je wil anders zijn hé, maar ja, het lukt niet hé. (Griet)

En dit zorgt voor de nodige frustraties. Drie ouders hebben hun problematiek echter wel een plaats gegeven, en ook zij spreken hun aanvaarding uit in termen van de buitenwereld: 'ik trek het mij niet meer aan wat de buitenwereld zegt'.

Ja, heel in het begin kon ik zelf niet aanvaarden dat ik psychisch ziek was. Met mijn studies ook van ergotherapeute. Ik heb het altijd ook zo van... van de andere kant gezien en... Ik denk dat dat eigenlijk niet zolang geduurd heeft voor ik zei van, het is nu zo en Als ze mij daardoor anders behandelen of anders bekijken, dat is hun probleem. (Joke)

Nee, ik heb er geen spijt van. Ik bekijk het eerder als een levensles. Had ik dit niet meegemaakt ging ik nooit mijn vrouw of kinderen gehad hebben denk ik. Ik ging de mensen die ik nu ken niet kennen en ik zou niet kunnen schrijven wat ik nu schrijf. Ik zou niet de denkwijze hebben die ik nu heb. Ik ben verre van een zieke mens en ik ben daar tevreden mee. Ik heb geen seconde spijt gehad.(Joris)

Kinderen hebben het iets gemakkelijker met het aanvaardingsproces van de psychische problematiek. Hoewel kinderen soms aangeven dat ze jaloers zijn op andere gezinnen, waar volgens hen de ouders wél gelukkig zijn, aanvaarden alle kinderen toch hun ouder zoals deze is. Het hoort er gewoon bij en ze blijven positieve eigenschappen van hun ouder identificeren.

Soms zie je andere gezinnetjes met gelukkige ouders. Want uiteindelijk word je erdoor beïnvloed voor de rest van je leven. Want als je gelukkige ouders hebt ga je zelf ook gelukkiger door het leven, moet je minder zorgen,... Soms was ik wel kwaad, maar met een dubbel gevoel omdat je weet omdat ze er niet konden aan doen. Het is een gevoel van jaloezie tegenover andere mensen. Maar ik heb nu eenmaal een vader met een psychische ziekte. Je hebt misschien wel andere vaders die redelijk normaal zijn, maar die altijd zijn gaan werken, dan heb je er ook niets aan.(Charlotte)

Ik ben dat gewend. In eerste plaats zie ik mijn moeder en die depressie hoort er gewoon bij. Ik herinner mij meer mijn vader die dronk. Mijn moeder hield haar sterk voor ons en daar zag je niet zo veel aan. (Pieter)

Maar aan de andere kant, ik zie ze graag hoe ze is, ze mag zij haar eens zo voelen hé. Dat heeft ons ook tot zo een hecht gezin gemaakt hé. Daardoor zijn we geworden zoals we nu zijn. Er bestaan bij ons ook echt geen taboes, ook niet over depressie, over niets...(Liese)

Lars ziet zelf het feit dat ze roken als een groter probleem dan de psychische problematiek bij zijn beide ouders.

Het ergst van alles vind ik dat mijn mama en papa niet kunnen stoppen met roken, erger dan dat ze ziek zijn. (Lars)

Eén kind heeft weerstand tegen de toestand van zijn moeder en aanvaardt moeilijk dat zijn moeder zich soms niet goed voelt. Hij voelt daar kwaadheid rond.

Het is ook haar eigen schuld hé, zeggen wij dan. Als ze ziek is, voelt ze het zelf ook aankomen, maar ze wil er dan niets aan doen. (Joren)

3.3.1.2. VISIE OP PROBLEMATIEK

Elke ouder heeft een duidelijke visie op zijn of haar psychische problematiek. Die ontstaat en bestaat meestal uit een gevoel van 'anders zijn', van 'abnormaal zijn'. De ouders die hun problematiek een plaats gegeven hebben, voelen zich dan weer als 'alle andere'.

Daarbuiten is mijn leven eigenlijk heel normaal. Ik heb vrienden en vriendinnen. (Joke)

Ik ben een gewone mens als een andere. Ik heb misschien wel problemen, maar wie niet? Iedereen heeft wel een probleem. (Joris)

Tegelijkertijd spreken ouders continu over een gevoel van oncontroleerbaarheid. Op het moment dat de problematiek zich ten volle manifesteert spreken alle ouders van machteloosheid. Ze willen zo graag het tegenovergestelde van wat er op dat moment gebeurt, maar ze slagen er niet in om enige sturing aan zichzelf te geven. Ze spreken van 'overmacht'.

Ze zeggen soms 'in de put zitten'. Wel een depressie is werkelijk een put graven dat je doet zonder dat je het echt wil. (Rob)

Dat moet je echt ondergaan, dat is echt lastig. Je weent dan zoveel... (Mia)

Eén ouder bekijkt de problematiek vanuit een positieve kant.

Alhoewel, het geeft ook wel rijkdom hoor, die ziekte! Ik vind, dat heeft een enorme rijkdom, ongelooflijk. Hoe zwart het is, hoe erg het is om zo'n ziekte te hebben en het is een hele ernstige ziekte. Aan de andere kant heb ik al dingen gezien, dat gewone, gezonde mensen nooit gezien gaan hebben of meegemaakt gaan hebben. (Nadine)

Wat de kinderen betreft, ziet een deel van de kinderen in dat hun ouder een psychische problematiek heeft, maar ze bekijken daarom hun ouder niet als 'anders'. De kinderen zien de problematiek meestal gewoon als een eigenschap van hun ouder, maar ze staan daar niet verder bij stil. Een opmerking hierbij is dat de kinderen hun visie van hun ouder als 'soms een

beetje ‘anders’ niet een constante is, maar eerder als een wisselend idee afhankelijk van de toestand van de ouder.

Als ze goed is, heb je dat gevoel niet. Maar als ze in de kliniek ligt soms wel eens. (Joren)

I: Vind jij dat uw papa normaal is?

G: Ja, nu wel. Vier jaar geleden niet. Dat was zoals een pedofiel als ik het zo mag zeggen. Maar nu neemt hij veel medicatie. Voor zijn rug, voor die ziekte en voor goed te kunnen slapen.

I: Bekijk jij dat als ziekte of als een deel van uw papa?

G: Als een ziekte. Soms zie je dat papa ziek is. (Lars)

De jongste van alle kinderen vindt helemaal niet dat haar mama anders zou zijn dan andere mama's. De oudere kinderen zien wel in dat hun ouder misschien wat ‘anders’ is dan de doorsnee ouder, maar voor hen persoonlijk, de signalen van de buitenwereld niet meegerekend, is dit ‘gewoon’ hun ouder.

Ik was haar eens gaan bezoeken in plaats F waar ze meestal werd opgenomen. En dokter x stond bij ons. En ook een stagiair van dokter x. Dokter x zei tegen de stagiair: dat is hier Nadine, zij heeft het record van het langst in de isoleercel te liggen... En dan had ik toch wel iets van: toeme... Maar ja het was evident, het was zo. Ja, want je komt hier ook vragen: wat is uw verhaal? Maar, ik vind, voor mij heb ik geen speciaal verhaal. Het is gewoon zo. (Ward)

3.3.1.3. OUDERS MIJMEREN OVER HOE HET ANDERS HAD KUNNEN ZIJN...

Elke ouder getuigt verschillende keren van een zeker gevoel van frustratie. Ze geven aan dat ze bepaalde kansen verloren hebben of mislopen zijn door hun psychische problematiek. Vijf van de acht ouders hebben een diploma hoger onderwijs. Slechts één van hen oefent ook effectief een job uit waarvoor haar diploma vereist is. Een rode draad doorheen de verhalen is een duidelijk gevormde gedachte van ‘hoe het had kunnen zijn als ze géén psychische problematiek zouden hebben gehad’.

Ik heb daar heel den boel uit de grond gestampt é. Het is een schoon spel hoor! Ma kind, ik heb daar zwarte sneeuw gezien. Ik heb al heel mijn leven heel hard moeten werken en veel zwarte sneeuw gezien. Ik wens dat niemand toe ze...Nuja, ik ben er heel trots op, het is een hele mooie, hele bekende zaak geworden. Euh...Ik ben fier, voor hetgeen dat ik daar gedaan heb. Uiteindelijk (twijfelt) ik heb er nooit niet veel van kunnen genieten, van de vruchten dat het nu aan het geven is. Maar ja, het is voor mijn zoon é... Ja,... (denkt na) ik had best wel een rijke madam kunnen zijn hoor...(Nadine)

Ik ben als kinesist afgestuurd aan de hogeschool en ben altijd zelfstandig geweest. Het ergste is dat ik zo een ambitie heb al van jongsaf. Ik ben kinesist en heb mijn vak altijd goed

kunnen uitoefenen. Ik kreeg ook steeds een goede respons van mijn patiënten. En dan is plots alles weg. En dat wringt. (Rob)

3.3.1.4. HERINNERINGEN VAN DE KINDEREN AAN DE PROBLEMATIEK VAN HUN OUDER

Doorheen het gesprek met de kinderen komen telkens talrijke anekdotes over de problematiek van de ouder en herinneringen over het leven met een ouder met een psychische problematiek naar boven. Deze belevenissen komen spontaan naar boven en vormen de rode draad doorheen hun verhalen. De herinneringen aan vreemde, niet alledaagse situaties (gerelateerd aan de psychische problematiek van de ouder), vormen het fundament voor hun persoonlijke beeldvorming over wat er met moeder of vader aan de hand is en hebben een diepere indruk nagelaten.

Ja, mijn mama deed een vuilniszak vol met een chocopot, rijden en dan moest ik dat meedoen naar de klas. Ik wist niet wat ik daarmee moest doen. (Joni)

De sterkste herinnering dat ik heb van mijn vader zijn psychose was toen ik in het eerste middelbaar zat. Hij was thuis en toen ik langs ging bij hem, had hij zijn deur gebarricadeerd omdat de Duitsers gingen binnenvallen. Dat is zowat de enige herinnering die ik heb. Ik denk dat ik de rest wat verdrongen heb. (Charlotte)

Mijn papa was naar de bank en de dag ervoor was zijn kaart ingeslikt in de bank. Hij heeft die mevrouw dan bedreigd om zijn kaart te kunnen terug te krijgen, maar dit ging niet omdat hij geen geld meer had. De politie is er bij gekomen. Hij is dan proberen weggelopen en de politie heeft hem dan in de handboeien gelegd. (Lars)

Tegelijk komen er ook af en toe herinneringen naar boven die zwaar emotioneel beladen zijn, bijvoorbeeld over hoe de kinderen omgingen met hun verdriet of de daden van hun ouder.

In oktober ben ik dan mee geweest, mijn papa heeft haar dan gevoerd en ik moest haar dan heeltijd wakker houden in de camionette... ze mocht dan niet in slaap vallen. (Joren)

3.3.1.5. INHOUD PROBLEMATIEK VAN DE OUDER VOOR HET KIND.

Als onderdeel van die persoonlijke beeldvorming van de kinderen, zoals hierboven beschreven, heeft ook elk kind een eigen, specifieke en unieke uitleg voor 'wat er nu precies aan de hand is met moeder of vader'. Sommigen hebben wel een persoonlijk beeld hiervan, maar hebben nooit echt naar een eenduidige verklaring gezocht voor de gedragingen van de ouder. Het beeld van de problematiek van de ouder wordt vaak gevormd door gebeurtenissen die ze meegemaakt hebben met hun ouder.

Ik dacht dat er een mannetje in haar hoofd zat die zei dat ze haar niet goed voelt en verder weet ik het niet zo goed. (Joni)

G.:Ze is gewoon niet zelfzeker... Je moet soms echt... zo van 'zou ik dat nu doen, zou ik dat nu niet doen?', zo heel de tijd twijfelen.

I.: En je ziet dat dan dat ze twijfelt?

G.: Ja, dan zeg ik soms, ik hak dan soms eens de knoop door, ik zeg dan: pak gewoon dat! Soms staat ze zo een half uur te kijken en dan zeg ik gewoon: 'gow, pak nu dat en we gaan naar de kassa!'. Ja soms, als je zo een uur in de winkel staat om twee cadeautjes te kiezen...(Joren)

Enkel de oudste van de kinderen grijpt terug naar een oorzaak-gevolg verklaring met kennis van biologische processen in de hersenen.

Maar, je kan daar niet aan doen é, dat is echt een ziekte. Als je te weinig serotonine in uwe kop hebt, mag je nog zoveel ballen aan uw lijf hebben als je wilt...(Liese)

3.3.2. HOOFDTHEMA 2: OUDERSCHAP

In dit deel worden subthema's geïllustreerd die naar boven kwamen doorheen de verhalen met betrekking tot ouderschap.

3.3.2.1. BEELDVORMING OVER HET OUDER-ZIJN

Het is opmerkelijk dat elke ouder een heel duidelijk beeld heeft over zichzelf als ouder. Deze beeldvorming is telkens heel sterk gekleurd door de aanwezige problematiek. Wanneer ze zich goed voelen, vinden ze zich wel een goede ouder, maar als ze zich niet goed voelen gaat het moeilijker. Opnieuw manifesteert zich hier de machteloosheid bij de ouders. Het gaat niet over niet willen, wel over niet kunnen.

Ik zie mijzelf als iemand die tekort heeft gedaan. Als een mama die ze niet genoeg liefde heeft kunnen geven. Ik heb dikwijls in de zetel moeten liggen, liggen slapen, dat ze zelf moesten voor zichzelf zorgen. Zoals mijn oudste dochter, zij heeft eigenlijk echt vooraleer ze in de instelling terecht is gekomen, echt het huishouden gedraaid. Op een bepaald moment kon zij dat niet meer aan, en dan is zij vertrokken uit huis. (Mia)

Ik ben er een ganse periode tussenuit geweest omdat ik er niet kón (benadrukt) zijn. Maar in de periode vanaf mijn kinderen geboren waren en ik nog ging werken samen met mijn vrouw was dit vaderschap helemaal anders. We brachten en haalden de kinderen naar en van school. Bij mijn dochter heb ik wel het gevoel dat ik nu nog vader kan zijn en dat ze dat ook graag heeft en dat ze dat verwacht. (Rob)

Slechts één moeder praat niet over haar ouderschap gerelateerd met haar psychische problematiek.

Ik denk dat ik ergens wel een bezorgde moeder ben, maar ik heb nooit problemen gehad dat Liese haar vrijheid neemt. Ik ben moeder, maar ik vind ook dat ik mijn persoonlijke vrijheid moet houden daarbij. Ik vind als je moeder wordt, dat het is om je kind groter te brengen, maar dan ook moet kunnen loslaten. Nu vind ik dat wel soms lastig, ze komt een

hele week niet naar huis en dan kan ik haar zo weinig vragen of met haar praten, want in het weekend is ze ook altijd druk bezig. (Els)

Joris voelt zich een vader vanuit de liefde voor zijn kinderen, maar hij heeft nooit zijn rol als vader kunnen uitoefenen.

Ik heb het gevoel gehad dat ik geen vader was. Ikzelf heb ook geen thuis gehad. Maar de momenten dat ze bij mij zijn probeer ik zowel vader als vriend te zijn. Ik geef geen super opvoeding maar wel een strenge opvoeding. Hoe kunnen ze mij als vader bekijken, want ze zien mij niet...(Joris)

Op de vraag aan de kinderen welk beeld zij hebben van hun ouder in het algemeen, namen vooral positieve eigenschappen een centrale rol in, in tegenstelling tot wat de ouders van hun kwaliteiten vinden. Wanneer er toch negatieve kenmerken naar boven komen, zijn deze hoofdzakelijk gekoppeld aan de problematiek van de ouder, net als bij de ouder.

Ja als ik klein was, zag ik ze als iemand die rap boos was, die veel te lang bleef babbelen met mensen (lacht) en ook wel een toffe. En ja, iemand die mij echt doodgraag zag. Ja, ons moeke verwoordt dat ook ongelooflijk é. Ze doet ook graag verrassingen enzo, ze bracht dan eens een kindereitje mee en zo van die dingen. Maar als ze een slechte periode heeft, ja dan is dat gewoon een aandachtseisend, egoïstisch iemand die het lastig heeft. (Liese)

Hij is lief, hij geeft soms een beetje geld aan mij. We doen soms een uitstap. Mijn papa is redelijk kloek maar sterk vind ik. Hij heeft zijn goeie en slechte kanten.(Lars)

Een van de kinderen ziet zijn moeder vooral als iemand waarvoor hij moet zorgen, in plaats van de verwachte, omgekeerde situatie.

Ik kijk naar mijn ma van eigenlijk, dat ik in mijn leven al meer voor haar gezorgd heb dan omgekeerd... Zoals zij zal ook niet veel vertellen, mij zo iets opleggen van: ge moet dit doen of dat doen, zoals een normale ma doet. Zij vraagt meer raad aan mij: 'Ward, hoe zou jij dat doen? Ward, zou ik dat doen, zou ik dat niet proberen?' Eigenlijk moet een ma dat niet vragen aan haar kind... (Ward)

3.3.2.2. OUDERSCHAP ONDER DRUK

Zoals hierboven reeds enkele malen beschreven, getuigen de ouders wel degelijk van hun psychische problematiek als verzwarende factor op hun ouderschap. Wanneer ze zich niet goed voelen, hebben ze vaak zoveel energie nodig om figuurlijk en soms letterlijk te overleven, dat ze zich vaak moeilijker kunnen concentreren op hun kinderen. Doorheen hun verhaal geven ouders voorbeelden wanneer en hoe het dan precies moeilijker loopt en hoe hun kind daar op reageert.

Het was al niet makkelijk om te leven en zeker sinds Lars er bij was gekomen. Niet dat hij er te veel was, maar het was een heel stuk lastiger. Ik moest meestal instaan voor alles omdat mijn ex-vrouw het niet kon. De eerste drie maanden na zijn geboorte waren heel lastig. Toen sliep ik zelf bijna niet meer en daarna mocht hij af en toe eens gaan slapen bij mijn zus, zodanig dat mijn vrouw en ik eens wat tijd hadden voor elkaar. (Johan)

Normale moeders schieten ook soms uit, maar die kinderen van die moeders zijn dat gewend omdat hun moeder dan iedere dag uitschiet, maar ik schiet niet iedere dag uit, ik ben normaal zo niet. De derde vroeg ook: "Mama waarom ben jij zoveel boos"? Dus dat is voor hen verwarrend hé. Je wil een aanwezige moeder zijn, je bent dat soms gewoon fysisch, maar anders niet hé. (Griet)

Vijf van de acht ouders hebben in het verleden een poging tot zelfmoord ondernomen. Dit was voor de ouders het ultieme voorbeeld van ouderschap onder druk. Hoewel weinig ouders daar uitgebreid zijn op ingegaan, zeggen ze wel dat dit een bron van onzekerheid was voor het kind.

Natuurlijk het waren wel periodes, zoals die periode dat ik die poging ondernomen heb. De schrik zit er in. Je kan dan nog wel zeggen: 'ik zal het niet meer doen'. Maar je hebt dat niet in de hand é, je kan het niet 100% zeggen é. Ik denk dat ze daar wel last van heeft, nog é, want uiteindelijk zit dat zo in uw achterhoofd van ja... (denkt na)... Maar ik denk in het algemeen dat mijn depressies niet een overdreven grote belasting zijn voor haar. Want ze is ook een vrolijk en opgewekt iemand. (Els)

Ouders kunnen ook positieve gevolgen van de leefsituatie naar voor schuiven. Over het algemeen komt het aspect 'zelfstandigheid' naar voor. Tijdens moeilijke periodes, wanneer de ouder wat minder beschikbaar is, leert het kind ook sneller zelfstandig te zijn.

Het is niet uitsluitend negatief hé, ze zijn zeer zelfstandig. De oudste is zeer zelfstandig en ook zorgzaam. Als ik minder goed ben vraag ik wel eens iets, maar dat zijn dan wel kleine taken, ik bedoel van, een keer eten geven, potje vullen van de jongste, ik vind dat mag gevraagd worden hé. (Griet)

Joke heeft slechts één keer in het leven van haar dochter een zware psychose doorgemaakt. Zij denkt niet dat haar kind daar gevolgen heeft aan over gehouden.

Het moet dus onderkend worden dat het niet altijd gemakkelijk is voor de ouders om hun ouderschapsrol op moeilijke momenten ten volle uit te voeren. Uit de gesprekken met de kinderen kwamen deze moeilijke momenten van de ouders ook naar voor.

Alle kinderen, behalve Joni, ervaren en ervaren ook nu nog dat het niet altijd gemakkelijk is voor de ouder om op elk moment de ouderschapstaak ten volle op zich te nemen. De ouders

zijn dan soms heel wat moeilijker in de omgang en de kinderen moeten dan heel goed opletten wat ze zeggen. Twee kinderen zijn hoofdzakelijk opgevoed door hun grootouders.

Eigenlijk, doordat mijn ma die ziekte had, ben ik ook grotendeels grootgebracht door mijn grootouders. Dus ja, mijn pa kon niet voor mij zorgen in het weekend omdat het te druk was in de zaak. Dan ging ik bij mijn grootouders... Voor hen ben ik hun 5^{de} kind... Ik ben ook de oudste van al de neven en nichten...Dus dat is wel een speciale band dat je dan hebt...(Ward)

Dat wij bijna als we thuiskomen niet meer welkom zijn... Dat ze zegt: 'goh, jullie zijn weer ambetant'. Dat je nog maar de deur opendoet en dat je al ambetant bent. Je bent liever weg, dan dat als je thuiskomt je de hele laag moet vangen. Goja, ik zit dan ook meer boven, ik heb dan eigenlijk geen zin om er dan altijd gewoon te zitten en te luisteren wat ze allemaal te vertellen heeft van bla bla bla. (Joren)

Op die manier ondervinden ze toch ook wel een invloed van de psychische problematiek van de ouder op hun leven. Dit kunnen eerder gevolgen zijn van praktische aard: het niet thuis kunnen wonen, vele keren verhuizen...

Oh, ze heeft al overal gewoond... Haar leven é, haar leven is één grote verhuis... Wat hebben wij gedaan, als ze hier vertrokken is van mijn vader. Dan zijn we naar D geweest. Erna is ze... Ah ja, is ze eens een zomer weggeweest naar het zuiden van Frankrijk. Dat we maar half wisten waar ze zat. Dan is ze bloemen gaan verkopen of zoiets. Dan is ze teruggekeerd, dan heeft ze lang in de kliniek geweest... En dan...Ik peis dat ze dan in plaats E is beland... Dan bij een vriend ingetrokken in... Goh, waar was dat weer. In plaats D ergens... Dan teruggekeerd naar plaats C... (Ward)

Ja, ik kan dan soms iets niet doen voor school, mijn huistaken of zo. Op school begrijpen ze dat wel, ze zeggen dan dat het niet erg is dat ik mijn huistaak dan niet gemaakt heb, of als ik eens wat minder heb kunnen leren voor een toets. Ja ik had dan bijvoorbeeld internet nodig, ik was dan gaan zoeken waar ik op internet kon. En mijn huiswerk ligt dan hier, maar ik ben dan niet thuis... en ik moest dan naar mijn vriend gaan slapen, dus ja, dan kan ik mijn huiswerk niet doen...(Joren)

Andere kinderen praten eerder over de emotionele reacties, over de impact die de toestand van hun ouder op hun leven, hun relaties met anderen en op hun emotioneel welbevinden heeft.

Nu heb ik het wel moeilijker, ik ben bijvoorbeeld sneller neerslachtig. Juist omdat ik niet echt een stabiele jeugd heb gehad. Echte relaties heb ik nog weinig gehad. Ik heb wel al een relatie gehad en samengewoond, maar nu besef ik dat dit ook allemaal een invloed heeft op mij. Ik had zo altijd het gevoel 'ik kan hier niet bij mijn vriend alleen zijn, ik moet naar mijn moeder of naar mijn vader om hen te helpen!' (Charlotte)

Een andere houding die kinderen gaan innemen in de interactie met hun ouder, is een houding van zorg. Elk kind, behalve Joni, neemt een grote zorgtaak op zich en kan die taak ook gemakkelijk benoemen. Zorgen wordt hier gezien in de ruimste zin van het woord. Dit gaat van huishouden, over het 'zich goed houden' voor de ouder, tot het voelen van een verantwoordelijkheid voor de ouder. Doorheen de jaren wordt het zorgen voor hun ouder in moeilijke momenten een automatisme. Het is voor hen een evidentie dat ze hun ouder op verschillende manieren proberen te ontlasten en ze gaan dat helemaal niet problematiseren.

Zorgen dat alles proper ligt, zorgen dat alles zo weinig mogelijk anders is. Alles moet voorspelbaar zijn... Gelijk bij een autist! (lacht) Zeggen: 'Moeke, ik kom dan niet eten, ik ga dan naar daar, is dat goed?'. Terwijl anders dat je eerder op de laatste knip weggaat... Daar is ze gevoelig voor, alles moet gepland zijn, gestructureerd en duidelijk. (Liese)

Ik heb nog in de horeca gewerkt. Mijn moeder had niet veel centen. Ze moest alle rekeningen betalen met een bepaald budget die ze kreeg. Dus wij aten dan dikwijls droge boterhammen. Toen ik ging werken gaf ik mijn geld af en zorgde ik dat er eten op tafel stond. (Pieter)

3.3.2.3. GOED GENOEG OUDERSCHAP

Ondanks het feit dat ouders het soms moeilijk hebben om 100% beschikbaar te zijn voor hun kind, komen uit elk verhaal ontelbare elementen van ouders die zo hard trachten een goede ouder te zijn. Ook al hebben ze het soms moeilijk, toch proberen ze zich zo goed en kwaad als ze kunnen op te laden om een beschikbare ouder voor hun kind te kunnen zijn. Ze voelen een onvoorwaardelijke liefde voor hun kind, wat zich uit in kleine en grote dingen. Tegelijkertijd voelen de ouders ook dat hun kind, ondanks alles, blijft terugkomen en opkijken naar zijn/haar moeder of vader.

Maar als ze dan gekomen is, was dat voor mij een geschenk uit de hemel. Ik ben er dan pas echt doorgekomen, psychisch. Ik zeg altijd moest ik mijn leven herhalen zou ik toch een stuk of drie, vier kinderen gehad hebben. Overal waar ik ging, overal was zij mee in haar maxicosi. Overal was dat kind mee, zelden nam ik een babysit en de woensdagnamiddag volgde ik Italiaanse les, dan ging ze in het begin eerst bij een vriendin van mij, maar die vriendin had dan werk en dan is ze naar een dagmoeder geweest, dus een uur of drie in de week. Anders was ze altijd bij mij, overal. (Joke)

Gelijk ook wanneer was het, het was oudercontact. Ja, voor de eerste keer in de humaniora, van Joren. Ik ben daar ziek van geweest! Ganse dagen was ik daar ziek van: ik moet naar dat oudercontact, ik durf niet, ik durf dat niet. Ik heb al mijn moed bijeengeraapt. Ik ben daar mee naartoe geweest. Niemand kan zich dat inbeelden. Allé een normaal iets eigenlijk, een oudercontact, voor mij was dat... een hel. En ik ging niet meegaan, ik ging niet meegaan (zuchtend). Ik had zo'n een compassie met Joren op een gegeven moment. Ik heb daar gewoon in een furie kleren aangetrokken en ik ben pppffft... meegegaan. Ik heb daar niet veel aan gehad. Maar het feit dat ik mee was dat was voor hem... (Griet)

Ook het kind getuigt van goed genoeg ouderschap van zijn/haar ouder. Ze zien hun ouders zo graag, ondanks de moeilijke periodes met de daarbij aansluitende gevolgen. Het is inderdaad niet altijd even gemakkelijk, maar er zijn ook heel wat goede momenten die de kinderen bijblijven. De kinderen beseffen dat hun ouder altijd zal klaar staan voor hen, mochten ze hulp nodig hebben. De onvoorwaardelijkheid van de ouder-kind relatie komt in elk gesprek naar voor.

Ik had een heel goede band met haar! Als mijn zussen weg waren is onze band veel verbeterd. Meer babbelen met elkaar. (Pieter)

Maar ons moeke heeft wel altijd, ondanks haar ziekte, ondanks haar zware periodes, bijvoorbeeld als het mijn verjaardagsfeestje was, hoe ze ook was op dat moment: er is en er zal een verjaardagsfeestje zijn. Dat was altijd volledig voorbereid, dat was super origineel. Ze vroeg dan wat ik wilde doen en we deden dan spellekes enzo...Dus dat was wel...(Liese)

3.3.2.4. AFSTAND TUSSEN OUDER EN KIND

Hoewel de kinderen en ouders elkaar heel graag zien en alles zouden doen voor elkaar, worden het kind en de ouder, tegen de wil van de ouder en van het kind, toch heel vaak gescheiden van elkaar. De eenheid waarover ouder en kind getuigen, wordt vaak niet gezien in de hulpverlening.

Alle ouders, behalve Els, zijn in hun leven al opgenomen geweest in het ziekenhuis of een psychiatrische voorziening. Elke ouder heeft op deze momenten een grote afstand ervaren tussen zichzelf en zijn/haar kind. Ook als er geen opnames waren, als de ouders gewoon thuis waren, zagen zij heel vaak hun kind niet. Deze afstand wordt in de meeste gevallen gecreëerd door de omgeving. Op dat moment voelen de ouders zich heel vaak 'gepasseerd' als ouder.

Ze vonden dus allemaal dat het beter was dat Joni niet geconfronteerd werd met de kliniek en dat ze mij niet zag in die toestand. Ik heb zeker drie maanden mijn kind niet gezien. Ik miste haar verschrikkelijk. We zijn ervoor nooit gescheiden geweest, nooit. We zijn al zeven jaar elke dag samen en opeens wordt dat een breuk. Wat voor een situaties zijn dat? Iedereen die daar zat, die kinderen had. Die kinderen kwamen elke dag op bezoek en ik zat daar. Ik zag haar dus nooit! (Joke)

Het is niet evident om te verwerken dat je er als vader tussenuit bent gevallen. (Rob)

Dan begonnen ze ook nog te dreigen dat ze Pieter bij mij gingen weg halen. Ik zei: als ze Pieter bij mij wegnemen, dan pleeg ik zelfmoord... (Mia)

In het begin was mijn zoon een jaar niet bij mij geweest toen ik in het ziekenhuis was. Ik was al mijn gezag kwijt over hem. Ik heb veel van mijn kinderen moeten missen en hen niet echt

zien opgroeien. Nu is het geleden van in de grote vakantie dat ze geweest zijn. Met Nieuwjaar zijn ze nog eens een namiddag gekomen. (Joris)

Griet kiest er bewust voor, om haar kinderen niet te betrekken bij haar hulpverleningstraject.

G: Zij worden niet echt betrokken in mijn hulpverlening.

I: Dus het is niet dat zij veel in contact komen met voorzieningen?

G: Nee, dat is een bewuste keuze, we hebben dat besproken met de thuiszorgbegeleider. We vinden het al erg genoeg zo dat ze bepaalde periodes van mij in een depressieve fase moeten meemaken dat ze dan nog eens moeten geconfronteerd worden met ja... (Griet)

Ook bij de kinderen komt dit 'gescheiden houden' vaak naar voor doorheen hun verhaal. Elk verhaal (op Joren en Joni na, die KOPP-begeleiding hebben gekregen), getuigt van het gescheiden worden van het hulpverleningsproces of -netwerk rond de ouder. Dit gescheiden houden bestaat meestal vanuit een beschermingsreactie door de omgeving van het kind, om het kind te vrijwaren van mogelijke negatieve herinneringen aan de toestand van de ouder. Eén kind noemt het ook expliciet heel vreemd dat ze nooit zijn betrokken geweest bij het hulpverleningsproces door de psychiater van haar moeder.

Het was eens een zomer, en het was zo echt 'nen ouderwetsen' noem ik dat: heel manisch, opname, isoleercel en heel den boel. Ik was toen 19 zeker en dat was eigenlijk de eerste keer dat ik er zo helemaal alleen voor stond, dat ik dat gevoel had dat ik er alleen voor stond. Mijn grootouders waren niet thuis... euh... Dus de isoleercel, ik moest haar gaan bezoeken en ze zat in de isoleercel. En ik had haar nog nooit gezien als ze zo... Ik was daar echt afgeschermd van é daarvoor. Ik had ze nog nooit zo gezien als ze daar vastgebonden was en zo. Ik kwam daar binnen en de verpleegster: 5-10 minuutjes, niet langer... (Ward)

Ook spraken enkele kinderen van 'het zich verhinderd voelen' om bij hun ouder met een psychische problematiek te zijn. Deze verhindering kon ontstaan door het verblijf van het kind bij de 'gezonde' ouder of door het verblijf van het kind in een voorziening gecombineerd met het verblijf van de ouder in het ziekenhuis, waardoor ontmoetingen moeilijker tot stand komen.

I: Hoelang ben je hier al?

G: Bijna vijf jaar. Op tien mei.

I: En hoe vind je het hier?

G: Ik zou liever thuis zijn. (Lars)

3.3.2.5. OPEN COMMUNICATIE OVER PROBLEMATIEK

Bij alle gezinnen, op één na, wordt er niet gemakkelijk gepraat over de psychische problematiek en alles wat daarmee gepaard gaat. Ouders zijn daar terughoudend rond en willen hun kind niet onnodig extra belasten.

Dat wel maar euh, ze voelen ook euh, als 't minder gaat. Maar ze zijn wel goed ingelicht van mij. Mijn kinderen weten wat dat, allé, wat dat is, manisch depressiviteit. F. beseft het goed maar de twee jongste. En ja, mama is ziek en ze gaan een keer komen en... Eigenlijk wordt dat een beetje verdoezeld omdat ze nog een beetje te jong zijn. Mama is ziek en mama moet naar het ziekenhuis gaan... (Griet)

Ik wou het zelf allemaal niet beseffen dat ik ziek was. Ik vraag mij af of dit nodig is om erover te praten met uw kinderen? Neen, ik heb er tegen mijn kinderen nooit iets over gezegd, ik begin nu pas te beseffen wat het is, schizofreen zijn. (Rob)

Enkel in het gezin van Els bestaat er een openheid en benoeming van de problematiek.

Bij de bevraging naar open communicatie bij de kinderen over de problematiek waren de antwoorden wat verdeeld. Net zoals bij de ouders bleek, spraken weinigen over open communicatie binnen het gezin. De meeste vermeldden dan wel weer communicatie met (weinig) vrienden, leerkrachten. Deze laatste vorm van communicatie met buitenstaanders kwam tot stand door een gevoel van 'het moeten' vertellen, ter verantwoording van bepaalde zaken die niet lukten binnen een opgelegde tijd door school of door hobby's, of als antwoord op vele vragen die de omgeving stelt. Uit zichzelf gaan kinderen eerder terughoudend zijn om over hun thuissituatie te vertellen. Zoals uit het gesprek met Els ook bleek, is enkel binnen het gezin van Liese het onderwerp heel bespreekbaar tussen ouder en kind, wat ook gegroeid is doorheen de jaren heen.

Vroeger was dat eerder zo dat we dat negeerden. Dan zei ons vake dan tegen mij 'ze is weer ambetant ze', maar dan zeiden we er niets over, negeerden we dat gewoon. Maar dan, eigenlijk, nu ik daar over nadenk, heb ik zo het gevoel dat ze daar erkenning voor wou. Dan deed ze nog ambetanter en begon ze te wenen en te roepen. Zo van: 'hoor mij!' Maar nu bestaat er echt wel een open cultuur bij ons. We praten er tegen elkaar ook wel over. (Liese)

Dat gebeurde wel eens dat we daar zo kort in flarden over praatten, maar het is niet dat wij daar hele gesprekken voerden daarover...Weer verder doen, achter u laten. De anekdotes komen soms wel eens naar boven (lacht), dat wel. (Ward)

Ik heb dan wel zo eens, ik zat bij mijn vriend om te logeren, ik heb dan zo snel al mijn gerief moeten verzamelen om naar mijn vriend te gaan. En ja, ik had dan dingen vergeten omdat ik mij zo moest haasten. Dan heb ik dat tegen de leerkracht gezegd. (Joren)

Er kan hier ook een soort van wederkerigheid opgemerkt worden tussen de ouders en kinderen enerzijds en de context op zijn geheel anderzijds. De kinderen en ouders voelen dat het

gevoelig ligt in de omgeving om open over een psychische problematiek te praten, dus zwijgen ze liever. Maar tegelijkertijd bestendigt deze moeilijkheid van open communicatie de gangbare interactiepatronen binnen onze samenleving om taboes als taboe te onderhouden. Misschien is hier een rol weggelegd voor de begeleiding van het kind en de ouder om het communicatieproces met de omgeving te faciliteren en de psychische problematiek zonder angsten bespreekbaar te maken.

3.3.3. HOOFDTHEMA 3: CONTEXT

Als derde 'noemer' binnen de thema's die de kinderen en ouders gemeenschappelijk hebben, werden thema's die verband houden met de 'omgeving' geïdentificeerd. Omgeving is een ruime noemer die zowel de andere gezinsleden omvat, als de ruimere context (school, burensituatie, voorziening, leefomgeving,...). Zoals in bovenstaande thema's reeds verschillende keren naar voor kwam, speelt de omgeving ook heel vaak een centrale rol in de beeldvorming en de verhalen van de ouders en kinderen. Het komt heel duidelijk naar voor dat mensen zeer gevoelig zijn voor 'de ander'.

3.3.3.1. NOOD AAN MENSEN

Net zoals alle mensen hebben personen met een psychische problematiek nood aan contact. Een zeer vaak terugkomend thema doorheen de verhalen van de ouders is net het gebrek aan sociaal contact. Zes van de acht ouders geven aan regelmatig eenzaam te zijn. Een te vermelden bevinding hierbij is dat de twee enige ouders die hun kinderen 'voltijds' nog bij hen hebben, niet spreken van die eenzaamheid.

Oh ja, niet zoveel. Ik heb eigenlijk niet veel mensen. Ik ben eigenlijk echt een heel eenzaam mens. Met Tine, daar praat ik nog eens mee over. Maar anders... Wel, ik heb nu ook nog een vriend, van in Nederland. En ik weet van deze week dat hij ook een kwaadaardig gezwel heeft... Ja tis euh, het is echt wel ... Op den duur... (stem breekt) Op den duur schiet er niemand niet meer over é... (Nadine)

Ik ben wel veel eenzaam. Ik zou toch wel liever meer vrienden hebben... (Mia)

Ook mentaal moet ik nog altijd vechten tegen depressies. Als ik hier vandaag blijf zitten, hoor ik niemand, behalve mijn dochter die eens belt of langskomt. Het enige contact dat ik heb is eens een wandeling maken en een koffie gaan drinken, maar dan zit de dag er alweer op. (Rob)

Wanneer de ouders die zich eenzaam voelen, dan wel aanwezigheid van sociaal contact mogen ervaren, is dit voor hen een bron van genieten.

Ik heb toch wel een vriend van mij die komt, die hier 400m van mijn deur woont, en hij komt vanavond. Ook een ex van mij. Hij heeft geen lief voor de moment en dan (begint te giechelen) als hij geen lief heeft, dan komt hij naar mij é! Maar we hebben afgesproken, we

blijven gewoon vrienden. Het is natuurlijk ook een mooie man é. Maar we hebben goed afgesproken, we zijn vree goede maten en dan vliegen we er echt eens goed in é. We gaan vanavond oesters eten, ik ben speciaal naar Sluis gereden om twee grote roggen. We gaan er dan goed invliegen é, we koken alle twee graag. En we maken dan plezier é, en we drinken dan wel eens enen te veel. Maar ik moet morgen niet werken, dus we trekken er ons niets van aan é, maar als ik moet werken, geen alcohol é! Ewel, we gaan wij hier vanavond eens een goed menuutje doen! (Nadine)

Eén persoon geeft aan enkel nog contact te hebben met mensen met een psychische problematiek.

Vroeger wisten ze dat ik ziek was en na een tijdje vroegen ze er ook niet meer om wanneer ik nogmaals was opgenomen. Nu ik hier terecht ben gekomen, heb ik redelijk veel contact met psychiatrische patiënten. Bijna al mijn contacten zijn psychiatrische patiënten en zij weten wat het is. (Johan)

3.3.3.2. GEVOEL VAN ONDERSTEUNING

Iedereen heeft graag het gevoel er niet alleen voor te staan. Zeker in moeilijke periodes is ondersteuning onmisbaar. Er wordt vaak onderscheid gemaakt tussen emotionele (mensen die nabij zijn wanneer ze het moeilijk hebben) en praktische ondersteuning. De meeste ouders geven aan dat ze het gevoel hebben op dit moment adequate ondersteuning te ontvangen en uiteindelijk wel bij de juiste hulpverlening terechtgekomen te zijn, dit echter wel na een tijdje rondzwerven tussen verschillende hulpverleningsdiensten. Het dient wel opgemerkt te worden dat de ouders vaak slechts een heel beperkt ondersteunend netwerk rondom zich hebben.

Dat hebben we ook op punt gezet van in geval dat er opnames moeten gebeuren dat ze dus, ja allé, geen school dan moeten laten en dat ze dan bij de burens kunnen slapen. En de leerkrachten zijn hier ook op de hoogte. Ja, je ziet dat soms aan mijn gedrag é, ge moet daar geen doekjes... (Griet)

Of ik nog nood heb aan andere ondersteuning? (denkt na) Niet echt, zolang je wat sociaal netwerk blijft onderhouden. Maar ja, uw sociaal netwerk blijft maar onderhouden zolang je er zelf energie blijft insteken é. Als je er zelf geen energie insteekt, vermindert uw sociaal netwerk ook é. Want dat bouwt rap af hoor... Als die andere mensen vijf keer gebeld hebben van 'laat ons afspreken' en je geeft vijf keer forfait, dan gaan zij de zesde keer niet meer bellen é, of misschien zelf al van de derde keer niet meer. (Els)

Eén ouder heeft liever geen praktische ondersteuning. Ze gaat er prat op dat ze zoveel mogelijk dingen zelf doet, en ze is daar ook heel trots op.

Ik doe dat allemaal alleen! Niemand moet mij daarbij helpen... Ik doe dat allemaal alleen, ik poets alleen, ik trek mijn plan alleen, ik heb niemand nodig op dat vlak! Euh, ik ga wel ook naar een psycholoog, die mij wel ondersteunt. Het is wel natuurlijk al een paar keer gebeurd

dat ze mijn papieren hebben moeten beheren. En een paar keer, als ik heel ziek was, had ik wel iemand nodig. Want dat wordt ook een rotzooi...(Nadine)

Eén ouder getuigt van een gevoel van gebrek aan ondersteuning. Hij voelde zich vooral verloren in de periode na de hulpverlening, bij de herintegratie in de maatschappij.

Nee. Ik heb het allemaal zelf moeten doen. (Rob)

Net zoals de ouders nood hebben aan ondersteuning, heeft een kind soms ook nood aan extra begeleiding. Alle kinderen, behalve Joren en Joni, geven aan dat ze niet echt begeleid geweest zijn in de opvoedingssituatie met een ouder met een psychische problematiek. Alle kinderen behalve Charlotte, hebben er nog nooit bij stil gestaan of zij begeleiding zouden moeten hebben of nodig hebben.

Mijn vader zijn psychose was een tegenslag en op dat moment kon ik dit wel verwerken maar hoe meer tegenslagen je krijgt hoe moeilijker het wordt... Moest ik als kind beter begeleid zijn geweest zou het nu misschien wel beter zijn met mij. (Charlotte)

Ik heb daar nooit echt aan gedacht, aan hulp nodig hebben omdat ik kind was van een ouder met een psychische problematiek. Ik ging gewoon door met mijn leven. (Pieter)

Nee, ik heb daar eigenlijk nog nooit uitleg over gekregen. Behalve dat het kan zijn dat mijn papa altijd ziek zal zijn, maar dat het ook kan dat hij geen aanval meer zal krijgen. (Lars)

Wanneer de vraag gesteld werd of ze misschien wel begeleiding nodig zouden gehad hebben, gaven kinderen aan dat ze soms wel nood hadden aan extra hulp om het gebeurde te plaatsen en om verder te kunnen gaan met het leven.

Ik heb hulp genoeg. Ik heb bescherming van de rechtbank en de begeleiding van de instelling die mij helpt. (Lars)

En ons moeke zei, zoek gewoon hulp op school. Ik heb dat op school gevraagd, zij kwamen zelf tussen. Ik heb zelf maar 3 euro moeten betalen. Dat heeft ook wel geholpen, ik was er echt content van. (Liese)

3.3.3.3. WAT DE ANDEREN ZEGGEN

Een heel groot luik in de verhalen van de ouders en de kinderen, gaat over 'de anderen'. Over het algemeen zijn mensen heel gevoelig voor wat de anderen zeggen. Ook uit de gesprekken blijkt dat de ouders en de kinderen merken dat het niet evident is voor de buitenwereld om te aanvaarden dat ze (kind van) een ouder met een psychische problematiek zijn.

Ouders worden zeer vaak ver- of beoordeeld op basis van dit enkele kenmerk. Er hangt ook nog heel wat taboe rond een psychische problematiek volgens de ouders.

Ewel, ik heb geleerd van, ik ben daar altijd heel eerlijk in geweest. Maar ik heb geleerd, de laatste jaren, dat ge uwen bek moet houden. Of ge wordt onmiddellijk geklasseerd. (Nadine)

Ik voel mij al jaren bekeken. Ik voel of dat er soms het woordje 'zot' op mijn voorhoofd staat. Had je mij die vraag tien jaar geleden gesteld, ging ik iedereen naar de maan wensen. Nu vandaag zeg ik dat alles wat ze zeggen over mij, alles wat ze doen is uit onwetendheid. Als men ergens niets van afweet, dan moeten ze erover zwijgen. Mensen die mij zeggen dat ik 'gek' ben omdat ik ben opgenomen geweest, antwoord ik met: 'de grootste gek is diegene die zegt dat iemand gek is'. (Joris)

Twee van de acht ouders geven echter aan, na een leerproces, dat ze zich niets meer aantrekken van hetgeen de anderen zeggen over hen. Dit was voor hen geen gemakkelijk en direct proces, maar nu geven ze aan zich toch te kunnen distantiëren van de mening van anderen.

Maarja, het is ook zo hé, ik werk niet, ik ben thuis want ja, psychisch ziek geweest. Punt uit. Wat andere mensen daarover denken, dat kan mij niet schelen. (Joke)

Ik ben al sinds mijn negentien jaar ziek. Hoe andere mensen daarop reageren, dat trek ik mij niet meer aan. Ik wil gewoon verder doen hoe ik nu bezig ben. Ik wil proberen. Ik voel mij goed zoals ik nu ben. (Johan)

Ook de kinderen zijn zeer gevoelig voor de eisen die de sociale wenselijkheid stelt. Eerder dan het persoonlijk een probleem te vinden, vinden ze het erger naar de buitenwereld toe. Ten opzichte van de buitenwereld zijn ze gevoeliger voor het afwijken van de norm door hun ouder.

Het was makkelijker vroeger toen ik kon zeggen tegen mensen dat mijn vader kinesitherapeut was, in plaats van iemand met een psychose. (Charlotte)

Weet je, ik heb het liever zo dan dat ze naar de buitenwereld toe haar niet kan goed houden. En weet je, hier kan dat é, wij zien haar graag é, wat er ook gebeurt! Moest ze tegen andere mensen depressief doen, ik denk dat ik het echt moeilijk zou hebben dan. Nu blijft dat zo bij ons. Enkel de familie en een paar vriendinnen weten dat. Ik vind het taboe, ik weet niet, je praat niet over seks, wel over depressie, maar iedereen heeft er een mening over. Mensen zien dat gewoon nog verkeerd. Ze zien dat niet als een ziekte é. Buiten als je kanker hebt: 'oh dat is erg'. Maar als je een depressie hebt... Allé, dat is toch é? (Liese)

3.3.4. HOOFDTHEMA 4: DE HULPVERLENING

Een zeer centrale rol in het leven van de ouders, is weggelegd voor 'hulpverlening'. Door de aanwezigheid van hun psychische problematiek, komen de ouders in contact met een leger aan psychiaters, psychologen, medicatie,... En hoewel de kinderen meestal afgescheiden worden van het hulpverleningsproces, hebben zij toch vaak wel een mening over de hulp die hun ouder krijgt. De meningen zijn verdeeld bij zowel de ouders als de kinderen.

3.3.4.1. HERINNERINGEN AAN HULPVERLENING

De verhalen van ouders worden heel sterk ingekleurd door herinneringen aan hulpverlening. Doordat ze gedurende hun leven regelmatig in contact komen met hulpverlening, hebben ze daar dan ook heel wat herinneringen aan over gehouden. Het overgrote deel van de herinneringen zijn echter negatief gekleurd.

Ik herinner mij, als ik toekwam staken ze mij in de isolatie en ik zat met enorme angsten en ik drukte constant op de bel, maar ik besepte dat zelf niet, dat ik iedere keer iedereen stoorde. Dat was uit angst dat ik heel de tijd op die bel duwde. Op een bepaald moment kwamen ze met een stuk of zeven binnen in de isolatiecel, namen ze me vast, brachten ze me naar de isolatiecel daarnaast. Ze bonden me met armen en benen vast op de tafel. Ik wist niet waarom, ik besepte niet dat ik heel de tijd had gebeld. Voor hen was ik dus een last. Dus dan binden ze u maar met riemen vast. Gelukkig geven ze u dan een spuit, dat je het niet meer beseft, dat je slaapt. Maar ik vind dat dingen die niet meer van deze tijd zijn. Het enigste dat ik nog weet, in die eerste isolatiecel moest je naar het toilet op een pispot. Goja, (zucht), dat zijn zo van die dingen...(Joke)

Goh, ene keer hebben ze mij in plaats B gestoken... en echt é, dat is crazy. Ze behandelen u daar echt als kinderen. Ja, ik heb daar echt geen goede woorden voor. Weet je wat é, ze kweken daar gewoon luiards! Ge moet daar een beetje breien, je moet daar wat knutselen... Het zijn al dingen die mij echt niet interesseren, waar ik mijne pap niet mee kan koelen é. En ge moet eens denken. We hadden sport in de namiddag, het is dus echt schandalig é. Ze beschikken daar in plaats B over een gigantisch mooie sportzaal. Weet je wat wij altijd moesten doen? Maar elke keer é, elke keer: badminton! (Roept verontwaardigd uit) ALTIJD BADMINTON, nooit iets anders é, dat vind ik toch wel straf ze wat ze daar doen met mensen. (Nadine)

Ik heb ooit eens zelf gevraagd om op gesprek te gaan en nog voor ik goed en wel binnen was zei de dokter tegen mij: 'ik heb niet veel tijd. Dit was voor mij voldoende om de rest van de tijd niet meer te spreken. (Joris)

Nadine geeft aan dat ze wel tevreden is met de psychologische begeleiding die ze nu krijgt.

Een enorm goeie psycholoog. Het is van mijn 30 jaar dat ik er bij ga. Het is een schitterend mens! En realistisch...! Want euh, voor een goede psycholoog te vinden, dat is niet simpel!
(Nadine)

Ook de kinderen hebben doorheen de jaren een visie/herinneringen op/aan de hulpverlening van hun ouder ontwikkeld.

Van kliniek A ben ik toch echt niet content. Zo'n slechte reputatie van de psychiatrische afdeling. De mensen liggen er gewoon. Weinig verzorging. Ik heb ooit nog in kwaadheid naar de dokters moeten gaan en toen kreeg ze verzorging. (Pieter)

En dan zei dat mens: 'Mevrouw? Zou je dat kunnen zeggen aan uw dochter, dat je niet dood wilt zijn?', maar dan dacht ik: 'allé jong, ons moeke wilt al 20 jaar dood zijn, wat zou ze dan nu op één gesprekje kunnen zeggen dat ze niet dood wil zijn?'. En dan zei ons moeke: 'nee ik kan dat niet, maar ik zal dat proberen, zoals ik dat al altijd probeer...'. En toen, dan was dat echt een 'downperiode', ik was down, ons vake was down, ons moeke... . En dan zaten we in de auto als we naar huis reden en ik zei: 'allé, wat denkt die nu eigenlijk, wat zei zij nu?'. En dan zijn we terug beginnen lachen. Die therapeut heeft eigenlijk niets gedaan, maar toch. Allé, wat verwacht die nu dat ons moeke dat kon zeggen, we weten wij dat ze dat niet kon. En ik weet niet, sindsdien zijn we open tegen elkaar. We hebben dan ook beslist om dan niet meer te gaan. Dat kost veel geld voor niets. (Liese)

Van de dokters kunnen we eigenlijk niet klagen. Het is altijd wel de juiste medicatie dat ze voorschrijven. (Joren)

3.3.4.2. AFHANKELIJK VAN MEDICATIE

Elke ouder, zonder uitzondering, geeft aan afhankelijk te zijn van hun medicatie. Het stopzetten van medicatie is voor hen gelijk aan het terugkeren of het verergeren van de psychische problematiek en een volledig controleverlies over zichzelf. Ze beseffen de meerwaarde, maar vinden dit anderzijds toch een onaangenaam gevoel zoveel medicatie te moeten innemen.

Aja é, spuiten, pillen, alles! En elektroshocks... er was niets meer aan te doen op een bepaald moment. En dan heeft dokter x aan mijn ouders gevraagd of hij mij elektroshocks mocht geven... En dat is dus gebeurd. Let op, daarna is het wel gekeerd hé... Maar eigenlijk é, ik denk dat dat toch niet zo gezond is. Dat vergeten enzovoort, ik denk dat dat daarvan is. Dat heeft daar toch allemaal mee te maken. En ook, ge zou eens al de medicatie moeten zien dat ik al allemaal geslikt heb in mijn leven, ma jonges, ge zou dat eens op een hoop moeten zien. (Maakt beweging van een hele grote stapel.) (Nadine)

Ja, ik denk dat ik een periode van vier jaar dan geen medicatie meer heb genomen, maar dan heb ik daarop wel een zelfmoordpoging ondernomen. Dan, met die zelfmoordpoging ben ik terug naar de psychiater gegaan. En wat dan bleek, dat ik vier jaar zonder medicatie

heb gezeten. Ik verschoot daar dan zelf wel van, want voor mij lijkt het alsof dat ik altijd medicatie nam. Ik heb daar wel baat bij want ik zou niet zonder kunnen. Het zou op de één of andere manier toch verkeerd gaan. Allé, baat bij, cru genomen, als het echt niet goed is, ligt de baat bij mijn medicatie é.(Els)

Sinds ik hier ben, ben ik helemaal anders. Ja en ik weet dat ik mijn medicatie moet nemen anders hervat ik direct en meestal voor langere periodes dan. Dankzij mijn medicatie heb ik er geen last van nu.(Johan)

Ook de kinderen voelen dat hun ouders afhankelijk zijn van medicatie.

Wanneer hij zijn pilletjes neemt is hij meer in form, als hij zijn medicatie niet neemt is hij helemaal van de wereld. Dan weet ik ook niet wat ik moet doen.(Lars)

3.3.4.3. INFERIEURE POSITIE

In elk verhaal van de ouders is een spoor van een controlegevoel ten opzichte van hen, door mensen uit hun directe omgeving, terug te vinden. Elke ouder maakt situaties mee waarin ze het gevoel hebben niet op gelijke voet met alle andere mensen behandeld te worden. Ze worden geconfronteerd met machtsposities, waarin de ouders noodgedwongen de inferieure positie moeten innemen.

Vooral mijn schoonmoeder. Die zit wel nog soms op mijn kap. Mijn dochter kan dat ook wel. Bijvoorbeeld als ik niet goed ben, zou het wel eens durven gebeuren dat mijn kamer niet op orde is. Dan gaat mijn dochter wel eens zagen dat mijn kamer op orde moet staan. Maar ik zou dan wel de volgende dag mijn kamer op orde doen, als ik mij wat beter voel... Ik vind dat wel ambetant dat dat controlegevoel zo aanwezig is... (Mia)

Vooral ook de dokter (en diens mening/handelingen) bekleedt nog steeds een machtspositie. De ouders hebben het gevoel dat ze zich in een inferieure positie bevinden ten opzichte van hun behandelende dokter.

Bijvoorbeeld de maanden juli en augustus, als het vollen bak draaien was in het restaurant, moest ik van Dokter x altijd twee maanden naar het ziekenhuis. Ik mocht daar niet zijn... Dat was lastig hoor... Dan is het net zo geestig, al die bekende figuren die er dan zijn! Ik was daar dan zo graag bij geweest é... Ik mocht niet...(begint te wenen) Ik heb 7 jaar gerouwd om mijn zaak, 7 jaar, echt 7 jaar gerouwd om mijn zaak... Mijn klanten, mijn mensen, ma mensen, ik heb daar vanaf gezien...(Nadine)

Ik had eerst Dokter T. maar ik was daar absoluut niet content van. Hij had mij nog niet gehoord of gezien. En dan zei hij: "jij bent manisch-depressief!", terwijl dat ik nog nooit een depressie gehad heb! Van waar dat hij het haalde, ik weet het niet, maar naar het schijnt heeft hij 8000 patiënten en zijn ze allemaal manisch-depressief. Ik zei hem eens: "je mag nu

zeggen wat je wil, maar die pil neem ik niet meer!” waarop hij zei: “Jij bent manisch-depressief en nu zit je in een depressie en daarom moet je die pil nemen”. “Als ik in een depressie zit, waarom moet ik dan een pil nemen die mijn nog platter legt? Ik wil ze ’s avonds nemen voor ik ga slapen maar om vijf uur neem ik dat niet meer”. Ik maakte me boos. “Oe joeng, ze is manisch.”, zei de Dokter. En ik dacht, wat is dat hier? Jij zegt dat ik depressief ben, en jij zegt dat ik manisch ben. Voor mijn part kan je alle twee ontploffen, ik ben hier weg. En het enige wat dokter T. kon zeggen: “Je moet wel nog uw consultatie betalen.”(Joke)

Mia haar grote droom is om ooit nog alleen te kunnen wonen. Maar haar dokter heeft al herhaaldelijke keren gezegd dat ze dat uit haar hoofd moet zetten.

Goh, ik denk niet dat dat het geval zal zijn, volgens dat Dokter K. zegt. Met mijn epilepsie kan ik ook niet alleen zijn. Ik durf wel onder ogen zien dat het niet meer dan dat zal zijn.(Mia)

Maar Joris aanvaardt niet zomaar die ‘bevoogding’.

Je mag nooit het woord ‘moeten’ uitspreken. Als ze tegen mij zeggen: ‘je moet’ dan antwoord ik dat er maar één ding is dat ik moet, en dat is naar het toilet gaan.(Joris)

3.3.5. HOOFDTHEMA 5: MULTIDIMENSIONELE IDENTITEIT

Net zoals elke andere persoon bestaat een persoonlijkheid van een persoon met een psychische problematiek en het kind van die persoon, niet enkel uit die problematiek. Hun leven bestaat ook uit al dan niet gaan werken of naar school gaan, hobby’s beoefenen, activiteiten doen, gedachten, gevoelens en dromen...

3.3.5.1. BEZIGE BIJEN

Een opvallend gegeven is dat, behalve Els, geen enkele ouder zich op de reguliere arbeidsmarkt bevindt, waardoor ze eigenlijk elke dag thuis zijn. Net als iedereen, willen de ouders ook bezig blijven en niet zomaar bij de pakken blijven zitten. Joris geeft lezingen over psychische problemen voor zalen van 500 man om te vechten tegen taboes, Els is actief in de KAV en deze momenten zijn heilig voor haar. Nadine gaat elke dag kuisen bij wijze van therapie en bijverdienste. Stilzitten is voor haar de hel. Joke is actief in de school van haar dochter, ze geeft knutselles en is leesmoeder. Mia helpt haar zwangere dochter met koken en huishouden. Johan en Rob doen beiden halve dagen vrijwilligerswerk en Els zit in het bestuur van de Gezinsbond.

Wat ik eigenlijk haat, is niet weten wat gedaan. Ik kan dat dus soms é, hier in mijn zetel zitten en echt niet weten wat te doen. Daar rij ik de muren van op é. Ik rook dan heel de tijd sigaretten en zit mij dan echt te vervelen. (Nadine)

Ook de kinderen blijven helemaal niet bij de pakken zitten. Ze hebben vele verschillende activiteiten en interesses in hun leven.

Ik heb veel hobby's. De maandag heb ik niets, de dinsdag moet ik notenleer doen, de woensdag dwarsfluit en dan tennis en dan moet ik normaal ook nog naar Octopus, de knutselacademie, maar het is nog niet gestart. En de donderdag moet ik ook naar de notenleer. De vrijdag heb ik niets, de zaterdag om de twee weken VKSJ. (Joni)

Chatten met vrienden en de luierik uithangen. Ik zou graag ergens aan de Atlantische oceaan zitten op een hangmat met een drankje. Op mijn gemakje. (Lars)

Ja, voetbal en ik fiets graag. Maar ik heb nu moeten kiezen en nu ga ik voor de voetbal. De zaterdagmiddag is er voetbal. En mountainbike is de zondagvoormiddag. En dan zou ik gewoon de zondagmiddag thuis zijn en mijn moeder vindt dat te weinig... Nu rij ik ook 24 km. Per dag 12 km naar school en 12 km terug. En als het voetbal is dan nog eens 14! (Joren)

Tevens wordt er bijna automatisch van uitgegaan dat kinderen van ouders met een psychische problematiek uitsluitend negatieve gevolgen ondervinden van die problematiek. Twee kinderen echter, getuigen spontaan over de mogelijke positieve gevolgen die een ouder met een psychische problematiek met zich meebrengt.

Maar ook goeie ervaringen gehad. Ik heb ook wel veel zaken geleerd dat ik anders nooit zou geleerd hebben. Het was niet nutteloos. (Pieter)

Ook is de vooronderstelling dat elk kind sowieso onder een dergelijke situatie lijdt een overhaaste conclusie.

En ook ja, de kliniek, ze is al een paar keer naar de kliniek geweest maar ik ben nog maar drie keer gegaan. Want ik heb dan ook werk voor school en ik moet dan voetballen en... Ik heb dan ook niet veel tijd. Maar de maandag, ze is hier eens de maandag met een ambulance afgevoerd geweest en ja, de woensdag ben ik alweer gaan voetballen. Voor mij gaat het leven eigenlijk gewoon verder. (Joren)

3.3.5.2. DROMEN EN WENSEN

Dat het belangrijk is om dromen te hebben, tonen de ouders ook aan. Iedereen heeft zo zijn eigen specifieke dromen.

Ik denk, op de planken staan, dat is echt mijn lang leven é. Maar ik heb een beetje schrik dat ik geen teksten meer zou kunnen vanbuiten leren, door die medicatie. Ohja, er is nu wel iemand waarbij ik werk, die mij eventueel wel in contact zou kunnen brengen... Maarja, ik weet het niet. Alhoewel, ik denk, niet pretentieus bedoeld, ik denk dat ik zou schitteren. Met de levenservaring die ik heb...! En mijn grote droom, ja jong... Een onrealistische droom: een klein huisje met een tuintje. (Nadine)

En ik zou er toch wel willen naar streven om in zo'n studiootje te geraken. Het is niet zelfstandig wonen, maar het zijn gewoon grotere kamers, aparte slaapkamer, met meer ruimte. Buiten nu zit ik in zo'n klein kamertje waar alles samen staat. Mijn zetel en mijn bed, staat allemaal in dezelfde ruimte. (Mia)

Ik zou graag in de toekomst terug samen wonen met mijn zoon en met mijn vriendin. (Johan)

Mijn zoon stelde voor om eens samen een zeilreis te doen voor ik zestig word, net zoals vroeger. Dit vond ik prachtig. Het is nog niet voor nu meteen, maar het is voor in de nabije toekomst. Misschien volgend jaar. (Rob)

Ook kinderen van ouders met een psychische problematiek hun dromen en wensen, net als alle kinderen.

I: Heb je nog dromen?

G: Ja tantes. Ik krijg cadeaus van hen en zou meer tantes willen.

I: Wat zou je nog wensen?

G: Dat ik naar huis kan. Mijn gerief nemen en de deur open zetten en weg gaan. Dat de deur eindelijk eens open is voor mij. En ik hoop dat ik zelf niet die ziekte ga krijgen, maar mijn mama zegt dat dit niet kan omdat ik goed mijn best kan doen op school. (Lars)

Kinderen verwoorden in de meeste gevallen de wens om zelf geen psychische problematiek te ontwikkelen later, maar ze willen vooral dat hun ouder (terug) gelukkig kan zijn. Zo hopen ook de ouders ten stelligste dat hun kind later geen psychische problematiek zal ontwikkelen, omdat ze niet willen dat hun kind het lastig zou hebben in zijn/haar leven.

4. DEEL 4: DISCUSSIE EN CONCLUSIES

4.1. INLEIDING

Het opzet van deze scriptie was en is nog steeds om de kinderen van en de ouders met een psychische problematiek aan het woord te laten. Zoals reeds beschreven in 1.7. is deze scriptie ontstaan vanuit volgende probleemstelling: 'Zou er nuance kunnen ontstaan binnen het bestaande risicodiscours rond kinderen van en ouders met een psychische problematiek, als hun eigen ervaringen als waarheidsbezittende kennis in het wetenschappelijk discours worden opgenomen?' Deze probleemstelling werd opgesplitst in vier onderzoeksvragen. Aan de hand van het onderzoek werd gepoogd een antwoord te vinden op deze onderzoeksvragen.

In dit deel worden de conclusies van het onderzoek, als antwoord op de onderzoeksvragen, overlopen. Op basis van deze antwoorden zal een brug worden geslagen tussen het theoretische luik in de literatuurstudie en de onderzoeksvragen. De klemtoon in deze discussie blijft evenwel liggen op de onderzoeksresultaten, de ervaringen van kinderen en ouders zelf, daar dit het centrale opzet is van deze scriptie. De resultaten worden afgerond met een concluderende reflectie. Als afsluiting wordt gekeken welke relevantie dit onderzoek heeft voor de praktijk en welke aanbevelingen er kunnen gemaakt worden. Daarna worden kort de aanwijzingen voor verder onderzoek besproken. Tot slot worden de beperkingen van het onderzoek aangekaart.

4.2. ANTWOORD OP DE ONDERZOEKSVRAGEN

➔ **Onderzoeksvraag 1: Hoe krijgt de interactie tussen de ouder met een psychische problematiek en het kind vorm?**

De interactie tussen ouder en kind neemt zeer uiteenlopende vormen aan, maar wat centraal staat, is dat kind en ouder altijd verbonden blijven. Geen enkele andere band dan die van kind en ouder, wordt doorheen het leven zo vaak ingeroepen als meest diepe en stabiele verbinding tussen twee mensen (Rossi & Rossi, 1990). Dit blijkt ook uit dit onderzoek. Hoewel op sommige momenten het reilen en zeilen van het gezin niet altijd even gemakkelijk loopt, slagen de kinderen en ouders er toch in de moeilijke momenten te ondervangen. De ouder kan niet altijd voor de volle 100 procent beschikbaar zijn, maar probeert wel zo goed als hij/zij kan. De kinderen gaan in moeilijke momenten zorgen voor hun ouder en doen dit uit liefde voor hen. Ze geven aan dat dit achteraf bekeken soms lastig was, maar problematiseren dit niet. Hoe moeilijk de situatie soms ook is, doorheen de gesprekken komt een grote verbondenheid van beide partijen naar boven.

Interactie impliceert ook een invloed van het kind op de ouder. Elk systeem veronderstelt een tweede, complementaire actor. Ook doorheen dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat er wederkerigheid is tussen ouder en kind (Kuczynski, 2003), in plaats van de enkel vernoemde invloed van de ouder op het kind. De kinderen zijn niet zomaar hulpeloze wezens die invloed ondergaan, ze ageren ook actief in het systeem en hebben op hun beurt ook invloed op de ouder. Eerder dan het kind te zien als een hulpeloze en afhankelijke variabele die beïnvloed wordt door de ouder die fungeert als onafhankelijke variabele (Dillon, 2002), getuigen de verhalen van een wederkerigheid, een altijd aanwezige interactie. Dit in tegenstelling tot de gangbare literatuur en onderzoeken (Downey en Coyne, 1990; Thompson et al., 2010), die enkel schrijven over de invloed van de ouder op het kind met de daaraan verbonden risico's.

“In psychological research, the adult is typically cast as the “independent variable,” the agent initiating change, while the child is cast as the “dependent variable,” the agent being changed” (Dillon, 2002, p. 267).

Dus in plaats van uit te gaan van de boven reeds uitvoerig beschreven ‘unidirectionele causaliteit’, getuigen de resultaten van dit onderzoek ook over bidirectionele causaliteit, die een wederzijdse beïnvloeding impliceert (Kuczynski, 2003).

Bovenstaand bewijs van verbondenheid en de nood daaraan, contrasteert met de opvattingen van de hulpverlening rond ouders met een psychische problematiek, zoals deze door ouders en kinderen worden ervaren en beschreven. Eerst en vooral wordt het kind in geen enkel geval betrokken bij de hulpverlening van de ouder, en ook de KOPP-initiatieven bekijken het kind apart van de ouder. In dit onderzoek zijn ouder en kind ook vaak gedurende lange tijd gescheiden geweest van elkaar en beide partijen gaven aan dat het de omgeving was die daarover besliste. Eerder dan de dyade ouder-kind te respecteren, waarin het besef van wederkerigheid voorop staat (Dillon, 2002), ziet men kind en ouder als aparte entiteiten.

Een aanpak om de ‘*family-resilience*’, gedefinieerd als “interactional processes over time that strengthen both individual and family hardiness” (Walsh, 1996, p. 261), te verhogen, dringt zich op. Deze benadering wil centrale interactieprocessen binnen het gezin identificeren en aanscherpen, die het voor het gezin mogelijk maken om tegenslagen en moeilijkheden te verwerken. Op die manier streeft men naar zowel individuele als familiale groei en wordt er gewerkt vanuit de potentiële krachten aanwezig binnen de familie, om tegenslagen het hoofd te kunnen bieden (Walsh, 1996). Als men dan toch een begeleidingsproces voorziet voor zowel kind en ouder om het persoonlijk welbevinden te verhogen, lijkt het meer opportuun om de verbondenheid tussen de partijen op elk moment te respecteren, te bestendigen en de aanwezige krachten binnen het systeem te versterken, eerder dan kind en ouder als van elkaar onafhankelijke actoren te zien.

“The importance of meeting with parents and children ... cannot be overemphasized” (Focht-Birkerts & Beardslee, 2000, p. 433).

Naast het belang van de erkenning van interactie en wederkerigheid binnen een ouder-kind relatie, mag niet uit het oog verloren worden dat de hulpverlener ook een belangrijke rol kan spelen binnen een opvoedingssituatie. In onderzoeksvraag 3 wordt hierop verder doorgegaan.

→ Onderzoeksvraag 2: Zijn er, naast de negatief veronderstelde invloed van de psychische problematiek op de ouder en op het kind, andere invloeden die het welbevinden van de ouder en van het kind beïnvloeden?

In het gangbaar onderzoek rond kinderen van ouders met een psychische problematiek wordt zelden geschreven over de impact van de omgeving. Net zoals Bronfenbrenner (1994) stelt dat er nog heel wat andere invloeden een centrale rol spelen op de capaciteit van een familie, is het binnen dit onderzoek zeer opvallend dat de organisatie van de sociale omgeving een zeer grote invloed heeft op de beleving van de kinderen en ouders. Deze organisatie lijkt doorheen de verhalen bijna een belangrijkere rol te spelen in de beleving van het kind en de ouder, dan de psychische problematiek zelf.

Het kind hecht zeer grote waarde aan de mening van de buitenwereld en wil er graag bijhoren (Hagerty, Williams, Coyne & Early, 1996). Zeker wanneer de kinderen in hun puberteit komen, wordt dit belangrijk. De kinderen hebben vaak geen problemen met hoe de ouder op zich is, maar ze hebben wel moeilijkheden om daarover te communiceren met de buitenwereld of om daarover opmerkingen op te vangen.

De ouders vinden het lastig omdat ze niet kunnen voldoen aan de normen die van buitenaf worden opgelegd en als voor waar worden aanschouwd. Ze willen net als 'de andere ouders' zijn, die voor de buitenwereld 'goede' ouders zijn. In het onderzoek werden de kinderen ook weggenomen van de ouders, vanuit de veronderstelling dat ze niet aan de gangbare norm van goed ouderschap konden voldoen. Het is opvallend dat ouders beperkingen ervaren in hun recht op ouderschap op basis van een veronderstelde inferioriteit ten aanzien van andere ouders (Beresford & Wilson, 2002).

Voor een korte tijd of ook voor een heel lange periode werden ze gescheiden van hun kind, omdat anderen oordeelden dat hun ouderschap niet zou voldoen. *"If they do have children, they face increased surveillance and may be deemed 'unfit' to parent because of their 'mental illness'"* (Beresford & Wilson, 2002, pp. 545,546). Deze scheiding was telkens tegen zowel de wil van de ouder als tegen de wil van het kind. De reactie van de omgeving is opnieuw in contrast met de wens van ouders en kinderen om bij elkaar te kunnen blijven. Ouders halen moed en energie uit hun kinderen, het is voor hen vaak letterlijk een reden om te blijven leven (Kristiansen, 2004; in Vandekinderen, 2008).

De ouders hebben het ook heel moeilijk met de vele kansen die ze verloren hebben door hun psychische problematiek. Vier van de vijf ouders die hogere studies volgden, kunnen nu geen enkel beroep uitoefenen. Ze vallen terug op invaliditeitsuitkering en worden door de dokters

'werkonbekwaam' bevonden. Deze bevindingen zijn consistent met de het onderzoek van Roets (2007) dat constateert dat er een hoog drop-out cijfer in het persoonlijk levenstraject is bij mensen met langdurig psychische problemen, in de zin van het niet kunnen toetreden tot de reguliere arbeidsmarkt. Ondanks hun niet vervulde dromen, blijven mensen, zo ook de ouders in dit onderzoek, vechten om manieren te vinden om zich nuttig te mogen maken. Ze doen dit door zich te engageren voor vrijwilligerswerk om toch nog actief te blijven en betekenis te hebben.

Concluderend blijkt uit dit onderzoek dat de beeldvorming van de 'anderen' over de ouders en ruimer, van de sociale omgeving, een zeer centrale rol spelen in het welbevinden van zowel de ouder als het kind. Op basis van deze beeldvorming vormen er zich bepaalde veronderstellingen binnen de omgeving die het handelen ten aanzien van kinderen en ouders gaat sturen. Zoals in de literatuurstudie werd beschreven, spelen de basisassumpties van het modernisme hier heel sterk in mee. Het streven naar normaliteit en perfectie, die ons door het modernisme werden ingegeven, is een streven die door de ruime omgeving wordt gehanteerd en ook vertaald wordt in de beeldvorming van de mensen (Lewis, 2000).

→ Onderzoeksvraag 3: Welke visie hanteren ouders en kinderen op abnormaliteit? Hoe ervaren ouders de hulpverlening voor hun psychische problematiek en wat denken hun kinderen van die hulpverlening?

Het gevoel van abnormaliteit komt doorheen alle verhalen van de ouders heel sterk naar voor. De meeste ouders voelen zich anders dan de andere ouders, zonder psychische problematiek. Dit gevoel van abnormaliteit start bij de omgeving en bij de diagnose, die vanaf dat moment een belangrijke rol gaat spelen in de identiteitsvorming van personen met een psychische problematiek en de beeldvorming van hun omgeving (Gillman, Heyman, & Swain, 2000). De ouder wordt vaak gereduceerd tot enkel de psychische problematiek en elke daad en/of gedachte van de persoon wordt in het kader daarvan gezien (Roberts, 2005). Alle andere gedragingen die de ouders stellen worden 'over het hoofd gezien'. "De diagnose fungeert als referentiekader om alle gedachten, gevoelens,... te interpreteren. Het wordt gehanteerd als verklarend frame waarop de persoon in zijn totaliteit wordt geprojecteerd" (Vandekinderen, 2008, p.83).

Hoewel een diagnose hoofdzakelijk individuele gevolgen impliceert, wordt toch elke notie van abnormaliteit door ouder en kind geformuleerd in termen van 'de ander'. 'Wat de ander denkt, doet en wél kan'. Door de vergelijking met de sociale omgeving voelt de ouder zich 'anders'. De sociale, relationele en zelfs maatschappelijke omgeving heeft minstens een even grote impact op hun leven, als de psychische problematiek zelf (Gillman et al., 2000). Ouders en kinderen voelen heel sterk aan dat ze niet voldoen aan de verwachte standaarden, die de omgeving hen stelt. Eerder dan een eenzijdige focus te hanteren op 'abnormaliteit', op de psychische problematiek van de ouder en de impact daarvan op de ouder en het kind, rijst de vraag naar

het onderkennen van de impact van sociale (probleem)constructies. De probleemdefiniëring is er één van buitenaf en is verpakt als waarheid door zij die macht hebben (Robertson, 2005).

“Diagnostic labels, whether they apply to mental, physical or intellectual impairment, are not only descriptive, but also constitutive of peoples’ lives. That is, they ‘bring forth’ pathology, create problem saturated identities, and construct careers as patients and cases” (Gillman et al., 2000, p.403).

Op die manier ontstaat er een dominante beeldvorming binnen de maatschappij, die gedragen wordt door het grootste deel van de mensen. Deze beeldvorming aanvaardt men zonder meer als een waarheid en gaat men internaliseren. Op deze wijze ontstaan afkeuringen wanneer mensen níét aan het gangbaar ideaal voldoen.

De kinderen zijn iets genuanceerder wat betreft ‘abnormaliteit’. Ze zien wel dat hun ouder niet altijd hetzelfde is of kan doen als andere ouders, maar ze bekijken hun ouder niet als fundamenteel anders. Eerder dan enkel de problematiek te zien, bekijken ze de problematiek als één aspect van de ouder zijn/haar persoonlijkheid, naast alle andere aspecten. Ze voelen echter wel dat hun ouder niet is als andere ouders, wanneer ze in contact komen met de omgeving. De visie op hun ouder ‘als abnormaal’ wordt bijna enkel gevoed door een problematiserende houding van de omgeving. Opnieuw botsen we hier op de rode draad doorheen de verhalen, namelijk de probleemdefiniëring als sociale constructie. Het ‘anders zijn’ wordt geproblematiseerd en op die manier wordt ‘anders zijn’ een problematiek met daaraan verbonden risico’s.

Wat betreft de hulpverlening in de persoon van ‘de dokter’ zijn zowel de ouders als de kinderen eerder ontevreden. Er schemert een enorm ongenoegen door de verhalen over bepaalde praktijken binnen de hulpverlening. Ouders die opgenomen waren geven voorbeelden van mensonterende praktijken (Gillman et al., 2000). Tevens rapporteren ze ook een gebrek aan interesse in hun persoon. De ouders ervaren een eerder puur professionele en pathologiserende benadering van hun persoon.

“Ways of speaking and acting make it possible for mental health professionals to construct people as the objects of psychiatric knowledge, to contribute to a sense of identity which has “otherness” as its central feature (p. 113)” (White in Rudge & Morse, 2001).

In onze maatschappij zijn diagnoses van dokters ingebed in een discours van waarheid (Lewis, 2000), waardoor de ouders en met als gevolg ook hun kinderen en de omgeving deze diagnose voor waar gaan overnemen en vooral, gaan internaliseren (Roberts, 2005; Roberston, 2005). Diagnoses worden uitgedeeld en wat voor de psychiater een momentopname is, vormt voor de ‘patiënt’ zijn verdere levensloop. De ouders ervaren dat de ‘experts’ net dit aspect uit het oog verliezen. Psychiaters lijken niet geneigd om hun expertise, en daarmee onrechtstreeks, hun

'macht' te herverdelen door uitvoerige uitleg te voorzien over diagnoses en behandelingen. De ouders voelen een gebrek aan open communicatie en ze worden eerder infantiliserend behandeld (Marks 1999).

Het is voor ouders en voor kinderen dus vooral belangrijk dat ze respect ervaren in de communicatie en de omgang met hen. Ook respect voor hun persoonlijkheid en de vragen waarmee ze zitten is van belang.

De kinderen en ouders spreken wel hun tevredenheid uit over de werking van de medicatie. Ze voelen dat de inname noodzakelijk is. Kinderen geven aan dat ze merken wanneer hun ouder de medicatie niet neemt, en ouders geven aan dat ze de controle verliezen over zichzelf indien ze stoppen met hun medicatie. Medicatie fungeert voor de ouders vooral als een soort van controlemiddel, een middel om zich te 'handhaven'. Kinderen en ouders bevestigen dat de ouders er zeer afhankelijk van zijn. Anderzijds vinden ouders dit ook een onaangenaam gevoel, net omdat ze zo afhankelijk zijn. Het liefst van al zouden ze ermee stoppen, maar ze voelen dat dit voor hen en hun omgeving negatieve gevolgen zou teweeg brengen.

Het kan vastgesteld worden doorheen het onderzoek dat ouders met een psychische problematiek heel wat vormen van afhankelijkheid in hun leven ervaren. Ze zijn afhankelijk van medicatie, afhankelijk van de visie en diagnose van de behandelende psychiater. Tegen een ruimer daglicht geplaatst zijn ze eigenlijk enorm afhankelijk van het dominante discours dat hen positioneert in het kamp van de 'abnormalen'. Ze krijgen weinig zeggingskracht en krediet om zelf het heft in handen te nemen.

→ Onderzoeksvraag 4: Hoe construeren kind en ouders hun identiteit? Stelt het kind zichzelf gelijk aan een kind van een ouder met een psychische problematiek en stelt de ouder zichzelf gelijk aan een ouder met een psychische problematiek? Welk beeld ontstaat er van ouder en kind wanneer er oog is voor een veelzijdige identiteit?

"Forms of reductionism that try to explain too much with too little" (Robertson, 2005, p. 347)

Deze vraag hangt heel sterk samen met onderzoeksvraag 3. Daar werd de reductie van de ouder tot het label reeds uitvoerig beschreven. Aan de hand van de resultaten in dit onderzoek, kan wel degelijk vastgesteld worden dat de ouder op permanente basis gereduceerd wordt door de omgeving, met inbegrip van dokters, tot zijn/haar label.

Ideas of blame, shame, inferiority and defect weight heavily therefore on the identities of mental health service users/survivors, as does the issue of permanency - that once identified and diagnosed 'mentally ill', one's identity and future are spoiled forever (Beresford & Wilson, 2002, p. 543).

Hoewel ouders deze reductie reeds heel vaak geïnternaliseerd hebben, klinkt doorheen hun verhalen het tegendeel. De interviews met kinderen en ouders zijn zo rijk en doorspekt met talrijke aspecten van het kind en de ouder zijn/haar persoonlijkheid, dat heel duidelijk gesteld kan worden dat deze reductie helemaal niet gerechtvaardigd kan worden.

De kinderen zien de psychische problematiek van de ouder wel als een eigenschap van hun ouder, maar identificeren nog zoveel andere kenmerken die eigen zijn aan hun ouder. Tegelijkertijd illustreren de ouders ook hun multidimensionele identiteit door te vertellen over hun interesses, gevoelens, hobby's,... De ouders zijn zeker niet enkel de psychische problematiek, maar de ouder voelt zich wel zo, in vergelijking met de omgeving. Het zien van de ouder, enkel als een ouder met een psychische problematiek, doet onrecht aan de multidimensionele identiteit van de ouder.

Deze redenering gaat ook heel sterk op bij de kinderen. Door het toeschrijven van een KOPP-status aan een kind en het daarmee gepaard gaand risico-idee, bestaat heel sterk de mogelijkheid dat het kind en zeker de omgeving zijn/haar situatie gaat problematiseren, net door zo'n status toegeschreven te krijgen. Op één na hadden alle kinderen -voor hen de vraag werd gesteld of ze begeleiding nodig zouden hebben in de situatie met hun ouder- nog nooit de nood gevoeld aan begeleiding. Hoewel ze er een meerwaarde zouden kunnen van inzien, ligt bij zo'n begeleiding wel de start van een problematisering door de buitenwereld. Op dat moment wordt hun situatie verbijzonderd, en bestaat de kans dat ze hun situatie ook meer als een probleem gaan zien. Vanaf dat moment zijn ze niet langer gewoon een kind, maar wel een kind van een ouder met een psychische problematiek.

Deze verbijzondering is dan in contrast met de huidige situatie, waar ze hun situatie helemaal niet problematiseren. Hoewel de thuissituatie soms anders is dan bij andere kinderen, zijn de kinderen ook gewoon kind. Ze hebben hun eigen hobby's, gevoelens en gedachten en zijn meer dan enkel een kind van een ouder met een psychische problematiek.

4.3. CONCLUDERENDE REFLECTIE

De ware ontdekkingsreis is geen speurtocht naar nieuwe landschappen, maar het waarnemen met nieuwe ogen (Marcel Proust)⁵.

Het citaat van Proust hierboven kan eigenlijk gelden als slagzin voor deze scriptie. Door de ervaringen van de ouders en het kind in beeld te brengen, bestaat mogelijks het effect om de dingen die je voorheen nooit in vraag zou stellen, of nooit zou over nadenken, eens anders gaat bekijken. De probleemstelling van deze scriptie was: 'Zou er nuance kunnen ontstaan binnen het bestaande risicodiscours rond kinderen van en ouders met een psychische problematiek, als hun eigen ervaringen als waarheidsbezittende kennis in het wetenschappelijk discours worden opgenomen?'. Bovenstaande antwoorden op de onderzoeksvragen zijn het levende

⁵ Citaat gevonden op www.2-support-u.nl

bewijs van nuancering. De ervaringen en gevoelens van de ouders en kinderen zijn in deze scriptie de nieuwe ogen om een reeds bestaand landschap, rond kinderen en ouders met een psychische problematiek, te verkennen. Er wordt een andere bril dan gewoonlijk gehanteerd en deze bril laat onontgonnen delen van het landschap zien. Hulpverleners en onderzoekers zijn heel gewoon om er vanuit te gaan dat zij wel weten wat de cliënt denkt en doet, waarbij de ervaring van de cliënt veel te vaak uit het gezichtsveld blijft. Deze redenering gaat ook op voor het gangbaar onderzoek. Het is uiterst opvallend dat doorheen de zoektocht binnen de literatuur, de ervaringen en belevingen van ouders en kinderen consequent buiten beeld blijven.

Het doel van deze scriptie wordt zeker niet overschat, maar dit lijkt toch wel een hiaat binnen de onderzoeksliteratuur rond kinderen van ouders met een psychische problematiek en de ouders zelf. Er kan nooit recht gedaan worden aan de complexe realiteit en betekenisgeving die aan de orde is bij het werken met mensen, zonder hen zelf te horen. En wanneer de mensen zelf gehoord worden, krijgen we een ander beeld van een werkelijkheid, die we voordien nooit hadden kunnen zien.

4.4. RELEVANTIE EN AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

De relevantie van deze scriptie is moeilijk in te schatten. Hopelijk weten ouders met een psychische problematiek en hun kinderen zich gesteund door de resultaten uit deze scriptie, door het lezen van verhalen van mensen in gelijkaardige situaties. In de hoop dat dit inspirerend werkt. Verder lijkt het misschien ook relevant voor de omgeving van het kind en de ouder, en alle personen die in contact komen met personen met een psychische problematiek en hun kinderen. Ook zij kunnen verrijkt worden door de inzichten van de mensen zelf. Op die manier kan er door alle partijen gezocht worden naar een andere manier van benaderen (Rudge & Morse, 2001) en ontstaat er misschien een meer genuanceerde beeldvorming.

Als we kijken wat bovenstaand verhaal kan impliceren voor de orthopedagogiek, kunnen we aangeven dat kinderen van ouders met een psychische problematiek, en ook de ouders zelf, misschien ergens wel een vergeten doelgroep vormen van de orthopedagogiek. Hun situatie en de opvoedingssituatie wordt verbijzonderd en geproblematiseerd door de omgeving. Buitenstaanders suggereren een problematische opvoedingssituatie vanuit de veronderstelling dat de ouder met een psychische problematiek een negatieve invloed kan hebben op het kind en de orthopedagogiek noemt zich nu net gespecialiseerd in het werken met kinderen uit een problematische opvoedingssituatie.

Ouders en kinderen staan er tevens veel te vaak alleen voor in het verwerkingsproces, dat start vanaf de toebedeling van de diagnose. Orthopedagogische begeleiding kan een weg zoeken om samen met ouder en kind leren om te gaan met alle gevolgen die het hebben van een psychische problematiek met zich meebrengt. Het lijkt een must om in deze situatie op geen

enkel moment verbijzonderend te werken, maar net met hun (en die van de omgeving)drang om normaal te zijn leren om te gaan, en niet het minst belangrijkst: de achterliggende uitsluitingsmechanismen en normaliseringsmechanismen daarbij trachten bloot te leggen. Werken aan de verschillende condities, om van empowerment te kunnen spreken, kan hierbij een centrale doelstelling zijn (Chamberlin, 1997).

Een andere implicatie is dat hulpverleners moeten leren inzien dat ze een machtspositie bekleden en daarmee moeten leren omgaan. Luisteren naar de cliënt, op zoek gaan naar diepmenselijke belevingen, lijken onmisbaar om recht te doen aan 'de mens'. We geven allemaal betekenissen aan het ons omringende, en deze betekenissen moeten ruimte krijgen.

4.5. AANWIJZINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

De praktijk stuurt onderzoek, maar onderzoek stuurt ook de praktijk, dus het lijkt opportuun dat verder onderzoek die werkt met de doelgroep van deze scriptie, of meer algemeen: onderzoek dat werkt met mensen, ook gebruik maakt van de diepmenselijke belevingen zelf. Op die manier kan men beter inspelen op de noden, wensen, belevingen en interpretaties van de mensen, in plaats van zonder inspraak van het onderzoekssubject (in te vele gevallen wordt dit subject als object aanschouwd) te werken. De implicaties voor verder onderzoek, kunnen dan ook worden teruggebracht op hét centrale element doorheen deze scriptie en tegelijkertijd ook de ontstaansredenen van deze scriptie: het in beeld brengen van de ervaringen van zowel de ouder als het kind.

Ook een andere manier van conceptualiseren dringt zich op. Weg van reductie, op zoek naar conceptualiseren die recht doet aan de multidimensionaliteit van een persoonlijkheid (Mc Connel et al., 2006). Via taal construeren we de werkelijkheid, dus taal die enkel 'problemen' uitdrukt, zorgt voor de constructie en tegelijkertijd de instandhouding van de gangbare maatschappelijke problematiseringstendens.

Als laatste element van deze scriptie, wordt afgesloten met enkele kritische beschouwingen die kunnen aangestipt worden rond het gevoerde onderzoek.

4.6. KRITISCHE BESCHOUWINGEN ONDERZOEK

4.6.1. ONDERZOEKER EN SUBJECTIVITEIT

Zoals reeds in de methodologie uitvoerig is beschreven, onderkent deze scriptie niet vrij te zijn van subjectiviteit. Traditionele claims van objectieve en neutrale kennis worden in dit opzet helemaal niet nagestreefd (Barnes & Mercer, 1997). Daarom is volgens Wardekker (2000) het criterium voor kwaliteit van kwalitatief/interpretatief onderzoek, zelfkritiek van de onderzoeker een heel belangrijke vereiste. Immers, de onderzoeker fungeert als een centraal instrument

waardoor het onderzoek kan plaatsvinden. De uitkomst van het onderzoek hangt samen met wat de onderzoeker als centrale elementen selecteert en met de, toch wel aanwezige, sturing van het interview door de onderzoeker. Gezonde zelfreflectie lijkt hier dus gepast (Goodley, 1996).

Ik ben er mij van bewust dat mijn persoonlijkheid, voorkennis en ervaringen een rol zullen gespeeld hebben in het verzamelen van materiaal doorheen de interviews. Ik had geen strikte vragenlijsten, bij stiltes vroeg ik door vanuit eigen ingevingen. Tijdens het uittypen van interviews merkte ik dat ik soms zelfs nieuwsgierig was en doorvroeg op dingen die mijn nieuwsgierigheid prikkelden. Ik ben er mij van bewust dat je als onderzoeker een zeer grote rol speelt in het proces van narratief onderzoek. Om transparant te zijn rond mijn rol als onderzoeker, hield ik in mijn schrift opmerkingen, ervaringen en gevoelens bij rond het gesprek.

Het onderzoek was vaak helemaal geen gemakkelijke opdracht. Als wildvreemde stap je binnen in iemand zijn leven, en ga je vragen naar het onderwerp dat zo centraal staat in hun leven, maar vaak angstvallig vermeden wordt. De respondenten en ikzelf moesten vaak dan ook heel wat drempels overwinnen om echt in gesprek te kunnen gaan. Soms babbelden we over 'koetjes en kalfjes', soms zeiden we helemaal niet veel, soms begonnen de respondenten te wenen. Een centraal en terugkerend element doorheen de interviews was verdriet. Dit zorgde voor moeilijke momenten. Vaak was ik enorm geëmotioneerd na het gesprek en spookten de verhalen nog een tijdje door mijn hoofd.

In die enkele uren die ik bij hen was, had ik het gevoel echt in interactie te gaan, probeerde ik een wederkerigheid op te bouwen. Het doel was om de respondenten in een expertenpositie te plaatsen, met de nadruk op hun verhaal, waar ik mee meeleefde (Barnes & Mercer, 1997). Empathie is dé bron voor subjectiviteit, maar om de echte betekenis te snappen, leek empathie onontbeerlijk in dit onderzoek. Natuurlijk was dit voor de respondenten helemaal geen gemakkelijk proces. Sommigen gaven aan dat het enorm confronterend was om alles eens op een rijtje te zetten en zichzelf hun verhaal te horen vertellen. Als onderzoeker ben jij de persoon die dat proces in gang zet, transparantie moet dus doorheen het hele proces bewaard worden (Goodley, 1996).

4.6.2. TABOE EN SELECTIVITEIT

Een andere hindernis die met dit onderzoek moest worden overwonnen, was het taboe. Het is een "pijnlijk onderwerp", want één van de redenen waarom het kind ook opgenomen werd in het onderzoek, is de assumptie binnen de gangbare literatuur dat een psychische problematiek een schadelijke invloed betekent op het kind. Dit kan een schuldgevoel teweeg brengen bij de ouders. Daarom wordt er ook niet vaak over gepraat.

Dit taboe zorgde ongewild ook voor een enorme selectie in de respondenten van dit onderzoek. In het deel rond de onderzoeksprocedure (2.4.) werd de moeilijke zoektocht geschetst om aan een redelijk aantal respondenten te geraken. Dit was niet evident vanwege de verschillende hindernissen die moesten overwonnen worden. Er moet ten eerste al erkenning zijn bij de

ouder, om te willen en te kunnen meewerken aan het onderzoek. In de meeste gevallen was er ook bovendien een vorm van hulpverlening aanwezig, zodat ik enkel via de hulpverlening mijn oproep kon lanceren. Ik kon nooit zelf contact leggen, wegens de heersende deontologische codes. De hulpverlening fungeerde dus als poortwachter van dit onderzoek.

Ik ben er mij ten zeerste van bewust dat hierdoor een toevallig, toch doorgedreven selectie criterium aan te pas is gekomen. Door de noodzakelijkheid eerst door de hulpverleningspoort te moeten passeren, werd de automatische selectie gemaakt om enkel personen met een psychische problematiek op te nemen, die reeds in contact gekomen waren met de hulpverlening. Dit impliceert onderkenning en diagnose, wat helemaal niet evident is gezien de aard van het onderwerp, dat zwaar beladen is met taboes.

Ik onderken deze selectie, maar zag geen andere oplossing vanwege de strenge deontologische codes.

4.6.3. ALLEENHEERSCHAPPIJ NARRATIEVEN?

Het is misschien ook noodzakelijk de alleenheerschappij van 'narratieven' in deze scriptie min of meer in vraag te stellen. Tenslotte wordt hier met volle overtuiging voor een kwalitatieve onderzoeksmethode gekozen, met als gevolg een uitsluiting van andere alternatieven. Werken met narratieven wordt sowieso gestuurd vanuit een overtuiging, een opvatting waar het geloof in de verhalen van mensen centraal staat. Deze onderzoeksmethode is gebaseerd op een set van specifieke assumpties, zoals boven beschreven. Deze assumpties bestaan binnen een specifiek referentiekader, dat zijn eigen overtuigingen heeft over de aard van kennis, de aard van de persoon zelf en zelfs over de aard van de realiteit (Corker, 1999). Ik ben er mij van bewust dat de keuze voor deze methode ook gebaseerd is op mijn eigen voorgeschiedenis en op mijn opvattingen over mensen die gegroeid zijn doorheen mijn opleiding, doorheen mijn contacten met mensen. Kiezen voor deze ene methode, houdt een uitsluiten van alternatieven in, waardoor deze scriptie misschien net hetzelfde lijkt te doen als wat hier reeds genoemd werd, de 'monoloog van het Modernisme' (Roets, Adams, & Van Hove, 2006).

"...social theories that are grounded in some notion of 'real' experience or which do their work by dichotomising experience and promoting some notion of a 'real' society outside of this experience, inevitably exclude other kinds of experience..." (Corker, 1999, p. 628).

Toch wil ik hier een nuance aanbrengen. Deze scriptie erkent ten allen tijde slechts één waarheid te brengen, naast zoveel andere waarheden. Het gaat hier niet over Dé Waarheid, maar over een manier van belichten van de werkelijkheid, die in het opzet van deze scriptie het meest aangewezen leek.

5. BRONNENLIJST

- Allridge, J. (2006). The Experiences of Children Living with and Caring for parents with a Mental Illness. *Child abuse review*, 15, (2), 79 - 88.
- Barnes, C. & Mercer, G. (1997). *Doing Disability Research*. Leeds: The Disability Press.
- Beardslee, W. R. & MacMillan, H. L. (1993). Psychosocial Preventive Intervention for Families wit Parental Mood Disorder: Strategies for the Clinician. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 14, (4), 271-276.
- Beardslee, W. R., Versage, E. M., & Gladstone, T. M. (1998). Children of Affectively Ill Parents: A review of the past 10 years. *Journal of Americian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, (11), 1132-1141.
- Beresford, P. (2000). What have Madness and Psychiatric System Survivors got to do with Disability and Disability Studies? *Disability & Society*, 15, (1), 167-172.
- Beresford, P. & Wilson, A. (2002). Genes Spell Danger: mental health service users/survivors, bioethics and control. *Disability & Society*, 17, (5), 541-553.
- Blundo, R. (2001). Practice: challenge our Personal and Professional Frames. *Families in society: The Journal of Contemporary Human Services*, 82, (3), 296-304.
- Bogdan, R. & Taylor, S. (1976). The Judged, not the Judges. An Insider's View of Mental Retardation. *Americian Psychologist*, 31, (1), 47-52.
- Booth, T. & Booth, W. (1996). Sounds of Silence: narrative research with inarticulate subjects. *Disability & Society*, 11, (1), 55-69.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Krasner, B. (2005). Tussen geven en nemen: over contextuele therapie. Haarlem: De toorts.
- Bouverne-De Bie, M., & Roose, R. (2007). *Jeugdbescherming en Bijzondere Jeugdbijstand*. Gent: Academia Press.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Genève: World Health Organisation.
- Breeuwsma, G. (1993). *Everything about development: on the foundations of developmental psychology*. Amsterdam: Boom.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological Models of Human Development. *International Encyclopedia of Education*, 3, 1643-1647.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22, (6), 723-742.
- Bury, J. B. (2008). *The Idea of Progress: In inquiry into its origin and growth*. New York: Cosimo.
- Busfield, J. (2000). Introduction: Rethinking the sociology of Mental Health. *Sociology of Mental Health & Illness*, 22, (5), 543-558.

- Chamberlin, J. (1997). A Working Definition of Empowerment. *Spring*, 20, (4), 43-46.
- Collins, A. W., Maccoby, E. E., Steinberg, L., Hetherington, M. E. & Bornstein, M. H. (2000). Contemporary research on parenting. The case for nature and nurture. *American Psychologist*, 55, (2), 218-232.
- Cooper, R. & Burrell, G. (1988). Modernism, Postmodernism and Organizational Analysis: An Introduction. *Organization Studies*, 9, (1), 91-112.
- Corker, M. (1999). Differences, Conflations and Foundations: the limits to accurate theoretical representation of disabled people's experience. *Disability & Society*, 14, (5), 627- 642.
- Coussée, F. (2006). *De pedagogiek van het jeugdwerk*. Gent: Academia Press.
- Cowling, V. (2004). *Children of Parents with Mental Illness*. Melbourne: ACER press.
- Crossley, N. (1998). R.D. Laing and the British Anti-Psychiatry Movement: A Socio-historical Analysis. *Social Science and Medicine*, 47, (7), 877-889.
- Darbyshire, P., Oster, C. & Carrig, H. (2000). Children of parent(s) who have a gambling problem: a review of the literature and commentary on research approaches. *Health and social care in the community*, 9, (4), 185-193.
- Dasberg, L. (1975). *Grootbrengen door Kleinhouden als Historisch Verschijnsel*. Amsterdam: Boom.
- Davis, C. S. (2006). Sylvia's Story. Narrative, Storytelling and Power in a Children's Community Mental Health System of Care. *Qualitative Inquiry*, 12, (6), 1220-1243.
- De Clercq, J. (1998). Rode draad doorheen de verhalen van kinderen van ouders met psychiatrische problemen (kopp-kinderen). *Lezing t.g.v. info-avond kopp-groep Similes Hasselt, organisatie door Similes*. Hasselt, 20/05/1998 .
- De Clercq, J. (1997). Wie betaalt de veerman? Kinderen van ouders met psychiatrische problemen. *Diagnostiek-wijzer*, 1, 13-32.
- Depaepe, M., Simon, F. & Van Gorp, A. (2005). *Paradoxen van pedagogisering: Handboek pedagogische historiografie*. Leuven: Acco.
- Devlin, J. M. & O'Brien, L. M. (1999). Children of parents with mental illness. I: An overview from a nursing perspective. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 8, (1), 19-29.
- Dillon, J. J. (2002). The Role of the Child in Adult Development. *Journal of adult development*, 9, (4), 267-275.
- Downey, G. & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: an integrate review. *Psychological Bulletin*, 108, (1), 50-76.
- Elias, N., Mennel, S. & Goudsblom, J. (1998). *On civilization, power and knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Ellis, C. (2007). Telling Secrets, Revealing Lives: Relational Ethics in Research with Intimate Others. *Qualitative Inquiry*, 13, (1), 3-29.

- Focht-Birkerts, L. & Beardslee, W. R. (2000). A Child's Experience of Parental depression: Encouraging Relational Resilience in Families wit Affective Illness. *Family Process*, 39, (4), 417-437.
- Foucault, M. (1965). *Madness and civilization: a history of insanity in the age of reason*. London: Tavistock Publications.
- Freeman, M. (2007). Performing the Event of Understanding in Hermeneutic Conversations With Narrative Texts. *Qualitative Inquiry*, 13, (7), 925-944.
- Frost, N. (2009). 'Do you know what I mean?': the use of a pluralistic narrative analysis approach in the interpretation of an interview. *Qualitative Research*, 9, (1), 9-29.
- Fudge, E., Falkov, A., Kowalenko, N. & Robinson, P. (2004). Parenting is a mental health issue. *Australasian Psychiatry*, 12, (2), 166-171.
- Gabel, S., & Peters, S. (2004). Presage of a paradigm shift? Beyond the social model of disability toward restance theories of disability. *Disability & Society*, 19, (6), 585-600.
- Gillman, M., Heyman, B., & Swain, J. (2000). What's in a name? The Implications of Diagnosis for People with Learning Disability and their Family Carers. *Disability & Society*, 15, (3), 389-409.
- Goodley, D. (1996). Tales of Hidden Lives: a critical examination of life history research with people who have learning difficulties. *Disability & Society*, 11, (3), 333-348.
- Goodley, D., Lawthom, R., Clough, P., & Moore, M. (2004). *Researching Life Stories. Method, theory and analysis in a biographical age*. Londen & New York: Routledge Falmer.
- Goodwin, D., Pope, C., Mort, M. & Smith, A. (2003). Ethics and Ethnography: An Experiential Account. *Qualitative Health Research*, 13, (4), 567-577.
- Grave, G. (2009). *Wat doen we met familie? Hoe verhoudt het contextueel denken van Boszormenyi-Nagy zich tot humanistische geestelijke begeleiding?* Onuitgegeven masterproef, Wageningen, Universiteit voor Humanistiek.
- Grillon, C., Dierker, L. & Merikangas, K. (1997). Startle Modulation on in Children at Risk for anxiety disorders and/or alcoholism. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 37, (7), 925-932.
- Hagerty, B. M., Williams, R. A., Coyne, J. C. & Early, M. R. (1996). Sense of belonging and indicators of social and psychological functioning. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10, (4), 235-244.
- Hammen, C., Shih, J. H., & Brennan, P. A. (2004). Intergenerational Transmission of Depression: Test of an Interpersonal Stress Model in a Community sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (3), 511-522.
- Higgings, E. L., Raskind, M. H., Goldberg, R. J. & Herman, K. L. (2002). Stages of Acceptance of a Learning Disability: The Impact of Labeling. *Learning Disability Quarterly*, 25, (1), 3-16.
- Kraan, H. F. (2006). De ongebroken macht van de psychiatrie door de ogen van Michel Foucault. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 48, (11), 881-888.

- Kuczynski, L. (2003). *Handbook of Dynamics in Parent-Child Relations*. California: Sage Publications, Inc.
- Lawrence-Lightfoot, S. & Hoffman Davis, J. (1997). *The Art of Science of Portraiture*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Leezenberg, M. & De Vries, G. (2001). *Wetenschapsfilosofie voor geesteswetenschappen*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Lewis, B. (2000). Psychiatry and Postmodern Theory. *Journal of Medical Humanities*, 21, (2), 71-84.
- Linton, S. (1998). *Claiming Disability*. New York: New York University Press.
- Mayall, B. (1998). Towards a sociology of child health. *Sociology of Health and Illness*, 20, (3), 269-288.
- Mayberry, D., Ling, L., Szackacs, E. & Reupert, A. (2005). Children of parent with a mental illness: perspectives on need. *Australian E-journal for the Advancement of Mental Health*, 4, (2), 1-11.
- Mc Connel Gladstone, B., Boydell, K. M. & McKeever, P. (2006). Recasting research into children's experiences of parental mental illness: Beyond risk and resilience. *Social Science and Medicine*, 62, (10), 2540-2550.
- Miller, P. H. (1989). *Theories of Developmental Psychology*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Pennebaker, J. W. (2000). Telling Stories: the Health Benefits of Narrative. *Literature and Medicine*, 19, (1), 3-18.
- Ratnapalan, S. & Batty, H. (2009, march). To be good enough. *Canadian Family Physician*, 55, 239-240.
- Riebschleger, J. (2004). Good Days and Bad Days: the Experiences of Children of a Parent with Psychiatric Disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, (1), 25-31.
- Roberts, M. (2005). The production of the psychiatric subject: power, knowledge and Michel Foucault. *Nursing Philosophy*, 6, (1), 33-42.
- Robertson, M. (2005). Power and knowledge in psychiatry and the troubling case of Dr Osheroff. *Australian Psychiatry*, 13, (4), 343-350.
- Roets, G., Adams, M. & Van Hove, G. (2006). Challenging the monologue about silent sterilization: implications for self-advocacy. *British Journal of Learning Disabilities*, 34, (3), 167-174.
- Roets, G., Goodley, D. & Van Hove, G. (2007). Narratives in a nutshell: Sharing Hopes, Fears and Dreams With Self-Advocates. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45, (5), 323-334.
- Roets, G., Kristiansen, K., Van Hove, G. & Vanderplasschen, W. (2007). Living through exposure to toxic psychiatric orthodoxies: exploring narratives of people with 'mental health problems' who are looking for employment on the open labour market. *Disability & Society*, 22, (3), 267-281.
- Rossi, A. S. & Rossi, P. H. (1990). *Of human bonding: parent-child relations across the life course*. New York: Walter de Gruyter.

- Rowe, D. C. (1994). *The limits of family influence: genes, experience and behavior*. New York: The Guilford Press.
- Rudge, T. & Morse, K. (2001). Re-Awakenings? A discourse analysis of the recovery from schizophrenia after medication change. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, (2), 66-76.
- Smeyers, P. (2000). Over de noodzaak van interpretatief onderzoek voor de pedagogische wetenschappen. In B. Levering, & P. Smeyers, *Opvoeding en onderwijs leren zien. Een inleiding in interpretatief onderzoek* (pp. 27-49). Den Haag: Boom Onderwijs.
- Smith, M. (2004). Parental mental health: Disruptions to parenting and outcomes for children. *Child and Family Social Work*, 9, (1), 3-11.
- Stormont, F., Craig, T., Atakan, Z., Loader, P. & Williams, C. (1997). Concerns about the children of psychiatric in-patients - what the parents say. *Psychiatric Bulletin*, 21, (8), 495-497.
- Thompson, M. C., Pierre, B. C., Boger, K. D., Mckowen, J. W., Chan, P. T. & Freed, R. D. (2010). Maternal Depression, Maternal Expressed Emotion, and youth psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, (1), 105-117.
- Van Damme, D. (1990). *Armenzorg en de staat*. Gent: Goff.
- Van den Eerenbeemt, E.-M. & Van Heusden, A. (2005). *Balans in beweging*. LN Haarlem: De Toorts.
- Van Hove, G. (1999). Coöperatief onderzoek met personen met een verstandelijke handicap. een illustratie van de emancipatorische orthopedagogiek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie*, 24, (1), 24-30.
- Vandekinderen, C. (2008). *Beeldvorming over en zelfbeeld van mensen met een psychische problematiek*. Niet uitgegeven licentiaatsthesis, Universiteit Gent, Faculteit Psychologische en Pedagogische Wetenschappen.
- Vandekinderen, C. (2006-2007). *KOPP vanuit het perspectief van ouders met psychiatrische problemen*. Niet gepubliceerd stageverslag, Universiteit Gent, Faculteit Psychologische en Pedagogische Wetenschappen.
- Vanderspikken, C. (1997). Beschermende factoren in de ontwikkeling van kinderen en adolescenten. *Mijn gids is zelf verdwaald, Studiedag Similes*, 38-40.
- Verhesschen, P. (2003). 'The Poem's Invitation': Ricoeur's Concept of Mimesis and Narrative Educational Research. *The Journal of the Philosophy of Education*, 37, (3), 449-465.
- Verhesschen, P. (2000). Narrativiteit en narratief onderzoek: de betekenis van het verhaal voor pedagogisch onderzoek. In B. Levering, & P. Smeyers, *Opvoeding en Onderwijs leren zien. Een inleiding in interpretatief onderzoek* (pp. 27-49). Den Haag: Boom Onderwijs.
- Verstraete, P. (2005). Het weerspiegelde denken: Foucaults Biopolitiek. In M. Depaepe, F. Simon, & A. Van Gorp, *Paradoxen van Pedagogisering: Handboek Pedagogische Historiografie* (pp. 193-212). Leuven: Acco.

Walsh, F. (1996). The Concept of Family Resilience: Crisis and Challenge. *Family Processes*, 35, (3), 261-281.

Wardekker, W. (2000). Criteria voor de kwaliteit van onderzoek. In B. Levering, & P. Smeyers, *Opvoeding en onderwijs leren zien. Een inleiding in interpretatief onderzoek* (pp. 27-49). Den Haag: Boom Onderwijs.

Werkmap Kopp. Kinderen van ouders met psychische problemen. (2001).

Elektronische bronnen

Federatie Similes Vlaanderen, z.d. *Over Similes*. Geraadpleegd op 16 maart 2010 op <http://nl.similes.be/page?url=1&ssn=&lng=1&pge=3>

Kinderen van ouders met alcoholproblemen, 2004. Geraadpleegd op 16 maart 2010 op <http://www.koap.be>

Kinderen van Ouders met een Psychische Problematiek, Ondersteuning en Preventie, 2008. *Wat is KOPPOP?!* Geraadpleegd op 16 maart 2010 op <http://www.koppop.be>

Kopstoring, z.d. *Feiten en cijfers*. Geraadpleegd op 16 maart 2010 op <http://www.koppvlaanderen.be/index.php/stuurgroep>

KOPPVlaanderen, 2002. *Omgeving en professionelen, stuurgroep*. Geraadpleegd op 16 maart 2010 op <http://www.koppvlaanderen.be>

Reflecties, praktijk voor counseling, z.d. Geraadpleegd op 10 mei 2010 op <http://www.2-support-u.nl/>

Vereniging voor chronisch en manisch-depressieve personen en betrokkenen, z.d. geraadpleegd op 16 maart 2010 op <http://www.upsendowns.be>

Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen, z.d. Geraadpleegd op 16 maart 2010 op <http://www.vad.be>

VZW Uilenspiegel, 2010. Geraadpleegd op 16 maart 2010 op <http://www.uilenspiegel.net>

6. BIJLAGEN

Bijlage 1: Leidraad onderzoek

Bijlage 2: Informed Consent Respondenten

Bijlage 3: Infobrieven aan hulpverleners

Bijlage 4: Infobrief aan de cliënt

Bijlage 5: Richtvragen onderzoek

Bijlage 1: Leidraad onderzoek

Introductie:

In dit gesprek wil ik graag naar jullie luisteren. Ik wil u uw verhaal laten brengen, over hoe jij de dingen ervaart. Hiermee wil ik bedoelen dat ik wil gaan kijken naar wat jullie echt voelen, hoe jullie dit nu ervaren om ouder te zijn met een psychische problematiek/ om zoon of dochter te zijn van een ouder met een psychische ziekte. De laatste tijd wordt er nogal wat aandacht besteed aan de moeilijke situatie waarin sommige ouders/ kinderen zich bevinden wanneer er een psychische problematiek aanwezig is. Nu wil ik ook eens horen van jullie hoe jullie dit alles vinden. Hoe kijken jullie tegen de hulpverlening aan? Zorgt dit voor moeilijke momenten, hoe voelt het om oudertaken op u te nemen als je het soms eens moeilijk hebt, of als het soms eens beter gaat met u?

Het is de bedoeling dat ik via zulke vragen een beetje een beeld krijg, wat jullie verhaal nu is. Hoe jullie de dingen beleven, hoe heb je het gevoel dat er met u omgegaan wordt, en hoe denk je dat de mensen naar uzelf kijken.

Als conclusie kan ik zeggen dat ik eigenlijk ga bekijken wat het nu betekent voor een kind, om kind te zijn van ouder met een psychische problematiek. Idem ga ik kijken wat het nu betekent voor een ouder om een ouder te zijn met een psychische problematiek en op welke manier heeft dit invloed op je ouderschap?

(Eerst verwijzen naar de evolutie rond KOPP en het feit dat het initiatief heel sterk ontstaan is vanuit een bezorgdheid bij hulpverleners, maar dat de stem van het kind en (vooral ook) van de ouder, zelden gehoord wordt in die maatschappelijke en wetenschappelijke debatten.)

Persoonlijke richtlijnen onderzoek:

- Papieren informed consent (4 exemplaren 2 formulieren ouders en 2 formulieren kind)
- Beklemtone dat er volledige anonimiteit heerst rond het onderzoek. Informatie die je als ouder/kind vertelt wordt voor geen enkele andere doeleinden gebruikt. Enkele wordt het interview uitgetypt en gebruikt voor het onderzoek. Indien u dat wenst stuur ik u een exemplaar van het uitgetypte interview op, zodanig dat u dit nog eens kan nalezen indien u dat wenst. Indien er dan eventueel elementen zijn die je liever geschrapt ziet in het interview, wordt dit nadien zeker aangepast.
- Men is zeker niet verplicht om te antwoorden. Dit is een vrijwillig onderzoek met een doel van informatie inwinnen. Als deze informatie op een of andere manier ook maar een spoor van ongemakkelijkheid oproept, is dit geen enkel probleem en kan dit ook gecommuniceerd worden. Weigeren om te antwoorden op een vraag is ten allen tijde toegestaan!
- Relationele vragen stellen: Hoe is het voor mama, maar vooral hoe denkt ze dat het voor haar kind is? Voor haar man? Voor haar familie? Omgeving?
- Moeder en kind in de bloemetjes zetten voor hun inzet, voor hun investeringen die ze allemaal doen voor elkaar in de relatie. Ze zorgen voor elkaar, ook al lijkt het misschien niet altijd zo op het eerste zicht. Haar kind zal voor mama zorgen door braaf te zijn, flink te zijn, of opstandig te zijn. Moeder zal misschien zorgen voor haar kind door het er nooit over te hebben dat ze het als moeder moeilijk heeft, ze zal haar kind misschien willen sparen door te zwijgen, door na een crisis er nooit over te praten,...
- Erkenning geven voor de vele lasten die ze allemaal hebben, maar vooral ook stil staan bij de zaken die goed gaan, of bij de zaken die ze willen goed doen. Dit ook zeggen en benoemen in het begin van het gesprek!
- Ik ben waarschijnlijk de zoveelste in de rij die met haar praat, maar dat ik ben er niet om te veroordelen of hen met de vinger te wijzen. Integendeel, duidelijk maken dat het doel van het gesprek is om eens stil te staan bij de dingen die goed gaan in hun leven. Mama en het kind veel veel erkenning geven voor de dingen die ze goed doen of goed willen doen.

Doelstellingen onderzoek:

- Met open gemoed en onbevungen geest gaan luisteren naar het verhaal, naar de beleving van ouder en kind? Wat betekent het nu voor mensen zelf? Wie is 'de ouder met psychische problemen'? Krijgt deze ook kans om 'ouder' te zijn? Wie is 'het kopp-kind'? Hoe ervaren zij zelf het leven in dergelijke situatie? Hoe geven ze hun relatie vorm? Op welke momenten voelen ze zich goed/minder goed in de situatie? Hebben ze het gevoel 'anders' te zijn? Waarom wel/niet?
...
(Op welke manier slagen ouder en kind erin om 'gewoon' te zijn, op welke vlakken loopt het goed. Geen verhaal van op zoek gaan naar de risicofactoren die nefast zijn voor de ontwikkeling van het kind, maar een verhaal van een ouder die ook een gewone ouder kan zijn net als ouders zonder psychiatrische problematiek. Of ook aandacht hebben voor het kind achter het 'KOPP-kind'.)
- Tijdens het verhaal ook oog hebben voor de interacties: kind- ouder, kind- omgeving, ouder-omgeving. Aandacht voor een multidimensionale identiteit en niet zomaar een unilaterale identiteitsconstructie. Oog hebben voor verschillende factoren.
- Beleving en ervaring centraal zetten vanuit de vaststelling dat het perspectief van het kind en van de ouders ondervetegenwoordigd is in literatuur. Er wordt heel vaak gesproken over beschermings – en protectieve factoren in de literatuur. Maar hoe zit het in de praktijk? Hoe verloopt een situatie voor een 'KOPPkind' en hoe verloopt dit in de ogen van de ouders en wat betekent dit? Op dit niveau komt het 'Disability perspectief' naar voor. Dit dient als alternatief voor het medisch perspectief. Ik wil de mensen gaan bekijken als actieve actoren, hoe bouwen zij hun identiteit op? Hoe zien ze zichzelf? Hoe praten ze over zichzelf?
- Inzicht krijgen in wat ze dan wel precies nodig hebben wanneer het fout loopt? In plaats van enkel de hindernissen te gaan identificeren, ook oog gaan hebben over op welke manier de ouder of het kind zich in staat ziet om de hindernissen te overwinnen.

Bijlage 2: Informed Consent respondentent



Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen,
Vakgroep Orthopedagogiek

Geïnformeerde toestemming

Hierbij bevestig ik (.....) een aantal afspraken die gemaakt zijn met Fieke Vanhauwaert, studente orthopedagogiek:

1. Het interview is enkel aan de interviewer persoonlijk gericht. De informatie die hier besproken wordt is volledig vertrouwelijk.
2. Op voorhand werd duidelijk besproken wat de bedoeling is van het interview en voor welke doeleinden de informatie zal gebruikt worden.
3. Wanneer iets niet duidelijk is, kan ik steeds om uitleg vragen aan de interviewer.
4. Ik neem uit vrije wil deel aan het onderzoek en als ik dat wil, kan ik het onderzoek ook stopzetten.
5. Wanneer de gesprekken op papier gezet worden, worden die dan eerst aan mij terugbezorgd, zodanig dat ik alles kan nalezen. Indien ik dan niet akkoord ben met bepaalde dingen, dan kan dit nadien nog geschrapt of veranderd worden.
6. Mijn verhaal wordt aan niemand anders gegeven vooraleer het afgewerkt is.
7. Mijn verhaal wordt volledig anoniem gemaakt en geen enkele naam of plaats zal nog herkenbaar zijn.
8. Ik heb de toestemming gegeven dat mijn verhaal – uitsluitend in het kader van wetenschappelijk onderzoek – naar buiten mag worden gebracht.
9. Ik geef toestemming voor een auditieve opname van de gesprekken, die uitsluitend in het kader van het onderzoek wordt gebruikt.

Gelezen en goedgekeurd op (datum)

De deelnemer,

..... (handtekening)

Fieke Vanhauwaert,

..... (handtekening)

Bijlage 3: Infobrief aan hulpverleners

Beste,

mijn naam is Fieke Vanhauwaert en ik studeer Pedagogische Wetenschappen (optie Orthopedagogiek) aan de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen aan de Universiteit Gent.

Momenteel zit ik mijn laatste jaar en worden we verwacht eind dit schooljaar een eindwerk of 'thesis' af te leveren.

Graag wil de komende periode narratief onderzoek doen rond (maar bovenal SAMEN MET) Kinderen van Ouders met Psychische Problemen én de ouders zelf, waarbij ik allebei hun beleving en ervaring centraal wil stellen, vanuit de constatering dat hun perspectief ondervertegenwoordigd is in de wetenschappelijke literatuur. Heel wat onderzoek is gestoeld op een beschermingstendens en beoogt het in kaart brengen van protectieve- en risicofactoren. Ik onderschat geenszins de meerwaarde hiervan, maar opteer er voor om op zoek te gaan naar diepmenselijke verhalen van mensen zelf.

De keuze om te werken met zowel de kinderen als de ouders, is geïnspireerd op een bezorgdheid die heel vaak geëxpliciteerd wordt in de literatuur rond KOPP, namelijk dat er vaak twee parallelle hulpverleningscircuits worden uitgebouwd – één rond het kind en één rond de ouder – met weinig dwarsverbindingen. Gezinsgericht werken vereist echter net dat er bruggen worden geslagen tussen de verschillende gezinsactoren. Vanuit die optiek lijkt het mij heel verrijkend om zowel met de ouder(s) als met het kind/de jongere aan de slag te gaan. Ik ben mij er terdege van bewust hier op een heel respectvolle manier met loyaliteiten zal moeten worden omgesprongen. Open, eerlijke en duidelijke communicatie naar zowel ouders als kinderen/jongeren toe over wat er met de informatie gebeurt, zal van cruciaal belang zijn. Tegelijk geloof ik sterk dat ik – door zowel ouders als kinderen in het onderzoek te betrekken – net meer ruimte creëer voor deze loyaliteiten en er meer mandaat zal gegeven worden.

De opzet is om een aantal gesprekken te voeren met het kind/de jongere en de ouder (samen en/of apart) over het functioneren binnen het gezin, de rol(len) die elkeen opneemt, de interacties, hoe zij de gewone dingen des levens meemaken en beleven... Het is met andere woorden de bedoeling om een zicht te krijgen op de 'gewone/alledaagse' aspecten van het leven en hoe zij in het leven staan. Hoe kijken zij tegen de dingen aan. Hoe ziet het kind zijn ouder? Hoe zien de ouders hun ouderschap en op welke manieren geven zij die vorm?

Naast de problemen, wil ik vooral heel veel oog hebben voor de competenties, krachten én mogelijkheden van zowel de kinderen als de ouders, kortom van de gezinnen.

Dit allemaal bij wijze van inleiding en schetsen van mijn onderzoek.

Nu, heel concreet ben ik op zoek naar mensen die willen participeren aan dit onderzoek. Ik zou het ongelooflijk op prijs stellen, mochten jullie eventueel een aantal kinderen/ouders willen informeren over dit onderzoek. Indien er interesse is, wil ik met plezier zelf nog toelichting geven, waarna mensen nog steeds (zoals tijdens het hele onderzoeksproces trouwens) kunnen beslissen of ze al dan niet willen deelnemen. Ik besef heel goed dat dit geen evidente vraag is, vanwege de vaak al volgeboekte agenda van de hulpverlener én ook vanwege de gevoelige problematiek. Toch hoop ik van ganser harte dat jullie mijn vraag in overweging willen nemen.

Ik wil u reeds heel erg bedanken voor de inspanning!

Van harte hopen op een positief antwoord,

Met Vriendelijke Groeten

Fieke Vanhauwaert,

fiekevanhauwaert@gmail.com

0499/617854

Bijlage 4: Infobrief aan cliënten

Hallo!

Mijn naam is Fieke Vanhauwaert en ik zit in mijn laatste jaar pedagogische wetenschappen. Als ik wil afstuderen moet ik dit jaar een thesis indienen. Een thesis is een soort van eindwerk die ik moet maken in opdracht van school. We worden gevraagd om bij die thesis een onderzoek te voeren en om van daaruit dan te vertrekken om ons werk te schrijven.

Mijn thesis gaat over het onderwerp: Kinderen van Ouders met een Psychische Problematiek (afgekort KOPP). Hierbij wil ik zowel gaan kijken naar de ouder als naar het kind. Omdat een kind altijd een kind is van iemand, en omdat je als ouder ook altijd ouder bent van een kind, zie ik die twee als verbonden met elkaar, dus wil ik graag beide partijen betrekken in het onderzoek.

Het is dus de bedoeling dat ik een gesprek ga voeren met de ouder, en een gesprek ga voeren met het kind van die ouder. De twee interviews worden wel apart gevoerd, om moeilijke situaties te vermijden, en iedereen zijn volledige privacy te bezorgen. Ook is het niet de bedoeling dat je als ouder het verhaal van uw kind leest, en ook niet dat je als kind het verhaal van uw ouder leest. Ik wil dus graag beide partijen interviewen, maar ze blijven wel een beetje los van elkaar.

Je vraagt je nu natuurlijk af: een gesprek, wat is dat dan?

In dit gesprek wil ik graag naar jullie luisteren. Ik wil u uw verhaal laten brengen, over hoe jij de dingen ervaart. Ik wil gaan kijken naar wie je bent, wat je allemaal doet, waar je van houdt,... Ik wil niet alleen aandacht besteden aan de zorgen die er bestaan, maar ook de kans geven om uzelf voor te stellen, ook náást de aanwezigheid van de psychische problematiek. Ik wil een soort van portret brengen, van wie je nu precies bent. Natuurlijk ga ik ook aandacht gaan besteden aan het leven met een psychische ziekte, zowel als kind of als ouder. Hiermee wil ik bedoelen dat ik wil gaan kijken naar wat jullie voelen, hoe jullie het nu ervaren om ouder te zijn met een psychische problematiek/ om zoon of dochter te zijn van een ouder met een psychische problematiek? De laatste tijd wordt er nogal wat aandacht besteed aan de moeilijke situatie waarin sommige ouders/ kinderen zich bevinden wanneer er een psychische problematiek aanwezig is. Nu wil ik ook eens horen van jullie hoe jullie dit alles vinden. Hoe kijken jullie tegen de hulpverlening aan? Zorgt dit voor moeilijke momenten? Wat gaat er goed en wat gaat er soms minder goed? Wat is de band tussen ouder en kind?

Het is de bedoeling dat ik via zulke vragen een beetje een beeld krijg, wat jullie verhaal nu is. Hoe jullie de dingen beleven, hoe heb je het gevoel dat er met u omgegaan wordt, en hoe denk je dat de mensen naar uzelf kijken.

Als conclusie kan ik zeggen dat ik eigenlijk ga bekijken wat het nu betekent voor een kind, om kind te zijn van ouder met een psychische problematiek, maar ook ruimer dan dat. Wie is het kind in al de aspecten van zijn leven? Idem wil ik gaan kijken wat het nu betekent voor een ouder om een ouder te zijn met een psychische problematiek en op welke manier heeft dit invloed op je ouderschap?

Het klinkt misschien allemaal wat moeilijk, en het ziet er allemaal wel wat veel uit. Om het eenvoudiger voor te stellen, kan ik zeggen dat jullie eens de kans krijgen om jullie verhaal te doen, zonder dat er hulpverlening mee gemoeid is. Het is niet dat ik ga afkomen met een hele hoop vragenlijsten. Eerder is het gewoon een gesprek!

Ik hoop dat je het ziet zitten om mee te werken. Om een idee te geven van de tijd, de interviews die ik al heb afgenomen duurden ongeveer een uur en een half, maar dat hangt natuurlijk ook af van hoeveel er hoelang er gepraat wordt!

Zo, dit was een hele boterham, mocht je het zien zitten om mee te werken, dan hoor ik het heel graag!

Met vriendelijke groeten,

Fieke Vanhauwaert

0499/617854

Bijlage 5: Richtvragen onderzoek

Vragen ouders:

- Voorstelling wie ben ik, wat doe ik, welke persoon heb ik hier nu voor me?
- Ouderschap, wat betekent dat voor u? Hoe zie jij je als mama? Wat voor een mama ben jij? Op welke manier geef je je ouderschap vorm? Hoe ben jij mama voor uw kinderen? Wat is volgens u 'mama zijn'? Wat is volgens u een goede mama? Hoe kijk je naar je kinderen? Wat vind je van je kinderen? Wou je graag een kind? Wou je graag mama zijn? Een gezin oprichten? Wat betekenen je kinderen voor u?
- Hebben jij en je dochter/zoon een goede relatie? Kun je de relatie tussen jou en je zoon/dochter eens omschrijven? Kom je goed overeen met je kind? Aan wat merk je dat? Hoe voel je dat? => Zijn er momenten dat jullie het moeilijk hebben? Zijn er momenten waarbij jullie contact/relatie heel vlot verloopt? Waaraan merk je dat? Waaraan schrijf je dat toe?
- Voel je soms dat je het niet makkelijk hebt als mama? Hoe is het voor u om te horen van een dokter dat je anders bent? Hoe ervaar jij de hulpverlening daar rond? Wat vind je van de hulp die je krijgt van de dienst...? Heb je zelf de stap gezet om je te laten helpen? Hoe ben je bij de dienst terecht gekomen? Hoe voelde je dat je hulp nodig had? Heb je zelf om die hulp gevraagd? Hoe kijk je naar de dienst ... die u helpt? Vind je het soms lastig dat andere mensen je zeggen hoe je het beter of anders kan doen? Voel je je geholpen door de dienst? Heb je soms het gevoel dat je beperkt wordt door de aanwezigheid van hulpverlening in je leven? Denk je dat je kind weet dat er soms iets aan de hand is met mama? Hoe merkt ze dit al dan niet? Is dit bespreekbaar? Met wie?
- Hoe is het voor mama zelf bij een moeilijk moment? Voelt ze zich schuldig? Waarover of waarvoor voelt ze zich schuldig als moeder of als vrouw? Kan ze het er achteraf over hebben? Bij wie kan ze terecht?
- Geeft ze erkenning aan haar dochter dat ze flink is als mama het moeilijk heeft? Of dat het voor haar dochter niet altijd even makkelijk moet zijn met zo een mama?

Vragen kinderen (dit voor jonge kinderen, manier van vragen stellen worden aangepast aan leeftijd van het kind)

- Wie ben je? Hoe oud ben je, wat doe je zo allemaal in je vrije tijd? Wat doe je op school, hobby's...
- Op welk moment werd het je duidelijk dat mama zich soms niet zo goed voelde? Mama heeft het niet altijd gemakkelijk, voel je dit soms? Merk je dit soms? Hoe voel je dat dan? Kan je eens een voorbeeldje geven wanneer het soms niet goed gaat met je mama? Wanneer voel je dit nu nog?
- Voel je soms dat je mama niet is zoals andere mama's? Hoe voel je dat dan? Wanneer vind je de dat mama het eens moeilijk heeft? Geef eens een voorbeeld.
- Wat vind je soms vervelend aan je mama? Mocht je een toverstok hebben, wat zou je dan veranderen bij mama? Wat vind je leuk aan je mama? Wat vind je dat ze allemaal goed kan en goed doet voor jou? Wat heb je graag aan je mama? Wat heb je minder graag aan je mama? Wat betekent je mama voor je?
- Heb je soms het gevoel dat mama het moeilijk heeft of het lastig heeft? Hoe voel je dat dan? Wat vind je van de hulp die je mama daarvoor krijgt? Wat vind je ervan dat mama vaak naar de dokter moet? Of dat er mensen naar je huis komen om te praten? Vind je het soms ambetant dat je mama naar het ziekenhuis of de dokter moet? Wordt je mama soms eens opgenomen in het ziekenhuis? Hoe voel jij je dan?
- Als mama het lastig heeft of moeilijk heeft, wat doet ze dan? Polsen naar haar gevoelens? Boos? Bang? Extra braaf?