

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

Groepsgezinstherapie bij verslaafden binnen een urgentiepsychiatrische dienst¹

Een systemisch motivationele opzet

Karine van Tricht²

is psychologe en psychotherapeute verbonden aan Epsi-unit, Universitair Psychiatrisch Centrum KuLeuven, campus Leuven.

Gilbert Lemmens

is psychiater en gezinstherapeut verbonden aan Context, Centrum voor Relatie-, Gezins- en Sekstherapie, en aan Universitair Psychiatrisch Centrum KuLeuven, campus Leuven.

Koen Demyttenaere

is psychiater en diensthoofd, Universitair Psychiatrisch Centrum KuLeuven, campus Leuven.

Trefwoorden: groepsgezinstherapie, motivatie, urgentiepsychiatrie, alcoholverslaving, middelenmisbruik.

Samenvatting

Dit artikel beschrijft de opzet van een systemische motivationele gezinsgroep voor weinig gemotiveerde alcohol- en middelengebruikers in een urgentiepsychiatrische dienst van de Universitaire Ziekenhuizen Leuven, België. Deze gezinsgroep wordt gesitueerd tegen de achtergrond van de structurele veranderingen binnen de geestelijke gezondheidszorg én de jarenlange traditie van groepsgezinsinterventies bij alcohol- en middelenmisbruik. Onze doelstelling is een laagdrempelig aanbod te doen dat motivatieversterkend en steunend werkt. Bij de praktische uitwerking botsen we op een aantal dilemma's, die aanleiding geven tot het maken van bepaalde keuzes, onder andere met betrekking tot doelpubliek, groepssamenstelling, inhoud, rekrutering van deelnemers en wetenschappelijk onderzoek. We beschrijven het besluitvormingsproces, de klinisch-wetenschappelijke verantwoording van de gemaakte keuzes en de resultaten waarop wij hopen.

¹ Een woord van dank gaat naar al diegenen die meewerkten aan het tot stand komen van het concept van de gezinsgroepen of ons inspireerden bij het schrijven van dit artikel: Frank Bartholomé, Ronny Bruffaerts, Stephan Claes, Paul Janssens, Marina Lemmens, Tom Prenen, Ignace Tirez en Uschi Van den Broeck.

² Correspondentieadres: karine.vantricht@uzleuven.be.

Inleiding

De westerse geestelijke gezondheidszorg is de laatste drie decennia structureel erg veranderd. De de-institutionalisering met een accentverschuiving naar korte opnames, dagprogramma's en ambulante zorgverlening tracht de patiënt te stimuleren het dagelijkse leven in de maatschappij zo snel mogelijk weer op te nemen. Een opvallend gevolg van deze vermaatschappelijking van zorg is de toename van patiënten die zich op algemene spoedgevallendiensten aanmelden met emotionele en/of psychiatrische symptomen (Allen, 2002; Bruffaerts, 2005; Bruffaerts, Sabbe & Demyttenaere, 2006). In een derde van de gevallen is daarbij sprake van een middelengerelateerde stoornis en kenmerkt deze patiëntenpopulatie zich bijkomend door een hoge comorbiditeit van psychiatrische symptomatologie, polydruggebruik, persoonlijkheidsstoornissen, suïcidaliteit, een gebrekkige motivatie voor behandeling, een ontoereikend sociaal steunsysteem en een draaideurzorggebruik (Van Tricht, Bruffaerts, Claes, Sabbe & Demyttenaere, in voorbereiding). Dit noopt tot een beter uitgebouwde en meer gerichte urgentiepsychiatrie met garantie van continuïteit van zorg.

Vanuit de behoefte aan een degelijke structurele inbedding van de urgentiepsychiatrie binnen de algemene spoedgevallenwerking, initieerde de Belgische overheid in 1993 een proefproject inzake psychiatrische crisisopvang. In 2002 werden daar crisiseenheden – de zogenaamde epsi-units – aan toegevoegd (epsi staat voor eerste psychiatrische spoed interventie). Zij typeren zich door hun kleinschaligheid (vier bedden) en korte verblijfsduur (maximaal vijf dagen) en richten zich op patiënten met een dubbele aanmeldingssymptomatologie van alcohol- of middelenmisbruik en psychiatrische crisis (Bruffaerts & Demyttenaere, 2005).

In de epsi-unit van UZ Leuven is de systeemtherapie naast detoxificatie, psychodiagnostisch assessment, motivatieversterking en casemanagement, een van de basispijlers van de behandeling. Een eerste gezinsgesprek staat meestal in het teken van heteroanamnese en crisisinterventie. In een tweede gesprek betreft de gezinstherapeut de gezinsleden meer in een motivationeel proces en wordt gewerkt aan het stellen van duidelijke grenzen, het expliciteren van wederzijdse verwachtingen en doelstellingen en het in kaart brengen van zowel positieve als negatieve aspecten van het gezinsfunctioneren. Dat we de gezinsleden van meet af aan bij de behandeling betrekken, geeft hen het gevoel gehoord, erkend en gerespecteerd te worden.

Uit een interne evaluatie – drie jaar na de start van de epsi-unit – bleek dat, ondanks het bestaande therapeutisch aanbod, een groot aantal van de pa-

tiënten onvoldoende gemotiveerd raakte om verdere ambulante of residentiële doorverwijzing te aanvaarden. Bij aankomst op de spoedgevallendienst gaf slechts 43% aan actief op zoek te zijn naar behandeling, terwijl 12% drie maanden na ontslag van de epsi-unit zonder behandeling was (Van Tricht, e.a., in voorbereiding). Bovendien werden we getroffen door de grote impact van alcohol en drugs op de normale ontwikkelingstaken en gezinsprocessen, waaronder de negatieve invloed van het gebruik op de partner- en seksuele relatie, het verhoogde risico op intrafamiliaal geweld of parentificatie en het verstarren van de gedragspatronen en interactiestijlen van familieleden (Dom, 2004). Deze bedroevende vaststellingen gaven aanleiding tot de oprichting van een zevenkoppige werkgroep, bestaande uit een psychiater/gezinstherapeut, een hoofdverpleegkundige/gezinstherapeut, een psycholoog/gezinstherapeut en vier psychiatrisch verpleegkundigen. Zij bogen zich over de vraag hoe aan het bestaande programma een meerwaarde kon worden toegevoegd. De keuze viel op een systemische motivationele gezinsgroep. In dit artikel wordt het beslissingsproces betreffende deze keuze en de opzet van de groep toegelicht.

Doelstellingen bij de uitbreiding van het behandel aanbod

Vanuit de hierboven genoemde observaties over ontoereikende motivatie en grote impact op gezinsleden, richten we ons vooral tot die gebruiker die nauwelijks open staat voor behandeling en op diens gezinsleden. Als spin-off van de epsi-werking onderscheiden we ons van de bestaande ambulante en residentiële behandelingsmogelijkheden door een aanbod dat vlot toegankelijk is voor een ruim doelpubliek. Enerzijds, als het ware ‘pretherapeutisch’, beogen we daarbij een versterking van de motivatie van de gebruiker om iets aan de verslavingsproblematiek te doen, bij voorkeur door te kiezen voor verdere behandeling. Anderzijds willen we de gezinsleden van gebruikers extra steun bieden, bijvoorbeeld door het typische isolement te doorbreken of door de impact van het middelengebruik op het gezinssysteem te verminderen. We streven daarbij naar een verbetering van het familiaal functioneren (onder andere op het vlak van communicatie en coping) zodanig dat het probleemgesatureerde verhaal plaats kan maken voor gezondere verhalen.

Keuze voor een systemische motivationele gezinsgroep

De keuze voor groepsgezinstherapie leek op het eerste zicht vrij evident. Allereerst biedt een gezinsgroep, meer dan welke andere therapievorm dan ook, gezinnen met gelijksoortige problemen een uitstekende mogelijkheid om elkaar te steunen en te helpen en van elkaar te leren, zelfs of zeker bij een geringe

motivatie van de gebruiker zelf om iets aan zijn of haar situatie te veranderen. Verder lijkt ons het groepsgezinsformaat uitermate geschikt om het motivationele proces in beweging te brengen, doordat als vanzelfsprekend wordt meegegaan met de weerstand: de circulerende verhalen spiegelen automatisch het eigen verhaal en confronteren zonder uitdrukkelijk confronterend te willen zijn. Ook kan men zich voorstellen dat de gebruiker raadgevingen van andere gebruikers en gezinsleden makkelijker aanvaardt en volgt dan die van de eigen gezinsleden, omdat ze als minder bedreigend worden ervaren. Bovendien bleek uit eerdere ervaringen met groepsgezinsterapie dat gezinnen een uitnodiging voor een gezinsgroep vaak als minder beschuldigend en minder stigmatiserend ervaren dan bijvoorbeeld een uitnodiging voor individuele gezinsgesprekken. Ten slotte sluiten we perfect aan bij de lange traditie van het samenkomen van verslaafden en/of hun gezinsleden in zelfhulpgroepen: AA (Anonieme Alcoholisten), Al-Anon (voor familie en vrienden) en Alateen (voor kinderen van alcoholisten).

Conceptueel kader

Bij de conceptuele uitwerking van onze systemische motivationele gezinsgroep baseren we ons op de jarenlange traditie van groepsgezinsinterventies bij alcohol- en middelengerelateerde problematiek en hun effectiviteit. De eerste publicaties inzake groepsgezinsinterventies bij middelenmisbruik (voornamelijk alcohol) dateren reeds uit de late jaren zestig en begin jaren zeventig (Sands & Hanson, 1971; Steinglass, 1976; Mc Kamy, 1976; Mc Crady, Paolino, Longabough & Rossi, 1979). Gerapporteerde effecten waren lagere terugvalratio's en hogere abstinenteratio's (Cadogan, 1973; Corder, Corder & Laidlaw, 1972). Tegenwoordige toepassingen bevestigen deze vroegere resultaten en het nut van groepsgezinsterapie bij alcohol- en middelenmisbruik (Bowers & Al-Redha, 1990; Cassen & Delile, 2007; Clerici, Garini, Capitanio, Zardi, Carta & Gori, 1988; Edwards & Steinglass, 1995; Marshall, Kimball, Shumway, Mc Innes Miller, Jeffries & Arredondo, 2005; O'Farrell & Fals-Stewart, 2003; Rowe & Liddle, 2003), hoewel het empirisch onderzoek eerder schaars blijft.

Conceptueel onderscheiden zich vooral twee groepsgezinsmodellen. Een eerste model is een systeemgerichte groepsgezinsterapie (Steinglass, Bennett, Wolin & Reiss, 1987; Brown & Lewis, 1999) waarbij principes uit de algemene systeemtheorie worden toegepast op socio-familiale systemen. Uitgangspunt van dit model is de vaststelling dat het gezin steeds meer georganiseerd raakt rond het alcohol- of middelenmisbruik waarbij gezonde, niet-middelgerelateerde gezinsprocessen stilaan verminderen of verdwijnen. De groepgezinsterapie

beoogt de gezonde gezinsprocessen te reactiveren en het middel en de gezinsinteracties eromheen te herleiden tot hun oorspronkelijke, meer gezonde proportie. Verder bevat ze zowel structurele, strategische als constructivistische en narratieve ideeën (Steinglass, 1999). Een tweede – meer empirisch onderzocht – groepsmodel komt uit de gedragsmatige partnerrelatietherapeutische hoek, waarin klassieke conditioneringsprincipes uitgebreid worden naar interpersoonlijke gedragspatronen (O’Farrell & Fals-Stewart, 2000). De therapie focust zich hier op het bewerkstelligen van positieve veranderingen binnen de relatie, waardoor relationele spanningen en conflicten – die geacht worden de terugval te bevorderen – verminderen. In tegenstelling tot de gezinsgroepen van Steinglass, waarin het gezin centraal staat, betreft het hier partnergroepen. De gedragsmatige partnergroepen hebben hun effectiviteit en meerwaarde in vergelijking met een individuele behandeling ruimschoots bewezen, zowel bij alcoholproblemen (O’Farrell & Fals-Stewart, 2003) als bij illegale drugproblemen (Dom, 2004; O’Farrell & Fals-Stewart, 2000). Effecten konden aangetoond worden op het vlak van verminderd alcoholgebruik tot twaalf maanden na behandeling (O’Farrell, Cutter & Floyd, 1985), beter relationeel functioneren (O’Farrell e.a., 1985), een verminderd risico op partnerseparatie (O’Farrell, Cutter, Choquette, Floyd & Bayog, 1992) en een reductie van huiselijk geweld (O’Farrell & Murphy, 1995; O’Farrell, Murphy, Stephan, Fals-Stewart & Murphy, 2004).

Voor de opzet van ons groepsmodel gingen we te leen bij de eigen dienst psychiatrie waar een uitgebreide traditie en expertise bestaat van kortdurende systemische groepsgezinstherapie die conceptueel sterk aansluit bij het groepsgezinsmodel van Steinglass. Deze systemische gezinsgroepen zijn binnen UZ Leuven meermaals toegepast in diverse patiëntenpopulaties en bleken voldoende goed te werken en bovendien goed aanvaard te worden door de gezinnen (Lemmens, Eisler, Heireman, Van Houdenhove & Sabbe, 2005; Lemmens, 2007). De systemische groepsgezinstherapie hanteert een breed gamma van therapeutische technieken, waaronder herkadering, het zoeken naar uitzonderingen, de focus op competenties en hulpbronnen, circulaire vragen, tijdsvragen, het gebruik van metaforen en het externaliseren. Toch blijft de belangrijkste techniek de gezinnen met elkaar te verbinden en hen als belangrijke krachtbron te beschouwen, zodat ze nieuwe inzichten verwerven, leren van elkaars verschillen en zich gesteund voelen door het vinden van gelijkenissen. De therapeuten laten als het ware de gelijkenissen en verschillen zoveel mogelijk circuleren binnen de groep, die op deze manier als een constant veranderend *reflecting team* functioneert en corrigeert.

De eigenheid van onze gezinsgroep is gelegen in de integratie van attitudes en interventies uit de motivationele gespreksvoering (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Miller & Rollnick, 2002; Miller, Meyers & Tonigan, 1999). Deze empathische, niet-veroordelende doch directieve en op verandering gerichte gespreksstijl tracht een optimaal spanningsveld te creëren tussen groeiend probleembesef enerzijds en draagkracht en geloof in eigen mogelijkheden anderzijds. Het motiveren tot gedragsverandering gebeurt door mee te gaan met de weerstand, zelfmotiverende uitspraken te versterken en gepersonaliseerde feedback te geven. Het uiteindelijke doel is te komen tot een actieplan voor de gewenste veranderingen en de wijze waarop deze bereikt kunnen worden. Miller & Rollnick wezen daarbij op het belang van de context in het motivationeel werken. Meer nog dan de hulpverlener kunnen belangrijke derden (de eigen en de andere gezinsleden, de andere gebruikers binnen de gezinsgroep) een grote impact hebben op het motivationele proces en een gids worden voor de gebruiker, op zijn weg naar een grotere zelfredzaamheid.

Dilemma's bij de uitbreiding van het behandel aanbod

Hoewel onze doelstellingen duidelijk waren (laagdrempeligheid, motivatieversterking en steun bieden aan gezinnen van gebruikers) en de keuze voor groepsgezinstherapie haast vanzelfsprekend was, bleek de concrete uitwerking van de groep een aantal dilemma's bloot te leggen. In de onderstaande paragrafen beschrijven we deze dilemma's en verantwoorden we de uiteindelijk gemaakte keuzes. We illustreren daarbij het besluitvormingsproces dat tot stand kwam door middel van het zorgvuldig afwegen van pro's en contra's, van klinische indrukken en wetenschappelijk onderbouwde argumentaties, van voorliefdes en antipathieën.

Keuzes op het vlak van doelpubliek: alcohol en/of drugs?

Zowel in het wetenschappelijk onderzoek als in de klinische praktijk van de verslavingszorg wordt traditiegetrouw een onderscheid gemaakt tussen alcohol en (illegale) drugs. De ontwenningssklinieken voor alcohol zijn meestal ingebed in klassieke psychiatrische ziekenhuizen, terwijl behandelprogramma's voor illegale druggebruikers hun oorsprong kennen binnen de filosofie van de hiërarchisch gestructureerde en drugvrije therapeutische gemeenschappen. Oorspronkelijk keek men naar alcoholisten en drugverslaafden als twee schijnbaar verschillende populaties, met andere klinische kenmerken en therapeutische noden, terwijl we ons vandaag de dag realiseren dat het gecombineerd gebruik van middelen toeneemt en beide populaties overlappende psychosoci-

ale problemen kennen. Bij ruim een derde van de gebruikers die opgenomen worden op de epsi-unit is er sprake van polydruggebruik (Van Tricht e.a., in voorbereiding).

De gelijktijdige implementatie van twee aparte groepen is met onze huidige klinische staf onmogelijk. Kiezen voor een zuivere alcoholgroep zou de druggebruikers en hun gezin uitsluiten en vice versa. Om een zo ruim mogelijk publiek te bereiken, kozen we dan ook voor één gezinsgroep die opengesteld zal worden voor gebruikers van zowel alcohol, medicatie als drugs en hun gezinsleden (partners, kinderen, ouders). We zijn ons terdege bewust dat dit geen vanzelfsprekende keuze is, een keuze ook die in de toekomst verdere evaluatie verdient. Toch vinden we ter ondersteuning van onze beslissing enig houvast in de literatuur. Recente onderzoeksbevindingen beklemtonen immers de rol van het gezin in het verloop en de aanpak van zowel alcohol- als middelenmisbruik, en wijzen op de aanwezigheid van gelijksoortige gezinsdynamieken bij beide populaties. Hieruit concluderen sommige auteurs dat dezelfde gezinsinterventies bij beide populaties toegepast mogen worden (Saatcioglu, Erim & Cakmak, 2006). De gedragsmatige partnergroepen zijn hier een voorbeeld van (O'Farrell & Fals-Stewart, 2000). In onze opzet gaan we echter nog een stap verder door beide populaties samen aan eenzelfde programma te laten deelnemen. Een mogelijk voordeel lijkt ons dat hierdoor de diversiteit binnen de gezinsgroep toeneemt en de groep een kleurrijke microcosmos vormt van groepsleden van verschillende generaties, sociale, economische, maatschappelijke en genderrollen. Wellicht creëert dit een rijkdom aan attitudes, ervaringen, interactie- en copingstijlen. Tegelijkertijd hopen we dat de verschillen tussen beide populaties niet te groot zijn, zodat er voldoende herkenning en identificatie mogelijk blijft. Conform de werking van de epsi-unit proberen we de potentiële kloof te overbruggen door alles te bundelen onder de noemer van 'verslavingsproblematiek'.

Keuzes op het vlak van groepssamenstelling: open of gesloten groepen?

Een volgend dilemma deed zich voor rond het groepsformaat: kiezen we voor een gesloten of voor een open groep? Gesloten groepen bieden ondermeer het voordeel dat je met een bepaalde groep een duidelijk traject – eventueel aan de hand van een gestructureerd programma – kunt afleggen, gespreid over een zekere tijdsspanne. Op die manier ontstaat relatief snel een steunende vertrouwensband die het therapeutische groepsproces faciliteert omdat nieuwkomers het proces niet steeds opnieuw verstoren. Gesloten groepen hebben echter binnen een urgentiepsychiatrische setting met een snelle doorstroom van pati-

enten het grote nadeel dat ze te hoogdrempelig zijn en op bepaalde tijdstippen slechts toegankelijk zijn voor een beperkt aantal families. In eerste instantie gaat onze voorkeur dan ook uit naar een open groep die continu doorloopt. Geïnteresseerden (gebruikers en/of gezinsleden) krijgen op die manier de vrijheid om al dan niet aan te sluiten, afhankelijk van hun momentane noden en beweegredenen. In concreto zou dit betekenen dat de groepssamenstelling voortdurend wijzigt, waarbij de mensen zich minimaal voor één, doch liefst voor minstens drie sessies engageren. Nieuwkomers in volle crisis kunnen op deze manier opgevangen worden door de ‘oudere ervaringsdeskundigen’ die op hun beurt door de aanwezigheid van nieuwkomers bewust gemaakt worden van de weg die zijzelf al aflegden. Door flexibel om te gaan met aan- en afwezigheden respecteren we ten volle dat motivatie voor gedragsverandering een dynamisch gegeven is, dat kan fluctueren door de tijd heen en dat op één welbepaald tijdstip kan verschillen bij leden van eenzelfde (gezins)systeem. In deze optiek staat de groep dan ook letterlijk open voor gezinsleden zonder de gebruiker en omgekeerd. Een belangrijk nadeel van een dergelijke open groep is echter dat we totaal geen controle hebben over de groepsgrootte; de ene keer is de groep mogelijk te klein om optimaal gebruik te kunnen maken van groepsdynamieken, de andere keer te groot, wat kan leiden tot oppervlaktigheid en chaos. Bovendien wordt gesystematiseerd onderzoek op die manier erg bemoeilijkt.

Uiteindelijk opteren we als start van ons programma voor een halfopen groep met minstens drie en maximaal acht gezinssystemen. Zo behouden we de voordelen van een open groep en kunnen we een semigestructureerd programma bieden dat op zijn effectiviteit onderzocht kan worden.

Keuzes op het vlak van inhoud

Vrij associërend op de kernwoorden ‘middelen’, ‘motivatie’ en ‘gezin’ kwamen we tot een waslijst aan relevante bespreekpunten, waaronder de vraag of verslaving een ziekte is; kinderen van ouders met een verslavingsproblematiek; begrenzing en verantwoordelijkheid nemen; schuld en schaamte; behandelingsmogelijkheden. Om het bos door de bomen te blijven zien, leek het ons opportuun een selectie te maken rekening houdend met de vooropgestelde doelstellingen. De halfopen semigestructureerde groep wordt daarom inhoudelijk opgebouwd rond drie thema's: (1) de invloed van het problematische gebruik van middelen op het gezinssysteem en hoe daarmee om te gaan, (2) het ondersteunen van het gezonde gezinsfunctioneren in een context van ver-

slavingsproblemen en (3) het versterken van de motivatie voor gedragsverandering, respectievelijk behandeling.

De manier waarop een onderwerp in de groep ter sprake gebracht wordt, verdient onze zorgvuldige aandacht. Gezien het laagdrempelige karakter van de groep zal het therapeutenkoppel het onderwerp zelf kort uiteenzetten voordat de gezinnen gevraagd wordt hun ervaringen en ideeën met elkaar te delen. Gelijk beginnen met een groepsdiscussie zou mogelijk een te groot gevoel van onveiligheid creëren. De therapeuten geven algemene informatie over een onderwerp, inclusief de huidige wetenschappelijke kennis, zonder dat als een absolute waarheid te poneren, maar met aandacht voor de eigenheid van ieder gezin en de wederzijdse beïnvloeding tussen gebruiker en gezin. Het therapeutenkoppel, bestaande uit een mannelijke en een vrouwelijke gezinstherapeut, heeft een belangrijke modelfunctie en maakt op een spontane manier genderspecifieke aspecten present.

Wij beogen de families voldoende inzichten te geven die hen kunnen behoeden voor duivelse spiralen, bijvoorbeeld ‘hoe meer controle door de gezinsleden, hoe meer de gebruiker zijn flessen verstoppt’ (Boeckhorst, 2003). Als zodanig willen we meer een ‘en-en’ verhaal creëren – ‘de gebruiker heeft het moeilijk met stoppen en de gezinsleden hebben het moeilijk met het gebruik’ – zodat hieruit een meer gemeenschappelijke aanpak van de problemen kan groeien. De theoretische uiteenzetting is dus niet een doel op zich, maar een middel om het onderlinge leerproces tussen de gezinnen op gang te brengen. Hieronder enkele toepassingsvoorbeelden.

Voorbeeld 1: werken rond de invloed van het overmatig gebruik

Na een korte uiteenzetting over de eventuele invloed van alcohol en drugs op het sociofamiliale milieu en de potentiële invloed die gezinsleden hebben op het verloop van het verslavingsproces, zet de therapeut een fles wijn in het midden van de groep en vraagt aan de groepsleden op welke manier ‘de fles’ hun leven heeft beïnvloed.

Voorbeeld 2: het ondersteunen van gezonde gezinsprocessen ondanks de verslaving

Je vraagt elke deelnemer in de komende week een klein dagboekje bij te houden en daarin minstens drie momenten te beschrijven waarin iets positiefs is gebeurd of waarin ze zich goed gevoeld hebben in hun gezinscontext. De volgende sessie zullen deze ervaringen gedeeld worden.

Voorbeeld 3: van probleemgesatureerd naar gezond verhaal

De groep wordt in tweeën gedeeld, aan de ene kant van de zaal gaan de gebruikers zitten, aan de andere kant de betrokkenen. De gebruikers wordt gevraagd met tijdschriften en tekengerei een collage te maken waarin zij uitdrukken wat voor hen helpend kan zijn in tijden van terugval en toenomen relationele spanning. De andere gezinsleden wordt gevraagd in hun collage een weergave te bieden van wat zij voor zichzelf of voor de gebruiker proberen te doen in tijden dat het niet goed gaat. Na een half uur laat men de collages aan elkaar zien en worden reacties uitgewisseld.

Voorbeeld 4: het versterken van het motivationele proces

De gebruikers wordt gevraagd te vertellen over de dingen (relaties, vriendschappen, werk, mogelijkheden) die ze dreigen te verliezen als ze op dezelfde manier blijven gebruiken. Anderzijds wordt hen gevraagd welke talenten ze door hun verslavingsprobleem onbenut gelaten hebben. Op deze manier wordt stilgestaan bij de balans van voor- en nadelen van gebruik.

Keuzes op het vlak van deelnemers

De rekrutering van deelnemers zou problematisch kunnen verlopen, aangezien we ons richten op de minst gemotiveerden. Zullen we op elk moment kunnen beschikken over een minimum aantal (drie à vier) verschillende gezinssystemen zodanig dat er effectief sprake is van ‘een gezinsgroep’? Een te kleine groep zou aanleiding kunnen geven tot nieuwe drop-out, tot te weinig leermogelijkheden of tot versterking van het gevoel alleen te staan of de enige te zijn met dergelijke problemen, met meer isolement en stigmatisering als gevolg. Wordt de groep echter te omvangrijk, dan gaat dit mogelijk ten koste van de specifieke aandacht voor één bepaald gezin en ontbreekt diepgang. Door de groepsgezinstherapie als een vast programmaonderdeel in de werking van de epsi-unit te integreren, verzekeren we een minimale aanwezigheid van vier groepsleden, met name de opgenomen patiënten, eventueel vergezeld van hun gezinsleden. Daarnaast spreken medewerkers van de urgentiepsychiatrie doorlopend potentiële kandidaten aan en wordt via epsi-spoedgevallen en de epsi-unit een programmabrochure met zowel praktische als inhoudelijke informatie verspreid. Zoals eerder besproken, hopen we dat het soepele deelnamebeleid waarbij gezinsleden met of zonder de gebruiker mogen deelnemen drempelverlagend zal werken. Ten slotte zal een vaste programmering met een hoge mate van voorspelbaarheid (een vaste locatie in de nabijheid van de spoedge-

vallendienst en telkens bijeenkomsten op de eerste en derde donderdag van de maand) de mensen in staat stellen op ieder moment (opnieuw) aan te haken. De mogelijkheid tot inschrijving blijft open tot we over acht gezinnen beschikken, zodat de groep steeds werkbaar blijft en de therapeutische winst voor de deelnemende gezinnen optimaal is. Mocht de groep op een bepaald moment een te groot succes kennen, dan betekent dit dat pas na het stoppen van één gezin een ander gezin kan beginnen.

Kliniek versus wetenschap?

Zoals het een universitair ziekenhuis betaamt, zal de klinische praktijk onmiddellijk verbonden worden met wetenschappelijk onderzoek. Dit blijkt reeds uit de keuze voor een therapeutisch model dat evidence based is. Het therapeutenkoppel zal worden bijgestaan door een team dat participierend observeert en tijdens de pauze deelneemt aan een gezamenlijk intervisiemoment. Bovendien zal het verloop van de groep op band worden vastgelegd, wat ons in staat stelt dit beeldmateriaal voor verdere onderzoeksdoeleinden te gebruiken. Het spreekt voor zich dat we daarvoor toestemming vragen aan de deelnemers, door middel van een *informed consent*. Daarenboven onderwerpen we elke deelnemer aan een beperkt *assessment* zodat we onze vooropgestelde doelstellingen op hun haalbaarheid kunnen meten.

Aangezien onze populatie gekenmerkt wordt door een hoge ambivalentie en geringe motivatie, zal het uiterst belangrijk zijn de deelnemers niet te overbelasten met administratieve rompslomp. Toch lijkt het ons belangrijk gegevens te verzamelen over de sociodemografische en klinische karakteristieken van onze deelnemers, de effecten van deze groepsgezinstherapie op de motivatie voor gedragsverandering en behandeling, en de verbetering op het vlak van het gezinsfunctioneren en helpende en storende processen zoals die gerapporteerd worden door deelnemers, observatoren en therapeuten. In concreto zullen de volgende onderzoeksinstrumenten (referenties verkrijgbaar bij de auteurs) gebruikt worden.

- De M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview): om de As-I symptomatologie van de gebruikers in kaart te brengen bij aanvang van groepsdeelname.
- Het onderdeel over alcohol en drugs in de Europ-ASI (Addiction Severity Index): om de omvang van het gebruik in kaart te brengen bij aanvang van groepsdeelname.
- De RCQ (Readiness to Change Questionnaire): de afname bij aanvang

- kan fungeren als een nulmeting en vergeleken worden met de verandingsbereidheid drie maanden later, na deelname aan een X-aantal sessies.
- De TMQ (Treatment Motivation Questionnaire): de afname bij aanvang fungeert als nulmeting voor motivatie voor behandeling en wordt afgezet tegen de meting drie maanden later.
 - Een gestandaardiseerde vragenlijst van Jim Orford voor familieleden met betrekking tot stress, coping en belasting: de vergelijking tussen de meting bij aanvang en drie maanden later stelt ons in staat ontwikkelingen met betrekking tot de invloed van de verslaving op het gezinsfunctioneren in kaart te brengen.
 - De GTF-CV-28 (Groeps Therapeutische Factoren Cliënt Vragenlijst, 28 item versie) meet potentieel helpende ervaringen of gebeurtenissen zoals deze gerapporteerd worden door deelnemers, observatoren en therapeuten na elke sessie.
 - De SEH (Subjective Emotional Health questionnaire) meet de subjectieve beleving van de emotionele gezondheid bij aanvang en drie maanden later.

Alle deelnemers zullen op dezelfde tijdstippen bevestigd worden, met name voorafgaand aan de eerste groepsdeelname en drie maanden later. Nauwkeurige registratie van deelname aan de groep maakt het bovendien mogelijk het aantal gevolgde sessies als variabele te meten.

Procesmatige slotbeschouwingen

Op dit moment lopen de voorbereidingen op zijn eind: de brochure is in de maak, de lokalen worden gereserveerd en uurroosters op elkaar afgestemd. De hulpverleners zijn er klaar voor! Rest ons af te wachten hoe ons potentieel doelpubliek op dit aanbod zal reageren. Is er inderdaad behoefte aan een dergelijk laagdrempelig initiatief of is dat louter een construct van enthousiaste hulpverleners? Zullen onze deelnemers gewag maken van dezelfde helpende therapeutische processen die andere vormen van groeps(gezins)therapie kenmerken en zal dat als steunend ervaren worden? Zullen we er in slagen de motivatie voor behandeling te vergroten, wat zou betekenen dat de gezinsgroep effectief beschouwd mag worden als een hefboom tot verandering? Het blijft op dit moment koffiedik kijken.

Het voorbereidingsproces en het schrijven van dit artikel was hoe dan ook voor ons hulpverleners een leerrijke zoektocht. Het verplichtte ons stil te staan bij datgene waarmee we bezig zijn, bij onze streefdoelen en onze positionering

als epsi-unit. Tegelijkertijd confronteerde het ons sterk met eigen beperkingen, met de grenzen van onze werkcontext en met verschillen tussen teamleden. Het was in zekere zin een vorm van 'teamtherapie'. Uiteindelijk verliepen de vergaderingen zeer efficiënt en het alternerend afspreken met de hele groep, respectievelijk in kleine subgroepjes, zorgde ervoor dat ieder zijn verantwoordelijkheid nam en deadlines gehaald werden. Door samen onze schouders onder dit nieuwe initiatief te zetten, ongeacht de verschillen in basisopleiding, persoonlijke stijl en therapeutische visie, ontstond er een nieuwe, enthousiaste dynamiek binnen het team en werd ieders creativiteit aangesproken. Hopelijk werkt onze inzet aanstekelijk en wordt de plaats van het gezin in de behandeling extra opgewaardeerd. Werken binnen een urgentiepsychiatrische setting is zodanig hectisch en acuut dat het een kunst is blijvend te zoeken naar nieuwe therapeutische mogelijkheden, hoe beperkt ook. Hopelijk wordt dit verhaal vervolgd en kunnen we zowel aan de hand van klinische vignetten als met eerste tentatieve onderzoeksbevindingen de gemaakte keuzes bevestigen en waar nodig aanpassingen doorvoeren.

Literatuur

- Allen, M. (2002). Emergency Psychiatry. *Review of Psychiatry*, 21(3).
- Boeckhorst, F. (2003). *Duivelse Spiralen; Werkboek voor meervoudig-systemisch denken in de sociale psychiatrie*. Warnsveld: GGNNet.
- Bowers, T.G. & Al-Redha, M.R. (1990). A comparison of outcome with group/marital and standard/individual therapies with alcoholics. *Journal of studies on alcohol*, 51(4), 301-309.
- Brown, S. & Lewis, V. (1999). *The alcoholic family in recovery. A developmental model*. New York: Guilford Press.
- Bruffaerts, R. (2005). *Pathways to care and pathways after care: The epidemiology of psychiatric emergencies in a Belgian university hospital*. Leuven: Academia Press.
- Bruffaerts, R. & Demyttenaere, K. (2005). The organization of psychiatric emergency services in Belgium. *Emergency psychiatry*, 11, 16-19.
- Bruffaerts, R., Sabbe, M. & Demyttenaere, K. (2006). Who visits the psychiatric emergency room for the first time? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, XX, 1-7.
- Cadogan, D.A. (1973). Marital group therapy in the treatment of alcoholism. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 34(4), 1187-1194.
- Cassen, M. & Delile, J.-M. (2007). Thérapies multifamiliales et addictions. In: S. Cook-Darzens, *Thérapies multifamiliales: des groupes comme agents thérapeutiques* (pp. 205-246). Ramonville Saint-Agne, Editions érès.
- Clerici, M., Garini, R., Capitanio, C., Zardi, L., Carta, I. & Gori, E. (1988). Involvement of families in group therapy of heroin addicts. *Drug and Alcohol Dependence*, 21, 213-216.
- Corder, B.F., Corder, R.F. & Laidlaw, N.D. (1972). An intensive treatment program for alcoholics and their wives. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 33(4), 1144-1146.
- Dom, G. (2004). Werken met de socio-familiale context bij problematisch alcoholgebruik. In: S.

- Ansoms, J., Casselman, F., Matthys, G. & Verstuyf (red.), *Hulpverlening bij problematisch alcoholgebruik*. Antwerpen – Apeldoorn: Garant.
- Edwards, M.E. & Steinglass, P. (1995). Family therapy treatment outcomes for alcoholism. *Journal of marital and family therapy*, 21(4), 475-509.
- Lemmens, G. (2007). *Multi-family group therapy in the treatment of major depression*. Leuven: Catholic University.
- Lemmens, G., Eisler, I., Heireman, M., Van Houdenhove, B. & Sabbe, B. (2005). Family discussion groups with patients with chronic pain and their family members: a pilot study. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 26, 21-32.
- Marshall, J.P., Kimball, T.G., Shumway, S.T., Mc Innes Miller, M., Jeffries, V. & Arredondo, R. (2005). Outcomes of a structured family group in an outpatient alcohol/other drug treatment setting. *Alcoholism treatment quarterly*, 23(4), 39-53.
- Mc Crady, B.S., Paolino, T.J., Longabough, R. & Rossi, J. (1979). Effects of joint hospital admission and couples treatment for hospitalized alcoholics: A pilot study. *Addictive Behaviours*, 4, 155-165.
- Mc Kamy, L.R. (1976). Multiple Family Therapy on an alcoholic treatment unit. *Family Therapy*, III, 3, 197-209.
- Miller, W.R., Meyers, R.J. & Tonigan, J.S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 5, 688-697.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change. Second edition*. New York: Guilford Press.
- O'Farrell, T.J., Cutter, H.S.G., Choquette, K.A., Floyd, F.J. & Bayog, R.D. (1992). Behavioral marital therapy for male alcoholics: marital and drinking adjustment during the two years after treatment. *Behavior therapy*, 23, 529-549.
- O'Farrell, T.J., Cutter, H.S.G. & Floyd, F.J. (1985). Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: Effects on marital adjustment and communication from before to after therapy. *Behavior therapy*, 16, 147-167.
- O'Farrell, T.J. & Fals-Stewart, W. (2000). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of substance abuse treatment*, 18, 51-54.
- O'Farrell, T.J. & Fals-Stewart, W. (2003). Alcohol abuse. *Journal of marital and family therapy*, 29(1), 121-146.
- O'Farrell, T.J. & Murphy, C.M. (1995). Marital violence before and after alcoholism treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(2), 256-262.
- O'Farrell, T.J., Murphy, C.M., Stephan, S.H., Fals-Stewart, W. & Murphy, M. (2004). Partner violence before and after couples-based alcoholism treatment for male alcoholic patients: the role of treatment involvement and abstinence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(2), 202-217.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Rowe, C.L. & Liddle, H.A. (2003). Substance abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 97-120.
- Saatcioglu, O., Erim, R. & Cakmak, D. (2006). Role of family in alcohol and substance abuse. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 125-132.

- Sands, P.M. & Hanson, P.G. (1971). Psychotherapeutic groups for alcoholics and relatives in an outpatient setting. *International journal of group psychotherapy*, 21(1), 23-33.
- Steinglass, P. (1976). Experimenting with Family Treatment Approaches to Alcoholism, 1950-1975: A Review. *Family Process*, 15, 1, 97-123.
- Steinglass, P. (1999). Family therapy: Alcohol. In: M. Galanter & H.D. Kleber (eds.), *Textbook of substance abuse treatment*. Second ed. Washington DC: The American Psychiatric Press.
- Steinglass, P., Bennett, L.A., Wolin, S.J. & Reiss, D. (1987). *The alcoholic family*. New York: Basic Books.
- Van Tricht, K., Bruffaerts, R., Claes, S., Sabbe, M. & Demyttenaere, K. (in voorbereiding). *Suicidality in substance abusers in a psychiatric crisis unit*.

L. Lemmers, J. Kramer, B. Conijn, H. Riper, A. van Emst

Minder drinken

Met het Boom hulpboek *Minder drinken* krijgt de lezer in vijf weken inzicht in het eigen alcoholgebruik. De in het boek beschreven methode is gebaseerd op technieken uit de cognitieve gedragstherapie en heeft al veel drinkers geholpen weer verantwoord met alcohol om te gaan.

ISBN 978 90 8506 365 0 | € 20,-



Boom | www.boomhulpboek.nl