

# Gezinnen ontmoeten

In deze bijdrage bespreken we de beginfase van de gezinswerking op de psychiatrische afdeling Angst en Depressie van de Universitaire Ziekenhuizen Leuven. Deze afdeling biedt een psychotherapeutisch programma voor patiënten met angst- en/of depressieve klachten. Sommige patiënten hebben ook (ernstige) dwangklachten. Dit programma kan zowel ambulante als in volledige opname gevolgd worden en combineert gedragstherapeutische, psychomotorische, systeemtherapeutische en medisch-medicamenteuze elementen. Het hoofddaccent ligt op groeps-therapie waarbij de combinatie van steun en confrontatie de motor van verandering vormt.<sup>1</sup>

door Lieven Migerode & Barbara Lavrysen

De afgelopen jaren hebben we de beginfase van onze gezinswerking omgevormd van 'gezinspsychoeducatie'<sup>2,3</sup> naar een 'gezinsontmoeting'. Wat eens een -eerder theoretische- uitleg was over het ontstaan, het ziekteverloop, de behandeling en de prognose van angst en depressie, heeft plaats gemaakt voor een open dialoog met onze patiënten en hun relationele context. Hierbij staat een aanbod van samen zoeken<sup>4</sup> centraal.

Als gezinstherapeuten en vertegenwoordigers van onze afdeling streven wij ernaar om (a) patiënten en hun familie en (b) de familie en onze afdeling in verbinding te brengen. We moedigen aan om krachten te bundelen in de zoektocht naar helpen en volhouden. Verder helpen wij families bij het formuleren van therapeutische doelen die geïntegreerd kunnen worden in relatie- en gezinsgesprekken of in familiediscussiegroepen.<sup>1, 5, 6</sup>

## Van gezinspsychoeducatie naar gezinsontmoeting

### Evolutie in de tijd

Sinds jaren behoren psycho-educatieve sessies tot het psychotherapeutische programma voor onze patiënten. Vanuit een biopsychosociaal model worden het ontstaan, de symptomen, het verloop, de behandeling en de prognose van angst en depressie toegelicht. Hierbij staat een samenspel van biologische kwetsbaarheid, persoonlijkheidsfactoren en betekenisvolle

levensgebeurtenissen centraal en worden zowel elementen uit de cognitieve gedragstherapie als uit de interpersoonlijke therapie aangehaald. Patiënten ervaren deze sessies als zeer verhelderend en voelen zich hierdoor vaak erkend in hun klachten of problemen.

In de loop der jaren introduceerden we daarnaast een psycho-educatieve sessie voor familieleden (in groep, samen met patiënten), waarin datzelfde samenspel van invloeden de kernboodschap vormde. Door families beter te laten begrijpen hoe wij als hulpverleners angst en depressie opvatten en onze therapie hierop afstemmen, hoopten wij ook hun kennis te vergroten. Echter, door ons te beperken tot een 'ziektemodel', neigden wij ertoe te spreken vanuit een expertpositie en kreeg een dialoog die gestuurd werd vanuit angst en onzekerheid bij de familie vaak de overhand. Hierdoor werd het soms moeilijk om nadien een therapeutische relatie aan te gaan met families, aangezien veel hoop -en druk- eenzijdig op de patiënt, op ons en op onze afdeling kwam te liggen.

Verderop in deze bijdrage zal blijken dat we in de gezinsontmoetingen eveneens een verhaal van 'invloeden' brengen, maar we vertrekken vanuit specifieke vragen, zorgen, bedenkingen van familieleden. In plaats van zelf te vertellen, laten we het gezin aan het woord. Door eenieder te ontslaan van de verantwoordelijkheid om sluitende antwoorden te bieden over de

omgang met een diagnose, creëren we de ruimte om te zoeken naar competenties bij de patiënt, bij de familie, binnen de relatie of het gezin. Zo leren ze omgaan met de invloeden van de diagnostische kenmerken en van de diagnose.<sup>7</sup> Er ontstaat een relationele verhouding waarbij wij als therapeuten helpen om verbinding te brengen, om vragen aan elkaar te stellen, om te leren uit observatie en ervaring door zelfonthulling en om feedback aan te bieden.<sup>1</sup>

### Visie

Als vertegenwoordigers van de afdeling benadrukken wij het belang van het actief betrekken van de familie bij het therapeutische proces. Hierbij zien we de partner of het gezin niet als de oorzaak van problemen, maar juist als hulpbron.<sup>8</sup> Door verbinding en zelfonthulling aan te bieden, proberen we een forum te bieden waar aarzelingen, vragen én competenties gedeeld kunnen worden. Wij proberen de familie in te schakelen als actieve helpers met respect en begrip voor het standpunt van de patiënt en moedigen

<sup>4</sup> L. Migerode en B. Lavrysen zijn klinisch psychologen, relatie- en gezinstherapeuten, Afdeling Angst en Depressie, Universitaire Ziekenhuizen Leuven (Campus Sint-Pieter), Brusselsestraat 69, B-3000 Leuven (lieven.migerode@uz.kuleuven.be; barbara.lavrysen@uz.kuleuven.be).



Af en toe blijkt dat patiënten de motivatiesessie hebben gemist

de familie aan om onderscheid te maken tussen de persoon van de patiënt en zijn diagnose. Hierdoor kan een *gebundelde kracht* ontstaan vanuit de idee 'wij *samen tegen* de invloed/stress van de diagnose op onze relatie/gezin' in plaats van 'wij tegen elkaar omwille van de diagnose'. Door te spreken over de stress/invloed proberen we die tegelijk te normaliseren (bijv. 'Soms zal je misschien boos (willen) worden'; 'Soms voel je je onmachtig', 'Soms wil je overnemen', 'Soms vind je moeilijk het evenwicht tussen meegaan en tegenin gaan'). Meer nog: in plaats dat wij de familie uitleggen hoe angst en depressie in elkaar zitten, leren zij ons én andere families iets bij door te vertellen hoe zij verzeild raken in bepaalde patronen. Zij tonen immers aan dat de werkelijkheid anders is dan de theorie. Door te zoeken naar een dialoog van *volhouden*, proberen we copingvaardigheden aan te spreken en die te helpen benutten. Hieruit genereren families hoop die voedend werkt voor hun probleemoplossend vermogen. Onze doelen zijn analoog aan deze uit andere *multi-family modellen* in de literatuur<sup>2,6</sup>:

- We willen families tegemoet komen in

hun behoefte aan educatie, begeleiding en steun en helpen hun netwerk te behouden en uit te breiden.

- We willen het stigma van een psychiatrische diagnose, kritiek, vijandigheid en overbetrokkenheid helpen verminderen en ombuigen naar een constructieve samenwerking waarin hoop centraal staat en die families vaardiger maakt in het zoeken naar oplossingen.
- We willen families helpen verbinden met andere families, hen aanmoedigen in het uiten van nieuwsgierigheid en feedback en hen aanmoedigen om hardop te reflecteren over wat ze zien en horen.

### Families op de afdeling Angst en Depressie

#### Motivatiesessie

Tijdens de eerste week van de opname krijgen nieuwe patiënten een infosessie over het therapeutische aanbod voor families op onze afdeling. Deze sessie is bedoeld om (a) patiënten uit te nodigen om *mee de leiding* te nemen over het therapeutische proces en om (b) hun houding

ten aanzien van het betrekken van hun familie te exploreren.

Wij moedigen patiënten aan om *zélf* hun relationele context uit te nodigen voor de gezinsontmoeting en geven hierbij de ruimte om mee te bepalen *wie en op welk moment* ze zullen uitnodigen. In deze motivatiesessie vragen we hen om na te denken over wie zij eventueel – nu of later – zouden kunnen uitnodigen ('Wie zit er in jouw plaatje?', 'Wie zou jij de uitnodiging kunnen aanbieden?'). Meestal noemen patiënten gezinsleden met wie zij samenleven (ouders, kinderen, partners, broers/zussen), maar evengoed anderen met wie zij nauw betrokken zijn (familieleden, goede vrienden, kennissen of burenen). We proberen ook zicht te krijgen op de houding van patiënten ten aanzien van het betrekken van hun relationele context. Vinden ze dat belangrijk, zinvol of aangewezen? Of juist niet en waarom? Sommigen beperken hun keuze (bijv. 'Ik ga alleen mijn man laten komen, de rest van mijn familie weet niet dat ik hier ben') of blijken te aarzelen (bijv. 'Ik voel me nog niet klaar om met mijn ouders te spreken'). Anderen verduidelijken bepaalde standpunten (bijv. 'Ik wil mijn kinderen niet nog meer

# 1 Uit de praktijk van de gezinsontmoeting

K., 13 jaar, vraagt: 'Waarom blijven sommige mensen hier slapen?' We moedigen K.'s mama aan om te antwoorden. Aarzelend zegt zij: 'Ik weet het niet'. K. fronst. Wij vragen: 'Zou het jullie kunnen helpen als we het aan de groep vragen?' P., echtgenoot van S., zegt daarop: 'Mijn vrouw was in het begin bang om thuis te slapen, omdat ze de drukte van ons gezin toen niet aankon'. Wij vullen aan: 'Soms denken mensen met depressie langzamer en daardoor wordt drukte snel teveel'.

L., partner van O., wil weten wat dan het verschil is tussen volledige opname en dagbehandeling. Wij leggen uit dat beiden overdag hetzelfde programma volgen en dat overgangen tussen beide worden overlegd tussen het team en de patiënt. L. protesteert: 'Ik verwacht dat ik bij een dergelijke beslissing betrokken word. Tenslotte verandert er dan thuis ook heel wat...' Wij bieden aan dit tot onderwerp te maken van de komende gezinsgesprekken.

belasten, dus ik ga hen dat niet vragen') of overtuigingen (bijv. 'Ze gaan dat toch niet willen, hoor'). Nog anderen hebben nog geen duidelijk beeld van wat ze willen of mogen verwachten (bijv. 'Ik weet niet hoe er tegenover te staan... maar ik kan het altijd eens vragen'). Tijdens de motivatiesessie worden soms ook redenen van patiënten duidelijk om (bepaalde) mensen niet (meteen) te betrekken bij de behandeling (bijv. 'Mijn moeder is momenteel zelf opgenomen'). Wij vinden het belangrijk om ook deze informatie te kennen en te integreren in het therapeutische proces.

Op het einde vertellen we dat we verwachten dat patiënten zelf minstens één maal aanwezig zijn op een gezinsontmoeting. Deze boodschap fungeert enerzijds als externe motivatie vanuit de afdeling en biedt anderzijds een mogelijke -en voor sommigen een noodzakelijke - tussenstap om interne motivatie bij zichzelf te vinden om hun familie erbij te betrekken. Tot slot ontvangen patiënten een korte begeleidende brief met inschrijvingsstrook en wordt hen gevraagd deze in te vullen naargelang wanneer en/of met wie zij aanwezig zullen zijn.

Onze taak gedurende de behandeling blijft tweeledig: enerzijds steunen we patiënten in hun keuze en tempo, beluisteren we hun standpunten en exploreren we hun overtuigingen. Tegelijk proberen wij deze ter discussie te stellen, onze patiënten te motiveren en uit te dagen tot verandering. Vanaf de start staat aldus een dialoog tussen de patiënt en de gezinstherapeut centraal.<sup>9</sup>

## Gezinsontmoeting

Tweewekelijks op maandagavond organiseren wij een gezinsontmoeting voor nieuwe patiënten en hun relationele context. Elke gezinsontmoeting start met een kort kennismakingsronde waarbij wij onszelf en onze taak op de afdeling voorstellen.

Aan de patiënten en aanwezige familie vragen wij vervolgens om hetzelfde te doen. We helpen door vragen te stellen als: 'Hoe heet je? Met wie ben je meegekomen? Wat is jullie relatie? Hoe is het voor jou om tot hier te komen?' We streven ernaar om met elk van de aanwezigen contact te maken en hen persoonlijk welkom te heten. Vervolgens vertellen we dat we een verhaal willen brengen dat aansluit bij wat zij willen weten of nodig hebben (bijv. vragen over onze werkwijze, over wat zij mogen verwachten van ons, over angst of depressie, ...) en nodigen hen uit om vragen te stellen. Opvallend is dat het stellen van vragen in deze sessie aanstekelijk werkt: mensen voelen zich wel eens erkend door een vraag van iemand anders en krijgen op die manier meer moed om zichzelf en hun vraag te onthullen.

We hebben gaandeweg ondervonden dat er verschillende soorten vragen aan bod komen (zie ook kader 1). Zo zijn er vragen over de filosofie of over de werking van de afdeling (bijv. 'Waarom duurt de opname drie maanden?' of 'Hoe kunnen wij verder betrokken blijven bij de behandeling?'), die wij ter plekke proberen te beantwoorden. Verder krijgen wij vragen die – bij nader inzien – bedoeld zijn voor de patiënt zelf (bijv. 'Wat doen patiënten hier een hele dag?', 'Is het goed om in te gaan tegen zijn vermijdingsgedrag?'). Door ons hardop af te vragen 'voor wie is deze vraag bedoeld?', moedigen we de vraagsteller (meestal een familielid) aan om te zoeken naar en zich te richten tot de 'gepaste' gesprekspartner. Wij proberen de patiënt aan te moedigen om de vraag mee te beantwoorden en stellen hierbij overigens vaak vast dat andere patiënten te hulp schieten. Zo wordt aan de aanwezige familie het signaal gegeven dat patiënten, ondanks hun -soms ernstige- klachten, aanspreekbaar zijn en bekwaam blijven om mee te zoeken naar antwoorden. Ten slotte komen er soms

vragen aan bod die erg persoonlijk of beladen zijn of teveel aarzeling oproepen om te delen in een gezinsontmoeting. Dit zijn vragen die aanleiding zijn om de aarzelingen over het spreken tussen patiënt en familie, tot onderwerp te maken.<sup>10</sup> We geven hierop het antwoord dat er -mits akkoord van de patiënt- tijd en ruimte gemaakt kan worden om apart af te spreken in het kader van relatie- of gezinsgesprekken. We sluiten deze sessie af met uit te leggen dat de mogelijkheid bestaat om actief betrokken te blijven bij de opname via relatie- en gezinsgesprekken of via familiediscussiegroepen. We moedigen de aanwezigen aan om over dit aanbod met elkaar in dialoog te gaan. Meestal wordt meteen na de gezinsontmoeting een eerste afspraak gemaakt voor een relatie- of gezinsgesprek of worden gegevens uitgewisseld om nadien telefonisch contact op te nemen voor een afspraak. We eindigen met de boodschap dat elke gezinsontmoeting een ander verhaal met zich meebrengt en dat eenieder welkom is om komende sessies bij te wonen. Onze ervaring leert dat patiënten en hun families soms op dit aanbod blijven ingaan en - als een soort 'ervaringsdeskundigen' - een actieve bijdrage leveren in deze sessies. Verder blijken deze patiënten/families ook een waardevolle hulpbron te zijn om 'nieuwelingen' te motiveren tot actieve deelname in het bredere aanbod voor families.

## Discussie

### Krachten

Patiënten blijken het te appreciëren dat wij hun stem écht beluisteren, deze mee in rekening nemen en de dialoog met hun familie niet overnemen. De motivatiesessie blijkt onze patiënten te erkennen in hun behoefte om een mening te mogen hebben over het betrekken van hun relationele context. Hen aanspreken op hun verantwoordelijkheid, door hen te vragen hun relationele context zelf in te lichten en uit te nodigen, lijkt er toe bij te dragen dat zij deze ook benutten. Ons vrijblijvende aanbod tot hulp ('Je mag ons inschakelen als je dat wil') blijkt ten slotte meestal onnodig.

Doordat ons verhaal in de gezinsontmoetingen inhoudelijk past bij de concrete vragen, krijgen wij meer voeling met wat mensen willen weten en nodig hebben. Een model van samenwerken -in tegen-

stelling tot een model van uitsluiten, beschuldigen of beleren van families-blijkt de bereidheid tot contactname en overleg te verhogen. De ervaring leert dat erkenning van angsten, zorgen en vragen, spanningen in de (werk)relatie tussen familieleden onderling en met ons als afdeling, opheft.

De vorm van de gezinsontmoetingen -snel na de start van de opname, op regelmatige basis, open voor iedereen, gericht op kennisgeving en op uitwisselen van informatie- maakt ons aanbod laagdrempelig. We stellen vast dat de meeste patiënten en hun familie hiervan vrijwel meteen gebruik maken. Bovendien wordt sinds de introductie van de gezinsontmoetingen een vlottere overgang gemaakt naar verdere systemische begeleiding. Ons aanbod lijkt dan ook toereikend als eerste stap in de gezinswerking.

#### Valkuilen

Hoewel het beroep doen op de verantwoordelijkheid van onze patiënten een kracht van onze aanpak is, beseffen wij dat dit soms ook een (tijdelijke) overschatting van hun mogelijkheden kan inhouden. Regelmatig worden wij eraan herinnerd dat wij alert moeten blijven in het steunen op de moed, de inzet en de zelfredzaamheid van onze patiënten. Dit omdat hun klachten net hun vermogen om te kunnen inschatten, beslissen, initiatief nemen en overleggen, aantasten. Het blijft dus een belangrijke taak van ons als gezinstherapeuten om mee te waken over een goede inschatting van wat patiënten aankunnen. Zonder te streven naar dit evenwicht wordt aanmoedigen, ontmoedigen. Dit blijkt overigens het evenwicht te zijn waarmee andere gezinsleden ook worstelen.

Af en toe blijkt dat patiënten de motivatiesessie hebben gemist, dat zij de uitnodiging vergeten zijn of dat zij hierover meer aarzelen dan eerst was ingeschat. Ook wij verliezen soms uit het oog dat sommigen behoefte hebben aan extra aanmoediging, aan meer tijd of aan bijkomende hulp. Daardoor duurt het een enkele keer langer dan voorzien voordat de familie op een eerste gezinsontmoeting komt. Als blijkt dat (het doel van) ons aanbod -om welke reden dan ook- niet bij de familie is terechtgekomen, dan groeit het risico dat wij botsen op kwaadheid, ontgoocheling en

grievens van familieleden die zelf vragende partij zijn. Het blijft voor ons een oefening om in dit geval te voorkomen dat we zelf defensief worden en zo 'ontmoeten' moeilijker maken. Daarnaast leren wij dat sommige patiënten moeilijkheden ervaren wanneer hun familieleden weigeren of aarzelen om te komen. Ook hier dienen wij alert te blijven op en de nodige ondersteuning te bieden bij het beter begrijpen en opvangen van deze moeilijkheden.

#### Tot slot

De beginfase van de gezinswerking past in een ruimer psychotherapeutisch aanbod, waarbij het creëren en onderhouden van een (therapeutische) relatie centraal staat. We vertrekken van de dagelijkse realiteit van de persoon, het koppel of het gezin en proberen beter te begrijpen hoe bepaalde patronen of problemen zijn ontstaan, we exploreren vragen en behoeftes en peilen naar ieders beleving. Het aanmoedigen van zelfreflectie, zelfonthulling, steun, confrontatie en feedback krijgt niet alleen een centrale plaats in de dialoog tussen patiënten onderling, maar ook in de dialoog met de familie en met ons als team. Op die manier wordt samen gezocht naar ingangspoorten voor verandering. Concreet overleggen we over tussentijdse doelen of thema's die opgenomen kunnen worden in de verschillende therapieën en/of in de relatie- en gezinssprekken of familiediscussiegroepen. Naar het einde van de behandeling bespreken we samen met de patiënt en zijn familie de wensen en behoeftes voor nazorg.

#### Noten

- 1 Migerode L ea (2006) Groepsgezins-therapie met opgenomen depressieve jongvolwassenen en hun gezin. *Tijdschrift voor psychotherapie* 32: 240-257
- 2 Ong SH & Caron A (2008) Family-based psychoeducation for children and adolescents with mood disorders. *Journal of child family studies* 17: 809-822
- 3 Glick IO ea (1994) Effectiveness in psychiatric care. III: Psychoeducation and outcome for patients with major affective disorder and their families. *The British journal of psychiatry* 164: 104-106
- 4 Fraenkel P (2006) Engaging families as experts: collaborative family program development. *Family process* 45: 237-257
- 5 Lemmens G ea (2007) Family discussion group therapy for major depression: a brief systemic multi-family group intervention for hospitalized patients and their family members. *Journal of family therapy* 29: 49-68
- 6 Asen E (2002) Multiple family therapy: an overview. *Journal of family therapy* 24: 3-16
- 7 Migerode L (2008) Metaloog: Wat is een diagnose. *Systeemtheoretisch bulletin* 26: 29-54
- 8 Ausloos G (1999) *De competentie van gezinnen. Tijd, chaos, proces.* Leuven/ Apeldoorn: Garant
- 9 Migerode L (2003) Richtlijnen voor een helende ontmoeting. *Systeemtherapie* 15: 71-85
- 10 Rober P (2002) *Samen in therapie. Gezins-therapie als dialoog.* Leuven: Acco