

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

Boom

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

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

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

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

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Familiegroepstherapie bij jongeren met een eetstoornis

LIES DEPESTELE &
WALTER
VANDEREYCKEN

Lies Depestele¹ is orthopedagoge en werkt op de afdeling Directieve Therapie van de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen in Tienen, België. Walter Vandereycken is hoogleraar psychiatrie aan de K.U. Leuven en diensthoofd van de afdeling Directieve Therapie van de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen in Tienen, België.

Samenvatting Op de afdeling Directieve Therapie van de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen te Tienen wordt sinds enkele jaren geëxperimenteerd met familiegroepstherapie bij jongeren met een eetstoornis. De evolutie in het gezinstherapeutisch denken weerspiegelt zich in deze werkvorm. Zo is de huidige vorm grotendeels geïnspireerd door de zienswijze van de Engelse psycholoog en gezinstherapeut Ivan Eisler. Daarnaast vormt ook het feit dat een eetstoornis dikwijls gepaard gaat met relationele moeilijkheden en separatieproblemen een rode draad door het verloop van deze interventie. Naast een kort overzicht van theoretische achtergronden, beschrijven we in dit artikel de doelstellingen en de concrete toepassingen van de familiegroepstherapie geïllustreerd met casuïstiek. De meerwaarde en de beperkingen van deze werkwijze worden toegelicht.

EETSTOORNISSEN EN GEZINSFUNCTIONEREN

De plaats van het gezin bij de ontwikkeling en behandeling van eetstoornissen staat al meer dan een eeuw ter discussie. Over anorexia nervosa en boulimia nervosa zijn diverse theorieën voorgesteld, allerlei onderzoeken uitgevoerd en uiteenlopende behandelvormen gepropageerd. De meeste therapeuten zijn het erover eens dat minstens de ouders betrokken moeten worden bij de behandeling van een jongere met een eetstoornis.² Maar de vorm van de interventie en de rationale ervan kunnen erg verschillend zijn. In wat volgt

1 Correspondentieadres: lies.depestele@fracarita.org

2 Omdat we alleen met vrouwelijke patiënten werken, zal in dit artikel steeds gesproken worden van 'zij' of 'haar'. Indien er belangrijke verschillen zijn in het type eetstoornis, vermelden we specifiek boulimia nervosa of anorexia nervosa.

beschrijven we kort de evolutie in zienswijze en de gevolgen ervan voor de plaats van het gezin in de behandeling van eetstoornispatiënten.

LIES DEPESTELE &
WALTER
VANDEREYCKEN

Evolutie binnen de gezinstherapie

In de vroegere gezinstherapeutische beschrijvingen van anorexia nervosa werd expliciet of impliciet met de vinger gewezen naar 'het gezin' als verklaring voor het ontstaan van de eetstoornis. In de hoogtijdagen van de gezinstherapie, in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw, meende Salvador Minuchin dat anorexia nervosa een uitdrukking was van het gezinsdisfunctioneren. De eetstoornis kwam tot ontwikkeling in een gezin gekenmerkt door rigiditeit, emotionele verstrengeling en conflictvermijding (Vanderlinden, 2002). Vanuit deze opvatting over het 'psychosomatische gezin' stelde Minuchin een structurele gezinstherapie voor die een verandering beoogde in de disfunctionele gezinsinteracties. Hoewel deze visie weinig *evidence based* was en ook enige tijd ernstig bekritiseerd werd, vormde de aanpak toch de aanleiding voor de eerste methodologisch betrouwbare onderzoeken aan het Londense Maudsley Hospital (Institute of Psychiatry) van gezinstherapie bij anorexia nervosa (Le Grange, 2005).

In het zogenaamde Maudsley-model krijgen ouders een primaire rol in de behandeling: het accent ligt op de samenwerking tussen de gezinsleden met als doel het kind met anorexia ertoe te brengen weer normaal te eten. Een belangrijke bijdrage van deze visie is het 'externaliseren' van de eetstoornis: ouders werden aangemoedigd een onderscheid te maken tussen de anorexia of de boulimie als ziekte en hun dochter als persoon, om zo te komen tot een gezamenlijk gevecht tegen de eetstoornis in plaats van onderling met elkaar in de strijd te gaan ('expressed emotion', Rhodes et al., 2005). In plaats van een structurele gezinstherapie à la Minuchin ontwikkelde het Maudsley-model zich tot een meer stoornisgerichte gezinstherapie met de focus op de stoornis van de aangemelde patiënt én op de manier waarop de gezinsleden de stoornis in stand houden of zelfs bekrachtigen (Lange, 2006).

Intussen gaat men er steeds meer vanuit dat een eetstoornis zich kan ontwikkelen in zeer uiteenlopende gezinscontexten (Vanderlinden, 2002; Eisler, 2005). In de recente opvattingen overheerst het idee dat de familie zich geleidelijk aan rond een stoornis organiseert. Er ontstaat een aanpassingsproces waarin ieder gezinslid betrokken raakt, en dat heeft op zijn beurt invloed op de psychische stoornis (Lemmens et al., 2007). In navolging van deze visie

FAMILIEGROEPS-
THERAPIE BIJ
JONGEREN MET EEN
EETSTOORNIS

verlaat Eisler (2005) nadrukkelijk de klassieke lineaire hypothese waarbij bepaalde gezinsinteracties als oorzaak van een eetstoornis beschouwd worden. Hij gaat op zoek naar gelijksoortige ervaringen van families die samenleven met een eetstoornispatiënt. Binnen deze gezinnen vallen immers vergelijkbare tendensen op. Het gezin gaat zich als het ware ‘organiseren’ rond de eetstoornis, waardoor er een soort controlemechanisme ontstaat waarbij de eetstoornis steeds meer impact heeft op het gezinsleven. Dit proces verloopt op systeemniveau parallel aan het individuele ziekteproces; zoals ook in het leven van de patiënt de eetstoornis steeds meer levensdomeinen ‘besmet’, gebeurt dit ook op het niveau van het gezin. Ondanks het feit dat dit organisatieproces verschilt naargelang het gezin, onderscheidt Eisler (2005) zes tendensen die binnen deze gezinnen herkenning oproepen.

- *De centrale rol van het symptoom binnen het gezinsleven.* In de meeste gezinnen komt de eetstoornis centraal te staan, hetzij als een taboe waarover men niet durft te spreken, hetzij als het enige thema dat nog bespreekbaar is.
- *De focus op het hier en nu.* Het gehele gezin raakt gefocust op de huidige maaltijd. Een maaltijd die minder goed verloopt, wordt iets onoverkomelijks en gaat de gehele gezinssfeer bepalen.
- *Beperking van mogelijke interactiepatronen (het ‘bevroren’ gezin).* Het gezin wordt te angstig om dingen anders dan routineus aan te pakken. Gezinsleden beseffen dat hun handelswijze niet zinvol is maar dat ze bang zijn om het anders aan te pakken.
- *Versterking van het disfunctioneren.* In confrontatie met een levensbedreigende problematiek worden bepaalde interactiepatronen versterkt (bijvoorbeeld een intensere moeder-dochterrelatie). Deze patronen worden dikwijls geïnterpreteerd in termen van pathologie eerder dan in termen van aanpassing aan het probleem.
- *Moeilijkheden in het oplossen van levensfaseproblemen.* Door de stress die een eetstoornis met zich meebrengt, ervaart een gezin normale levensfaseproblemen sneller als belastend.
- *Machteloosheid.* Betrokken ouders voelen zich meestal buiten spel gezet in de confrontatie met een eetstoornis. Ze voelen zich hulpeloos en machteloos.

De machteloosheid van de ouders ontspoort soms in onhandige en zinloze opvoedingsstrategieën. Ze komen terecht in extreme posities, hetzij in overaanpassing aan de eetproblematiek (inwilliging van alle ‘grillen’) om op die manier de angst van hun dochter te verminderen of weg te nemen, hetzij in verwerping of ontkenning van

de symptomen, wat zich kan uiten in harde strijd, denigrerende reacties of dreigementen. In de praktijk resulteert dit geregeld in een polarisatie tussen beide ouders. Moeders neigen meestal tot 'overaanpassing' in tegenstelling tot vaders die sneller een 'strijd' met hun dochter aangaan. Bestaande relatieproblemen werken deze polarisatie in de hand, maar anderzijds kan de polarisatie ook voor relationele spanningen zorgen. Het onderzoeken van dit organisatie- en aanpassingsproces met zijn bijbehorende omgangsvormen biedt uitstekend therapeutisch materiaal binnen familiegesprekken.

LIES DEPESTELE &
WALTER
VANDEREYCKEN

De eetstoornis vanuit relationele invalshoek

In het licht van de beschreven systemische organisatieprocessen is het interessant om ook de interpersoonlijke en relationele betekenis van het symptoomgedrag bij eetstoornissen nader te bekijken. Tantillo (2006) noemt eetstoornissen de 'diseases of disconnection'. Zij verwijst met dit begrip naar een soort vervreemding zowel van de innerlijke belevingswereld als van de belevingswereld van anderen. Tantillo interpreteert de eetstoornis als een manier om alle verbinding te vermijden. Daarbij merkt zij ook de 'vervreemding' op binnen de families die met een dergelijke stoornis te maken krijgen; gezinsleden raken ten einde raad en zijn voortdurend op hun hoede uit angst de eetstoornis erger maken. Vaak is er bij gezinsleden zelf sprake van toenemend sociaal isolement.

Het onderscheiden symptoompatroon bij boulimia nervosa en anorexia nervosa kan ook gebruikt worden als metafoor voor de relationele extremen waarin deze patiënten neigen te vervallen. Janssen (2004) merkt op dat deze jongeren ofwel volledig autonoom gaan functioneren met verlies van verbondenheid, ofwel puur symbiotische relaties aangaan met verlies van autonomie. 'Restrictief anorectische patiënten zetten zichzelf op een "relationeel dieet" en hebben het erg moeilijk om hun deel van de zorg en aandacht rechtstreeks tot zich te nemen. Alhoewel hun uitgemergelde lichaam een niet te miskennen schreeuw om aandacht vormt, blijven zij hun zorg- en aandachtshonger tegenover zichzelf en de omgeving hardnekkig ontkennen.... Boulimische patiënten zullen zich daarentegen eerder omringen met veel mensen en zich hongerig te goed doen aan overvloedige zorg en aandacht tot ze oververzadigd zich schuldig afkeren en zichzelf een streng dieet voorschrijven' (Janssen, 2004, p. 170).

Met het oog op dit kenmerkend interpersoonlijk functioneren zijn verschillende onderzoeken gedaan naar het verband tussen eetstoornissen in het algemeen en hechtingsstijl (Evans & Wertheim, 2005; Nicolai, 2002; Ward et al., 2000a+b). Zo zouden eetstoornis-

patiënten significant een meer angstige en vermijdende hechting vertonen en zich minder veilig voelen. Armstrong en Roth (1989, in Ward et al., 2000a) menen dat de eetstoornis een cruciale rol speelt in de individuatie-separatiestrijd van de patiënten. De eetstoornis zou een manier zijn om in verbinding te blijven met hun ('onbetrouwbare') hechtingsfiguur zonder dat er kans bestaat op verwerping door deze hechtingsfiguur. Deze auteurs verklaren de eetstoornis als een schijnoplossing voor een paradoxale situatie. Ward en medewerkers (2000b) kwamen ook tot de bevinding dat personen met een eetstoornis significant vaker onveilig gehecht zijn. Zij vonden hogere scores op zowel de vermijdende hechting als op de angstig-gepreoccupeerde hechtingsstijl. Deze ambivalentie wordt vaak ervaren door de betrokken hulpverleners: zo vraagt bijvoorbeeld de anorexiapatiënte met haar uitgemergelde lichaam zorg, en toch sluit zij zich vaak af van haar omgeving ('You can't leave me I'm dying' versus 'Leave me alone!', zie Ward et al, 2000b). Deze ambivalentie vertaalt zich dikwijls in een separatieprobleem met belangrijke implicaties voor de manier waarop deze patiënten omgaan met hun naaste omgeving in het algemeen en voor het opvoedingsproces en het gezinsfunctioneren in het bijzonder. In het therapeutisch werken met deze patiënten is het separatieprobleem herkenbaar in de moeilijkheden die velen ondervinden in het loskomen van hun gezin van oorsprong; ofwel nemen zij resoluut een verwerpende houding aan, ofwel kleven zij zich vast aan (een van) hun ouders en komen zij niet tot de uitbouw van een zelfstandig leven.

Zonder in dit verband uitspraken te doen over causaliteit kunnen we concluderen dat een eetstoornis vaak gepaard gaat met relationele moeilijkheden die zich ondermeer uiten in een separatieprobleem. Naast de eetstoornis op zichzelf hebben deze moeilijkheden ook consequenties voor het organisatieproces van het gezin en dus ook implicaties voor de behandeling. We illustreren dit nu met het voorbeeld van de familiegroepstherapie zoals die in onze praktijk vorm heeft gekregen.

FAMILIEGROEPSTHERAPIE: RATIONALE EN CONCRETE TOEPASSING

Een ontschuldigende, explorerende kijk op het gezinsfunctioneren bij jongeren met een eetstoornis zorgt voor een constructieve en ondersteunende werkrelatie in het werken met deze gezinnen. Ouders worden niet meer benaderd in de zondebokrol, maar beschouwd als partners in de behandeling van hun dochter. Vanuit deze basisattitude gaan we eclectisch te werk. Een narratieve explo-

FAMILIEGROEPS- THERAPIE BIJ JONGEREN MET EEN EETSTOORNIS

ratie van het organisatieproces van een gezin staat voorop. Omdat binnen deze gezinnen een zekere bijsturing nodig is, hanteren we ook een structureel en psycho-educatief kader. Zoals hiervoor beschreven, stelt een eetstoornis de gezinsdynamiek immers zwaar op de proef. Ouders maken daardoor vaak gebruik van ontoereikende of disfunctionele copingsstrategieën (Vandereycken & Depestele, 2006). Vanuit hun machteloosheid gaan ze extreme omgangsvormen hanteren waardoor ze bijvoorbeeld erg schuldinducerend reageren op hun dochter. Of er ontstaat een separatieprobleem waarbij de jongere belemmerd wordt om ontwikkelingstaken passend bij de adolescentie uit te voeren. Dit zijn slechts enkele voorbeelden van hoe het opvoedings- en ontwikkelingsproces bij deze jongeren kan ontsporen. De ouder-kindrelatie zal bijgevolg behoefte hebben aan pedagogische bijsturing om de invloed van het eetgestoord gedrag zoveel mogelijk te beperken. En dit met oog op het op gang brengen van de normale ontwikkeling van de adolescent. Vanzelfsprekend verloopt een dergelijke 'bijsturing' moeizaam en daarbij is heel wat zelfreflectie van ouders en dochters vereist. Om dit te bewerkstelligen laten wij ons vooral inspireren door het reeds geciteerde werk van Ivan Eisler (2005), omdat hij een bijzondere dubbele ervaring heeft: hij werkt al twee decennia gezinstherapeutisch met eetstoornispatiënten en de laatste jaren heeft hij zich vooral beziggehouden met familiegroepstherapie (*multifamily therapy*).

Hoewel met familiegroepstherapie reeds in de jaren zestig van de vorige eeuw geëxperimenteerd werd bij schizofrene mensen en hun families, en later ook bij tal van andere problematieken, is het gebruik van deze therapievorm bij eetstoornispatiënten relatief nieuw (Rhodes et al., 2005). Eisler is van mening dat deze werkvorm juist bij hen zeer zinvol kan zijn, omdat deze families zich vaak sociaal gaan isoleren en zich gestigmatiseerd voelen. Door de gelijkenissen in deze gezinnen biedt familiegroepstherapie een mogelijkheid dat betrokken gezinsleden zich in elkaar herkennen en zich minder geïsoleerd gaan voelen. De beschreven organisatieprocessen zijn immers voor veel gezinnen erg herkenbaar en daarbij worden 'correcties' makkelijker aanvaard wanneer ze uit de mond komen van 'lotgenoten', zoals andere ouders of jongeren (Vandereycken & Depestele, 2006). Anderzijds bieden juist de verschillen tussen de gezinnen binnen de familiegroepstherapie een mogelijkheid tot leren van elkaar en dus tot verandering (Rhodes et al., 2005).

Binnen het therapieprogramma eetstoornissen van de afdeling directieve therapie van de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen te Tienen is de familiegroepstherapie of 'gezinsgroep' ontstaan vanuit een psycho-educatieve en oplossingsgerichte opzet, met het oog

LIES DEPESTELE &
WALTER
VANDEREYCKEN

op het leren omgaan met moeilijkheden die het leven met een (dochter met een) eetstoornis met zich meebrengt (Noorduyn & Vandereycken, 2003). De gezinsgroep kent de laatste jaren een evolutie waarbij de doelstelling om meer therapeutisch stil te staan bij het gezinsfunctioneren steeds explicieter nagestreefd wordt (Vandereycken & Depestele, 2006). De huidige opzet is te omschrijven als een narratieve therapiegroep met psycho-educatieve elementen. Er wordt getracht gezinnen op een ervaringsgerichte manier te laten reflecteren op hoe zij met elkaar en met eetgestoord gedrag omgaan. Kort samengevat beoogt deze werkvorm het exploreren van interactiepatronen én het experimenteren met nieuwe omgangsvormen.

FAMILIEGROEPS-
THERAPIE BIJ
JONGEREN MET EEN
EETSTOORNIS

Het therapieprogramma voor eetstoornissen

De gezinsgroep vindt plaats in de context van een gespecialiseerde residentiële setting voor patiënten met een eetstoornis. Meisjes met een eetstoornis kunnen vanaf hun vijftiende jaar opgenomen worden (gemiddelde leeftijd ligt tussen 17 en 23 jaar). Het therapieprogramma is eclectisch in werkwijze binnen een overwegend cognitief-gedragstherapeutisch kader. Alle therapieën en ook de maaltijden vinden plaats in groepsverband (gemiddeld tien patiënten per groep). Binnen de groepswerking wordt ingegaan op het individuele traject van de patiënt zowel wat betreft uiteenlopend symptoomgedrag als met betrekking tot onderliggende thema's. Gezien het eerder beschreven separatieprobleem dat kenmerkend is voor deze populatie, staan autonomie en het nemen van eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van het eigen leven (in de eerste plaats de eigen gezondheid) centraal gedurende de hele behandeling. Concreet wordt er gebruikgemaakt van groepstherapie, voedingseducatie, psychomotorische therapie en creatieve therapie (beeldend en drama). De behandeling bestaat uit drie fasen: motivatie, therapie en ontslag.

Alle patiënten starten met een *kennismakingsweek*. Ze leren de afdeling en haar werkwijze kennen en moeten op het einde van de proefweek beslissen of ze wensen te blijven. De ouders krijgen daarbij de boodschap geen druk uit te oefenen, zodat hun dochter een echte keuze voor zichzelf kan maken. Wanneer de patiënte deelname aan het behandelprogramma in overweging wil nemen, stapt ze over naar een *motivatiegroep*. In maximaal drie weken krijgt ze de gelegenheid om de voor- en nadelen van verandering op een rijtje te zetten en om te beslissen of ze zich gaat engageren in het langdurig therapieprogramma dan wel kiest voor ambulante behandeling. Het team neemt een kritische houding aan, waarbij de patiënte door con-

LIES DEPESTELE &
WALTER
VANDEREYCKEN

crete acties (bijvoorbeeld regelmatig eten en gewicht winnen) moet aantonen dat ze daadwerkelijk klaar is voor het intensieve therapieprogramma. In lijn met het principe van zelfdeterminatie neemt de patiënte telkens zelf een beslissing en komt ze tot de intern gemotiveerde keuze 'ik wil veranderen' (Janssen, 2004; Vandereycken, 2005). Aangezien ambivalentie eigen is aan eetstoornissen, spreekt het voor zich dat het motivationele thema het hele behandelingsproces kleurt. Ook al dringt het probleembesef door, toch blijft er lange tijd een tweestrijd bestaan tussen enerzijds het willen loslaten van de eetstoornis en anderzijds de angst voor een leven zonder eetstoornis.

Tijdens de *behandelingsfase* gaan patiënten in op de betekenis van hun eetstoornis, de onderliggende problemen (bijvoorbeeld zelfbeeld, separatie-individuatie, seksualiteit) maar ook op thema's zoals steun vanuit de omgeving, sociale contacten, problemen in het gezin, enzovoort. Ze krijgen steeds meer inzicht in hun functioneren en ze leren ook beter hun gevoelens uiten zowel binnen de eigen therapiegroep als binnen de context van gezin of leeftijdgenoten. Tijdens de *ontslagfase* van enkele weken wordt de overgang van de kliniek naar het gewone leven voorbereid. Er worden praktische schikkingen getroffen (zoals de start van ambulante nazorg) maar er wordt ook therapeutisch gewerkt rond terugvalpreventie.

Bij minderjarigen worden de *ouders* zoveel mogelijk betrokken. Alle ouders worden uitgenodigd voor een gesprek met de gezinstherapeut, waarbij wordt nagegaan hoe de verdere samenwerking met de ouders vorm kan krijgen. Bij de indicatiestelling speelt ook overleg met de betrokken patiënten en het team een belangrijke rol. Op de afdeling omvat de familiewerking naast aparte gezins- en oudergesprekken verschillende gezinsgerichte werkvormen: psycho-educatieve oudergroepen, begeleide zelfhulp en familiegroepstherapie (Vandereycken & Depestele, 2006). Met deze variatie wordt gepoogd iets te bieden op maat van elke familie: informatief-educatief, ondersteunend of meer therapeutisch werken. In deze bijdrage gaan we dieper in op onze ervaring met familiegroepstherapie, verder de 'gezinsgroep' genoemd.

Rationale en doelstellingen van de gezinsgroep

Op basis van de beschreven conceptuele achtergrond kunnen we de rationale van het gezinswerk op de afdeling eetstoornissen als volgt samenvatten.

- In overeenstemming met de structurele visie van Minuchin wordt aangenomen dat interacties en relaties binnen een gezin met een eetstoornis ernstig verstoord kunnen zijn.

- Deze verstoorde gezinsinteracties worden eerder beschouwd als gevolg van de eetstoornis dan als oorzaak ervan.
- In navolging van het Maudsley-model wordt de eetstoornis geëxternaliseerd van de patiënte. Anderzijds wordt de verantwoordelijkheid om iets te doen aan haar probleem nadrukkelijk bij de patiënte zelf gelegd. Ouders worden gesteund in het vinden van een evenwicht tussen enerzijds het ondersteunend, afgrenzend en beschermend aanwezig zijn en anderzijds het geleidelijk aan teruggeven van gezonde verantwoordelijkheden aan hun dochter.
- Een eetstoornis wordt beschouwd als een ‘ziekte’ die zich bij adolescenten vaak uit in separatieproblemen. Het op eigen benen leren staan wordt beschouwd als een van de belangrijkste ontwikkelingstaken van deze adolescenten. De dynamiek tussen loskomen van thuis en ouders toch nog nodig hebben, vormt een belangrijk gezinstherapeutisch thema.

FAMILIEGROEPS-
THERAPIE BIJ
JONGEREN MET EEN
EETSTOORNIS

Aanvankelijk bestond de gezinsgroep uit drie vooral educatieve sessies waarvan de structuur vastlag (Noorduin & Vandereycken, 2003), maar dat aantal is nadien uitgebreid naar zes sessies. Zo kon de gezinsgroep ook inhoudelijk en methodisch groeien naar meer diepgang en meer explorerend therapeutisch werk. Binnen de huidige opzet van de gezinsgroep kunnen we de vooropgestelde doelstellingen als volgt omschrijven.

- Het gezin komt tot reflectie over het eigen functioneren met betrekking tot de eetstoornis en de ontwikkelingstaken van een adolescent.
- Binnen het gezin wordt een gezonde communicatie op gang gebracht en gestimuleerd.
- Experimenteergedrag met nieuwe omgangsvormen wordt uitgelokt en aangemoedigd.
- Deelnemers komen tot meer inzicht in en begrip voor eetstoornissen.

Werkwijze van de gezinsgroep

Aan de ouders van minderjarige jongeren (of adolescenten die nog thuis wonen) wordt bij het eerste individuele oudergesprek deelname aan de gezinsgroep aangeboden als een mogelijkheid binnen de familiewerking van de afdeling. De gezinsgroep wordt voorgesteld als een therapeutische werkvorm in contrast met de meer vrijblijvende psycho-educatieve oudergroepen (discussie- en voorlichtingsbijeenkomsten om de drie weken waarop alle ouders zijn uitgenodigd). Van de deelnemers aan de gezinsgroep wordt een interactieve parti-

cipatie verwacht en de bereidheid meer persoonlijke thema's te bespreken in aanwezigheid van andere gezinnen. De gezinsgroep bestaat meestal uit vier à vijf ouderparen en hun opgenomen dochter. De zes sessies worden gespreid over twee maanden en vinden 's avonds plaats, van 18 tot 21 uur (als er ook samen gegeten wordt) of van 19 tot 21 uur. De sessies worden geleid door een gezinstherapeut met een co-therapeut, meestal iemand van het verpleegkundig team.

LIES DEPESTELE &
WALTER
VANDEREYCKEN

Sessie 1

De eerste sessie is gericht op kennismaking met de deelnemers en geeft een voorproefje van de manier van werken. Er wordt gevraagd dat de gezinsleden elkaar voorstellen. De therapeut stelt dan bijkomende vragen om een positieve sfeer te creëren: 'Wat vind je heel leuk bij je dochter?', 'Wat is er typerend voor jullie gezin?'. Tijdens deze voorstelling ervaren deelnemers een drempel die ze moeten overwinnen: wat kan ik over onze relatie wel en niet vertellen in deze groep? Bij een dergelijke voorstelling worden reeds de eerste verbindingen binnen en tussen gezinnen gelegd.

De vader van Elise slaagt er niet in om iets positiefs te vertellen over zijn achttienjarige dochter die aan boulimia nervosa lijdt. Moeder wil graag bijspringen, maar de oefening maakt deze oude omgangsvorm niet mogelijk. Elise is erg ontgoocheld in haar vader; ze reageert boos en emotioneel. Naar aanleiding daarvan wordt een deel van de gezinsproblematiek duidelijk voor de groepsleden, die op hun beurt zowel naar Elise als naar haar vader hun steun en herkenning uiten. Ondanks deze moeilijke eerste sessie blijven Elise en haar beide ouders de gehele reeks volgen.

Na de voorstellingsronde wordt een groepsgesprek gevoerd aan de hand van een aantal psycho-educatieve stellingen (bijvoorbeeld 'therapie is niet alleen maar praten maar ook doen', 'een eetstoornis is een luxeprobleem'). Hoewel deelnemers vrij zijn om tijdens de sessies in meer of mindere mate op de achtergrond te blijven, is het de bedoeling dat allen een interactieve sfeer aanvoelen.

Sessie 2 en 3

Deze sessies worden gestart met een gezamenlijke broodmaaltijd. Afhankelijk van hun individuele therapieverloop kunnen de dochters hun voorziene maaltijd van de afdeling meebrengen, of als zij

daar binnen hun behandelplan aan toe zijn, kunnen zij gewoon meeten met wat voor de ouders voorzien wordt. Meestal wordt het samen eten zowel door ouders als door dochters ervaren als een belangrijk sociaal moment; sommige groepen zetten op eigen initiatief dit samen eten verder, maar dan buiten de kliniek.

FAMILIEGROEPS-
THERAPIE BIJ
JONGEREN MET EEN
EETSTOORNIS

Met het oog op de gezamenlijke maaltijd worden tijdens de eerste sessie tafelafspraken besproken en ook het belang van een ontspannen sfeer aan tafel. Een vader vraagt tijdens de maaltijd: 'Mag ik jullie vragen of dit niet te moeilijk is?' Daarop krijgt hij van de deelnemende meisjes een duidelijk antwoord over wat zij wel en niet als helpend ervaren aan tafel.

Tijdens de tweede en derde sessie wordt voornamelijk gewerkt rond inleving en waarneming door de ogen van anderen. Door opdrachten worden ouders en dochter gestimuleerd zich in elkaars wereld in te leven en dat te verwoorden. Zo krijgen de gezinsleden de opdracht van rol te wisselen (bijvoorbeeld moeder speelt vader, vader speelt dochter en dochter speelt moeder) en vanuit deze positie te vertellen over hun beleving van het afgelopen weekend. Dit biedt gezinsleden de kans om erkenning te geven aan hetgeen hun partner, ouder of dochter als moeilijk ervaart. De oefening biedt daarbij interessante mogelijkheden voor circulaire vraagtechnieken en zorgt tegelijk ook voor wat humor en ontspanning in de groep.

Sara brengt in de rol van haar moeder op een genuanceerde manier het relatieprobleem van haar ouders ter sprake. In de rol van moeder vertelt Sara dat haar man vaak afwezig is en dat zij er dan alleen voor staat. Ook benadrukt ze dat ze een gezamenlijk gezinsleven erg mist en graag wat meer tijd samen wil doorbrengen. Op zijn beurt geeft vader, in de rol van Sara, erkenning aan dit probleem. Hij erkent dat de vader van Sara vaak afwezig is en het moeilijk vindt om een avond thuis met zijn gezin door te brengen.

Belangrijk bij een dergelijke opdracht is het terugkoppelingsmoment in het individuele gezin: elk gezin wordt na de oefening eventjes apart gezet met als opdracht een gemeenschappelijk werkpunt voor het komende weekend te vinden. Deze korte nabespreking zorgt ervoor dat de opdracht geen losse flodder is waarmee verder niets gebeurt. De overeengekomen werkpunten worden dan kort besproken in de gezinsgroep en in de volgende sessies geëvalueerd.

LIES DEPESTELE &
WALTER
VANDEREYCKEN

De moeder van Kim geeft in deze oefening aan dat de week-ends wel erg ‘gepland’ verlopen; Kim kan niet afwijken van vaste etenstijden waardoor het gezin weinig vrijheid ervaart. Naar aanleiding hiervan wisselen Kim en medepatiënten tips uit hoe ze dat kan leren. Kim past deze toe waardoor de volgende weekends op dit punt vlotter verlopen.

Sessie 4 en 5

Deze sessies zijn bedoeld om een blik te werpen op hoe deze gezinnen hun eigen functioneren en het functioneren van de andere gezinnen ervaren. Daarbij krijgen ze de vraag welke aspecten ze als positief beoordelen en welke aspecten ze willen bijsturen. Een interessante toegangspoort tijdens deze sessies biedt het werken met het concept ‘gezinsregels’ (Tantillo, 2006). Na een groepsgesprek over wat onder gezinsregels verstaan kan worden en wat precies het onderscheid is tussen impliciete en expliciete gezinsregels, gaan de gezinnen opnieuw apart aan de slag. Nadien worden ze uitgenodigd om in de gezinsgroep te vertellen over de gevonden gezinsregels.

Laurien, vijftien jaar en opgenomen wegens anorexia nervosa, is erg prestatiegericht. Naar aanleiding van een groepsdiscussie over gezinsregels en perfectionisme vertelt de moeder van Laurien dat ze van haar dochter nooit verwachtte een ‘perfecte dochter’ te zijn. Ze was immers nooit boos als haar schoolresultaten wat minder waren. Via het concept impliciete regels komt deze moeder tot het besef dat ze door haar eigen plichtsbewuste levenswijze ook een impliciete verwachting doorgeeft aan haar dochter. ‘Toch wil ik helemaal niet dat jij een perfecte dochter bent’, zegt mama uiteindelijk tegen Laurien, die deze boodschap als erg opluchtend ervaart.

Naar aanleiding van dit gesprek vraagt de vader van een andere patiënte aan de therapeut: ‘Denken jullie dat er een oorzakelijk verband is tussen het soort gezinsregels en het krijgen van een eetstoornis?’ De therapeut gaat niet meteen in op zijn vraag maar komt er later wel op terug: ‘Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat gezinstherapie – namelijk nadenken over je eigen functioneren als gezin – een belangrijke bijdrage kan leveren aan het herstelproces van een eetstoornispatiënt. Dat is de reden waarom we hier een oefening over gezinsregels doen’. Een korte uitleg over het waarom van sommige opdrachten blijkt belangrijk

voor ouders die zich nadien minder bekritiseerd voelen in hun ouderrol of hun manier om dingen aan te pakken. Dit is merkbaar bij de moeder van Laurien, die zich vrijer voelt om meer te vertellen over haar eigen perfectionisme en dwangmatigheid. Ook een andere moeder geeft te kennen dat ze een zeer plichtsbewuste en prestatiegerichte levenswijze heeft en op deze manier waarschijnlijk ook model heeft gestaan voor haar eveneens perfectionistische dochter.

FAMILIEGROEPS-
THERAPIE BIJ
JONGEREN MET EEN
EETSTOORNIS

Een andere boeiende oefening is de 'gezinssculpting'. De gezinnen krijgen de opdracht een ander gezin uit de groep uit te beelden zoals ze dat gezin tot dan toe hebben leren kennen. We doen dit aan de hand van een standbeeldoefening: gezin A krijgt de opdracht gezin B uit te beelden en gebruikt de leden van gezin C als standbeeld. Gezin B krijgt de opdracht om te observeren en in de nabespreking wordt nagegaan hoe de leden van B het gezin zelf ervaren en vooral wat ze veranderd willen zien. Verrassend is hoe snel gezinnen elkaar leren kennen na slechts een viertal sessies: er worden zeer treffende standbeelden gemaakt, wat vaak erg confronterend is voor de betrokken gezinnen. Daarom krijgt elk gezin de suggestie het 'beeld' in gedachten te bewaren en er thuis nog wat over na te praten. In de laatste sessie kan hierop nog even teruggekomen worden.

Door de sessies heen is de communicatie in het gezin van Elise erg moeizaam op gang gekomen. Tijdens de informele momenten wendt vader zich minder af en zit hij dicht bij zijn vrouw en dochter. Elise heeft de neiging om impulsief en bruusk toenadering te zoeken tot haar vader, die dat meer gaat toelaten. Dit wordt door de andere deelnemers opgemerkt; ook thuis is er geëxperimenteerd. Ook met haar broer, die niet aan de sessies deelnam, zou het contact verbeterd zijn. Elise zegt zelf hierover dat ze door haar ervaringen in haar eigen therapiegroep in staat was om op een adequatere manier te communiceren met haar ouders, waardoor haar vader toegankelijker wordt en meer toenadering toelaat. Dit ervaart zijzelf als een belangrijke stap naar het loskomen van haar ouders, omdat ze nu 'durft' zelfstandig worden, terwijl ze vroeger bang was om dan haar ouders helemaal te verliezen. De andere gezinnen van de gezinsgroep tonen deze evolutie in de sculpting die ze van Elise en haar ouders maken. Naar aanleiding van de sculpting kan ook de vader aangeven dat hij het hechter worden van het gezin als positief ervaart.

Sessie 6

LIES DEPESTELE &
WALTER
VANDEREYCKEN

De laatste sessie anticipeert op het leven na afloop van de opname in de kliniek. Er wordt stilgestaan bij wat elk gezin uit de afgelopen sessies over zichzelf geleerd heeft. Mogelijke valkuilen en noodscenario's worden besproken. Daarbij wordt terugval gekaderd als een normaal aspect binnen het herstelproces; het accent wordt gelegd op wat men kan doen bij (tekenen van) een terugval. In deze sessie wordt soms gebruikgemaakt van de *goldfish-bowl*: een subgroep, bijvoorbeeld de ouders, bespreekt hoe zij vooruitblikken op het ontslag en welke moeilijkheden zij voorzien. De tweede subgroep, bijvoorbeeld de dochters, krijgt de opdracht enkel te luisteren en niet tussenbeide te komen. Nadien kunnen zij commentaar geven op wat zij gehoord hebben. Ten slotte kan iedereen nog zijn indrukken kwijt over het verloop van de gezinsgroep.

Marieke (zestien jaar) gaat met ontslag en ergert zich aan haar moeder die opnieuw een controlerende houding aanneemt, terwijl dit tijdens de eerdere weekends thuis volledig verdwenen was. De moeder geeft toe erg bang te zijn dat haar dochter zal terugvallen. Ze heeft van een vriendin vernomen dat Marieke tijdens een maaltijd opvallende 'anorectische' gewoontes vertoonde (bijvoorbeeld eten in kleine stukjes snijden), zoals ze deed vóór haar opname. Marieke is hierover erg verontwaardigd; zij wil dat haar omgeving haar nu vertrouwt. Ze krijgt bijval van haar medepatiënten die aan de moeder van Marieke uitleggen dat ze haar dochter niet helpt met een controlerende houding. Anderzijds geven ze Marieke te kennen dat ze geduld moet hebben vooraleer het vertrouwen volledig terug is. Bovendien moet ze wel duidelijk zijn over haar eetgedrag. Tijdens de sessie slagen Marieke en haar moeder erin om zich in elkaars positie in te leven. De moeder ziet in dat ze voor een nieuwe uitdaging staat en moet leren haar dochter 'los te laten'.

Bijdragen en beperkingen van de gezinsgroep

Een van de belangrijkste bijdragen die de gezinsgroep levert aan de behandeling van een eetstoornis, is vermoedelijk het gevoel van solidariteit dat tussen de gezinnen groeit. Reeds na de eerste sessie geven deelnemers dat aan: door zich te herkennen in anderen ervaren ze vaak een gevoel van opluchting. De patiënten zelf ervaren die solidariteit in hun eigen therapiegroep op de afdeling, maar voor ouders is

FAMILIEGROEPS-
THERAPIE BIJ
JONGEREN MET EEN
EETSTOORNIS

dit vaak de eerste keer dat ze zich echt begrepen en erkend voelen door anderen. Omdat deze gezinnen makkelijk verstrikt raken in bepaalde omgangsvormen en de flexibiliteit missen om te experimenteren met ander gedrag, biedt de gezinsgroep een mogelijkheid om zich te spiegelen aan andere gezinnen, die hetzelfde meemaken maar er misschien anders mee omgaan. Het feit dat de therapeut de expertpositie expliciet verlaat, laat de gezinnen toe om zich veel competentier te voelen dan bijvoorbeeld binnen individuele gezinsgesprekken mogelijk is. De groep verloopt meestal ook meer ontspannen en informeler dan bij individuele gezinssessies, waarin ouders zich sneller bekritiseerd voelen. De gezinsgroep maakt het verder mogelijk dat ouders ook als groep een plek krijgen binnen de behandeling van hun dochter. In die zin vormt zij een verlengstuk van de groepsgerichte aanpak die eigen is aan het therapieprogramma op de afdeling.

Toch zijn er ook beperkingen en valkuilen gekoppeld aan de gezinsgroep. Hoewel eerder is opgemerkt dat de voorkeur uitgaat naar een heterogene groepssamenstelling van zowel patiënten met anorexia nervosa als met boulimia nervosa, hebben we tot nog toe vaak een overwicht van gezinnen met een anorexiapatiënt. Een dergelijke groep verloopt soms stroever en patiënten zelf neigen ertoe zich eerder terughoudend en passief op te stellen. Hoewel het niet veralgemeend mag worden, is dit interactiepatroon typerend voor deze patiënten in vergelijking met boulimiepatiënten. Daarom hebben we een voorkeur voor enige heterogeniteit (zie ook de paragraaf *De eetstoornis vanuit relationele invalshoek*). Passiviteit en terughoudendheid van patiënten wordt nog versterkt als ouders vervallen in het 'ventileren' van hun frustraties over het sociale isolement en het onbegrip waar ze in de buitenwereld op botsen. Om dit op te vangen, wordt ouders aangeraden deel te nemen aan de discussiegroep voor ouders (om de drie weken georganiseerd, parallel aan de psycho-educatieve ouderavonden, en geleid door een 'ervaringsdeskundige' ouder; zie Louwies & Vandereycken, 2005). Dit ventileren heeft namelijk vaak als effect dat dochters zich nog schuldiger en minderwaardiger gaan voelen. Als de spanning ('expressed emotion') binnen een gezin té hoog is, wordt de voorkeur gegeven aan meer individuele begeleidingsvormen. Daarbij zijn sommige thema's ook delicaat om in een groep te bespreken. Dit geldt bijvoorbeeld voor relatieproblemen, geweld en grensoverschrijdend gedrag in het gezin. Ook dan is individuele gezinstherapie of ouderbegeleiding nodig.

Een andere moeilijkheid is als ouders zich niet kunnen vinden in de visie van de afdeling, bijvoorbeeld in het belang dat gehecht

wordt aan de autonomieontwikkeling van de jongere. Sommige ouders gaan hierover eindeloos in discussie, iets wat de groepsdynamiek ongemerkt lam kan leggen. Dit kan doorbroken worden door interventies waarbij de therapeut niet in de strijd gaat maar het woord geeft aan andere deelnemers, zodat iedereen zich gehoord weet en tot een genuanceerde visie kan komen. Te algemene discussies worden zoveel mogelijk vermeden door telkens naar concrete situaties en aandachtspunten terug te grijpen. Het is belangrijk dat de deelnemers aan de groep een positieve ervaring van wederzijdse erkenning en competentie kunnen opdoen, maar het positieve solidariteitsgevoel kent ook een keerzijde; in een dergelijke groepsfeer ontstaan soms te hoge onderlinge verwachtingen. Een voorbeeld hiervan is dat ouders bij een tegenslag meer steun en reacties van andere ouders verwachten dan ze uiteindelijk krijgen.

LIES DEPESTELE &
WALTER
VANDEREYCKEN

CONCLUSIE

Ondanks een aantal obstakels in de beschreven interventie, blikt het merendeel van de deelnemers aan de gezinsgroep dankbaar en tevreden terug op deze intensieve sessies. Hoewel we maar voorlopige conclusies willen trekken, lijkt de gezinsgroep aan te sluiten op de beoogde doelstellingen. Tijdens de sessies kunnen de deelnemers bijna niet ontsnappen aan reflectie op het eigen functioneren. Daarnaast wordt de communicatie gestimuleerd door de gezinnen af en toe ook apart aan het werk te zetten rond thema's waarover anders moeilijk of niet gesproken kan worden. Gezinnen gaan ook in gezonde concurrentie met elkaar, waardoor ze gemotiveerd zijn hun beste beentje voor te zetten. De vraag blijft dan wel of ze daarmee ook in de thuissituatie iets doen. Volgens vele deelnemers heeft de aanpak hen aangezet tot meer begrip en inleving én tot experimenteren. Het meest duidelijke leereffect lijkt bereikt te worden bij de ouders. De patiënten maken door hun ervaringen in hun eigen therapiegroep al een belangrijke evolutie door en vinden de gezinsgroep waardevol omdat hun ouders er meer zicht krijgen op hun problematiek en behandeling in de kliniek. Ideaal zou zijn een gecontroleerd onderzoek uit te voeren naar de specifieke effecten van deze therapeutische werkvorm.

Literatuur

- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27, 104-131.
- Evans, L. & Wertheim, E.H. (2005). Attachment styles in adult intimate relationships: Comparing women with bulimia nervosa symptoms, women with

- depression and women with no clinical symptoms. *European Eating Disorders Review*, 13, 285-293.
- Janssen, C. (2004). Cliëntgericht werken bij eetstoornissen. Van Zombie tot Pipi Langkous. In: M. Leijssen & N. Stinckens (red.), *Wijsheid in gesprekstherapie* (pp.167-181). Leuven: Universitaire Pers.
- Lange, A. (2006). *Gedragsverandering in gezinnen. Cognitieve gedrags- en systeemtherapie*. Amstelveen: Martinus Nijhoff.
- Le Grange, D. (2005). The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *World Psychiatry*, 4, 142-146.
- Lemmens, G., Eisler, I., Migerode, L., Heireman, M. & Demyttenaere K. (2007). Family discussion group therapy for major depression: A brief systemic multi-family group intervention for hospitalized patients and their family member. *Journal of Family Therapy*, 29, 49-68.
- Louwies, I. & Vandereycken, W. (2005). Ouders voor ouders: een project voor en door ouders van eetstoornispatiënten. *Psyche*, 17(3), 13-15.
- Noorduyn, C. & Vandereycken, W. (2003). Anorexia nervosa: patiënt en ouders samen aan tafel in de kliniek. *Kind & Adolescent Praktijk*, 1, 4-7.
- Nicolai, N. (2001). Hechting en psychopathologie: een literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 333-342.
- Rhodes, P., Gosbee, M., Madden, S. & Brown, J. (2005). 'Communities of concern' in the family-based treatment of anorexia nervosa: Towards a consensus in the Maudsley model. *European Eating Disorders Review*, 13, 392-398.
- Tantillo, M. (2006). A relational approach to eating disorders multifamily therapy group: Moving from difference and disconnection to mutual connection. *Family Systems & Health*, 24, 82-102.
- Vandereycken, W. (2005). Dwing nooit een anorexiapatiënt: haar motivatie bepaalt het verloop van de therapie. *Kind & Adolescent Praktijk*, 3, 132-138.
- Vandereycken, W. & Depestele, L. (2006). Groepsvormen van ouder- en gezinsbegeleiding bij adolescenten met een eetstoornis. *Psychiatrie & Verpleging*, 82, 308-318.
- Vanderlinden, J. (2002). Het gezin. In: W. Vandereycken & G. Noordenbos (red.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 271-288). Utrecht: De Tijdstroom.
- Ward, A., Ramsay, R. & Treasure, J. (2000a). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 35-51.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull S., Benedettini, M. & Treasure J. (2000b). Attachment patterns in eating disorders: Past in present. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 370-376.

FAMILIEGROEPS-
THERAPIE BIJ
JONGEREN MET EEN
EETSTOORNIS