

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

Meergezinsbehandeling voor veteranengezinnen

Erie Hilliger

Het Psychotraumacentrum Zuid Nederland (PTC ZN), onderdeel van ggz-instelling Reinier van Arkelgroep te 's-Hertogenbosch, is een gespecialiseerde setting waar voornamelijk behandeling wordt geboden aan personen die ernstig getraumatiseerd zijn geraakt door georganiseerd geweld en/of oorlogsgeweld. Het betreft vluchtelingen, asielzoekers, hun partners en kinderen, vroegkinderlijk getraumatiseerden maar ook Nederlandse veteranen en hun gezinnen. Het centrum heeft een bovenregionale functie.

Het PTC ZN is aangesloten bij het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV). Dit LZV is verantwoordelijk voor het bieden van immateriële zorg aan veteranen van de nulde lijn tot en met de derdelijn. Het PTC ZN werkt onder de paraplu van het LZV voor het bieden van specifieke behandeling van veteranen die lijden aan een ernstige en chronische posttraumatische stressstoornis (ptss).

In de aan het LZV verbonden instellingen was het langzaamaan gewoon geworden om de partner van de veteraan bij de geboden zorg te betrekken, zowel door de maatschappelijk werkenden van De Basis (basisinstelling voor maatschappelijk werkenden voor Nederlandse veteranen), als door de tweede- en derdelijns instellingen. Het betrekken van hele gezinnen bij de behandeling gebeurde sporadisch en incidenteel. In 2007 is ons zowel door het LZV als door het management van het PTC ZN verzocht een behandeling te ontwikkelen speciaal voor veteranengezinnen.

Ik was al bekend geraakt met de methode Multi-family therapy (MFT), hier te vertalen als meergezinsbehandeling zoals ontwikkeld door de Marlborough Family Service te Londen. Na het volgen van scholing bij Eia Asen en Derek Taylor bij dit instituut hebben wij deze methode aangepast aan de eisen en noden van veteranen die lijden aan een posttraumatische stressstoornis en hun gezinnen. Deze ideeën heb ik samen met enkele collega's (systeemtherapeut, klinisch psycholoog/psychotherapeut, ontwikkelingspsycholoog, creatief therapeut en psychomotore therapeut) verder ontwikkeld tot de behandeling in de huidige vorm.

De grondleggers

Bij meergezinsbehandeling wordt behandeling geboden aan meerdere gezinssystemen tegelijk in een groep. Het betreft een combinatie van gezinsbehandeling en groepsbehandeling. De doelen van deze behandeling kunnen variëren van psycho-educatie tot systeemtherapie, waarbij het veranderen van disfunctionele gezinspatronen centraal staat.

Meergezinsbehandeling is ontwikkeld sinds het ontstaan van de systeembehandeling (Asen & Scholz, 2009). In de Verenigde Staten sinds de veertiger en vijftiger jaren van de vorige eeuw ontstonden groepen voor chronisch psychotische patiënten en hun familie. Peter Laqueur (1972) wordt als de grondlegger van dit type behandeling beschouwd. Hij werkte in de vijftiger jaren met schizofrene patiënten en betrok de familieleden direct bij het behandelproces. Binnen enkele jaren werden door psychiaters en psychologen verschillende methoden ontwikkeld voor volwassenen, zoals door McFarlane (1982) en Anderson (1983). McFarlane noemde een meergezinsgroep een lerende omgeving; gezinnen hebben een scherp oog voor problemen in andere gezinnen en zijn goed afgestemd op de structurele en interactionele problemen van die andere gezinnen. McFarlanes ervaring was dat gezinnen die disfunctionele patronen in andere gezinnen hebben waargenomen, de geleerde lessen op zichzelf toepassen zonder dat dit expliciet gemaakt hoeft te worden.

In de afgelopen twee decennia is meergezinsbehandeling met volwassenen steeds meer in trek geraakt. In het eerder genoemde boek van Asen en Scholz (2009) wordt een samenvatting gegeven van de meest belangrijke ontwikkelingen en ontwikkelaars. Enkele voorbeelden zijn patiënten met ernstige depressies (o.a. Anderson, Griffin, Rossi, Pagonis, Holder, & Treiber, 1986; Keitner, 2002; Lemmens, Eisler, Migerode, Heireman, & Demyttenaere, 2007), met bipolaire stoornissen (o.a. Moltz & Newmark, 2002), met drugsverslaving (o.a. Kaufman & Kaufman, 1979), en met borderline persoonlijkheidsstoornissen (o.a. Berkowitz & Gunderson 2002).

Het werk van Salvador Minuchin (Minuchin, Montalvo, Guerney, Rosman, & Schumer, 1967) met arme en gemarginaliseerde gezinnen inspireerde Alan Cooklin (Cooklin, Miller, & McHugh, 1983), de eerste directeur van de Marlborough Family Service, een *family day unit* te openen en te gaan werken met meergezinsgroepen. Minuchin is gedurende enkele jaren tweemaal aan hun instituut verbonden geweest en heeft bijgedragen tot de verdere ontwikkeling van hun werk en de ontwikkeling van hun Marlboroughmodel van meergezinsbehandeling. Nieuwe ontwikkelingen in het veld zijn in de afgelopen 35 jaar steeds in deze methode geïncorporeerd. Zo zijn onder andere mentaliserende technieken deel uit gaan maken van de methode.

De Marlborough Family Service maakt onder meer gebruik van meergezinsbehandeling bij gezinnen waarin sprake is van ernstige verwaarlozing, schooluitval bij de basisschool en middelbare scholen, eetstoornissen, schizofrenie, en bij de stoornis van Asperger.

De Marlborough-methode

Asen en Scholz (2010) schrijven dat meergezinsbehandeling is gebaseerd op systeemtheoretische en systeemtherapeutische principes. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van werkzame methoden uit de groepstherapie, zoals wederzijdse steun, constructieve kritiek, modelling, rollenspel en feedback.

Meergezinsbehandeling kan worden geboden in open en gesloten groepen, gedurende anderhalf uur per maand of gedurende enkele dagen per week. In een behandelingsgroep bestaat de mogelijkheid om naast groepsgesprekken ook individueel te werken met gezinnen en partner- of individuele gesprekken te voeren. Soms duren deze gesprekken maar tien minuten, maar dat kan zinvoller zijn dan een langer gesprek enkele dagen later.

De methode maakt gebruik van de kennis en ervaringen van de gezinnen om disfunctionele patronen te herkennen, van de kennis van effecten van individuele psychiatrische klachten, als ook van het feit dat het zien van disfunctionele patronen bij andere gezinnen zelfinzicht doet vergroten. De confrontatie met deze patronen werkt als een spiegel voor hen.

In een gestructureerd programma worden met een gevarieerd, vol rooster verschillende contexten gecreëerd, die de gezinnen zoveel mogelijk uitdagen om vanuit meerdere perspectieven op hun gedrag en gezinspatronen te reflecteren. Zo kan bijvoorbeeld gewerkt worden in subgroepen van ouders, van kinderen, van vaders met kinderen, met binnen- en buitenkringen, enzovoorts. De steeds veranderende context creëert een snelkookpan die het veranderingsproces van gezinnen versnelt.

Anders dan in de meeste modellen van meergezinsbehandeling staat de therapeut in dit proces niet centraal, maar fungeert deze als een katalysator om reacties en interacties tussen de gezinsleden en de gezinnen mogelijk te maken die anders niet zouden plaatsvinden. De therapeut blijft niet lang op een plek in de groep zitten, maar beweegt zich voortdurend in de groep, legt verbinding tussen de gezinnen en benadrukt communicatie- of gedragspatronen die belangrijk zijn voor het therapieproces. Zodra gezinsleden of gezinnen hierover met elkaar in gesprek gaan, doet de therapeut een stap opzij; gaandeweg het therapieproces kiest de therapeut steeds meer een metapositie. Vanuit deze positie nodigt hij de gezinsleden en de gezinnen uit te onderzoeken wat er tussen hen gebeurt en of zij dat zo

wensen. De gezinnen worden gestimuleerd hun observaties en constructieve kritiek met elkaar te delen. Die verdragen en accepteren zij over het algemeen beter dan wanneer ze door de therapeuten worden gemaakt. De groep wordt uitgenodigd meerdere perspectieven met elkaar te ontwikkelen op hun problematiek en manieren te ontwikkelen om vastgelopen patronen te wijzigen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van elkaars kracht en ervaring om tot gedragsverandering te komen.

Vanaf de start van de behandeling worden de gezinnen gewezen op de mogelijkheid om tussen de behandel dagen door contact te houden en in moeilijke situaties een beroep op elkaar te doen. Zo worden ze minder afhankelijk van de therapeuten en kunnen ze een nieuw steunend netwerk ontwikkelen. Dit is anders dan gebruikelijk bij een groepspsychotherapeutische behandeling.

Verderop in het artikel wordt onze werkwijze meer uitgebreid beschreven.

Veteranengezinnen

Niet iedere veteraan (in dit artikel wordt steeds gesproken over mannelijke veteranen maar vanzelfsprekend zijn er ook vrouwen in dezelfde positie) ontwikkelt een posttraumatische stressstoornis (ptss) na deelname aan militaire missies. Tussen 1939 en nu zijn ruim 650.000 Nederlandse militairen betrokken geweest bij oorlogen en vredesmissies. Uit onderzoek is gebleken dat ongeveer 5% van de Nederlandse veteranen een ptss ontwikkelt. Daarnaast ontwikkelt 15% één of meerdere symptomen van een ptss. Ook is vaak sprake van middelen- en/of drankmisbruik.

De voor de andere gezinsleden meest belastende symptomen van ptss zijn enerzijds het gevoel van vervreemding en loskoppeling van anderen en een beperkt gevoel van affectie (bijvoorbeeld de onmogelijkheid om liefde te voelen), anderzijds de symptomen van hyperarousal, zoals hyperwaakzaamheid, schrikachtigheid, irritatie en woede-uitbarstingen. Een sterke behoefte om gedachten en gevoelens of gesprekken die geassocieerd kunnen worden met het trauma te voorkomen, mondt uit in vermijdingsgedrag. Vermijding van allerlei situaties die herbeleving van het trauma kunnen oproepen, kan zich uitbreiden tot vrijwel alle sociale situaties, van het vieren van verjaardagen tot het doen van boodschappen en ondernemen van gezamenlijke activiteiten.

Dirk is getrouwd met een vrouw die kinderen had uit een eerder huwelijk. Zij ervaren hem als een goede echtgenoot en stiefvader. Zij wisten echter niet dat Dirk iedere nacht in hun huis patrouilleerde om zeker

te zijn dat zijn gezin en hij veilig waren voor de vijand. Toen hun pasgeboren baby's nachts huilde, veranderde zijn kind voor hem in een gevaar dat hen zou kunnen uitleveren aan de vijand. Hij begon zijn kind te haten en schaamde zich daar intens over. Hij durfde dit niet aan zijn echtgenote te vertellen, werd prikkelbaar en kreeg last van woede-uitbarstingen jegens haar en de kinderen.

Ook Klaas was voortdurend bezig te onderzoeken of hij en zijn gezin wel voldoende veilig waren. In de loop der jaren werd hij steeds meer controlerend. Dat gold niet alleen bezigheden en contacten buitenshuis, maar uiteindelijk ook alle activiteiten in het gezin. Hij trok zich enerzijds helemaal terug uit het gezinsleven door lange uren achter zijn computer te zitten, anderzijds stond zijn computer in het midden van de kamer en kon hij zo ieders activiteiten controleren. Wanneer de dingen anders liepen dan hij had gepland of verwacht, volgden er heftige woede-uitbarstingen.

De voortdurende stress, angst en oververmoeidheid ten gevolge van die hyperalertheid zorgen voor prikkelbaarheid en explosiviteit. Driftbuien en agressieve uitbarstingen helpen weliswaar de interne spanningen te ontladen, maar leiden in het gezin vaak tot verbaal en/of fysiek geweld, of men verspreidt een sfeer van kalme, bijna dodelijke woede om zich heen. Buiten het gezin wordt ontlading gezocht in het verkeer en door confrontaties met derden op te zoeken. De behoefte aan controle over de eigen angst is groot en wordt vaak vertaald in controle houden over het gezinsleven en de gezinsleden. Zo kunnen de eetmomenten gaan lijken op maaltijden in een strenge kazerne, waarbij niet mag worden gesproken en niets op de borden achter mag blijven. Over het algemeen bestaat weinig inzicht in het eigen gedrag en de effecten hiervan op de relatie met partner en kinderen. Meer kwetsbare emoties, zoals angst, verdriet en somberheid, worden afgeweerd.

Vrouw en kinderen raken vaak eveneens door angst bevangen. Vooral de angst voor suïcide, steeds nieuwe conflicten, controleverlies en de woede-uitbarstingen hebben grote invloed (Catherall, 2004). Zij gaan hun best doen situaties te vermijden die de vader kunnen triggeren en gaan steeds meer rechtstreekse confrontaties uit de weg. Activiteiten buitenshuis vinden plaats zonder vader of worden vroegtijdig afgebroken. Er is veel schaamte: ieder doet zijn best de interne gezinsproblemen te verbergen. Sociale contacten nemen af en de gezinnen komen vaak terecht in een isolement. Ze voelen zich vaak door niemand begrepen.

De vrouw van de veteraan wordt de beschermer van de kinderen, de mediator en de organisator van het gezin. Een of meerdere kinderen

nemen samen met de moeder een deel van de zorg voor het gezin over en komen in een geparentificeerde positie terecht. Er is sprake van coalitievorming en triangulatie. Rechtstreeks communiceren over irritaties, behoeften en wensen wordt vermeden. Moeder en kinderen komen aan de ene kant te staan, vader aan de andere kant. Gevoelens van eenzaamheid en het gevoel buitengesloten te worden versterken dit patroon nog meer.

Vaak is sprake van zogenaamde secundaire traumatisatie. Moeder en de kinderen worden ook vaak kortaf en agressief naar elkaar of naar derden en ontwikkelen beperkte interactiepatronen. Er is sprake van hyperarousal bij alle gezinsleden. Ook dit houdt de verstoorde gezinspatronen in stand.

Wanneer deze problematiek lang blijft bestaan, vindt een herstructurering van de gezinsroutines plaats. De taakverdeling verschuift. Beslissingen worden vaak uitgesteld in de hoop dat het straks beter zal gaan. Uiteindelijk raken de verdeling van de krachten en de voeding van de relaties uit balans. Zo ontstaan vaak nieuwe, aangepaste gezinsrituelen en aan de ptss aangepaste gezinspatronen. Verjaardagen worden bijvoorbeeld niet of slechts in zeer kleine kring gevierd. Uiteindelijk vindt verstoring van de gezinsidentiteit plaats: de gezinnen voelen zich veteranengezinnen en noemen zichzelf ook zo. De ziekte (ptss) wordt het centrale organiserende principe.

Moedeloosheid, hulpeloosheid en machteloosheid staan voorop bij alle gezinsleden. Zij volgen niet meer als vanzelf de normale levenscyclus en hebben moeite met faseovergangen.

De voordelen van meergezinsbehandeling

Zoals eerder beschreven zijn de gezinnen waarin dergelijke problemen zich afspelen vaak in een isolement terechtgekomen. Zij hebben alle het gevoel het enige gezin te zijn dat met deze problemen kampt. Meergezinsbehandeling biedt de mogelijkheid om isolement en stigmatisatie op te heffen. Het biedt gezinnen gelegenheid om samen ervaringen uit te wisselen en op zoek te gaan naar nieuwe perspectieven. Het biedt een goede mogelijkheid om van hulpeloos behulpzaam te worden. De groep biedt de kans om gevoelige en schaamtevolle onderwerpen gezamenlijk te verkennen en elkaar steun te bieden. En biedt daarnaast de mogelijkheid sociale connecties te creëren en weer een nieuw netwerk te ontwikkelen.

De gezinsgroep biedt gezinnen de mogelijkheid om problematische kwesties in alle details in een sociale en echte omgeving te bestuderen. Aan gezinnen wordt gevraagd moeilijke situaties uit de thuissituaties aan de groep te laten zien en hierover te reflecteren. Problematische interacties kunnen via het perspectief van een ander gezin naar voren

worden gehaald. Experimenteren met nieuw gedrag wordt door middel van spel en actie aangemoedigd.

Intakefase

De intake bestaat uit een gesprek met het paar, een gesprek met het hele gezin en een adviesgesprek. Naast de meergezinsbehandeling krijgt de veteraan altijd een individueel traject aangeboden. Het meergezinsbehandeling-behandelteam en de individuele behandelaar adviseren of een ondersteunende of een op traumaverwerking gerichte behandeling wordt aangeboden. Wanneer een individueel traject ook nodig blijkt te zijn voor de partner en kinderen, wordt verwezen naar passende hulp buiten dit programma. Is er sprake van een samengesteld gezin, dan wordt schriftelijk toestemming voor behandeling van de kinderen gevraagd aan de andere biologische ouder en vindt met hem of haar een kennismakingsgesprek plaats, waarin afspraken worden gemaakt hoe deze op de hoogte kan blijven van de ontwikkeling en behandeling van zijn of haar kind(eren).

Uitsluitingscriteria zijn seksueel misbruik binnen het gezin, (fysiek) geweld en alcohol- en middelenmisbruik waarbij geen afspraak gemaakt kan worden over stoppen of het misbruik tot thema maken binnen de behandeling. De intakefase wordt afgesloten door een informatiebijeenkomst, waarin 'oude' groepsleden de 'nieuwe' gezinnen informeren over hun ervaringen met de behandeling tot dan toe.

Behandelfase

Een meergezinsbehandeling van een dag per week zou te veel ruimte laten bestaan voor de genoemde vermijdingsneigingen. Het creëren van een snelkookpan, nodig om te komen tot gedragsverandering, wordt dan moeilijker. Daarbij zou een wekelijkse dagbehandeling gedurende enkele maanden de schoolgang van de kinderen te zeer verstoren. Vandaar dat wij de meergezinsbehandeling voor deze doelgroep hebben gemodificeerd door in blokken van aaneengesloten behandeldagen te werken. In de afgelopen vier jaar bleek dat alle scholen hun medewerking hebben gegeven aan de behandeling en dat geen enkele leerling heeft moeten doubleren.

Het programma bestaat uit vijftien behandeldagen, verdeeld over zes blokken van aaneengesloten dagen, verdeeld over een periode van zeven maanden. Het eerste blok duurt drie aaneengesloten dagen. Het tweede blok van twee aaneengesloten dagen volgt ruim twee weken later. Het

derde blok vindt vier weken later plaats en duurt drie dagen. Een van deze dagen is een parendag. Het vierde blok, zes weken later, duurt drie dagen. Ook een van de deze dagen is een parendag. Het vijfde blok vindt zes weken later plaats en duurt twee dagen, waaronder ook weer een parendag. Het zesde blok, zes weken later, duurt twee dagen.

Er nemen tussen de zes en acht gezinnen aan de behandeling deel. De groeps grootte is gemiddeld tussen de 24 en 32 personen. Twee systeemtherapeuten werken de hele dag, ook in de pauzes, met de groep. De behandel-dag is opgesplitst in vier onderdelen van anderhalf uur. Gedurende een onderdeel bestaat de mogelijkheid de groep te splitsen en werken een creatief therapeut en een psychomotoire therapeut met de therapeuten samen. Een psychiater is op de achtergrond aanwezig voor medicatieconsulten.

Halverwege de behandeling, na het derde blok, vindt een behandel-evaluatie plaats in de groep. Hierbij wisselen gezinnen en behandelaars hun ervaringen uit en worden zo nodig adviezen gegeven over te verwachten nodige hulpverlening na afronding van de meergezinsbehandeling. De informatie en het advies van alle bij de behandeling betrokken hulpverle-ners worden eveneens in de groep besproken. Voor samengestelde gezin-nen bestaat in deze fase de mogelijkheid van een evaluatiegesprek, zo mogelijk met beide ouderparen/gezinnen. Aan het einde van de behande-ling vindt eveneens een afrondend gesprek plaats.

In het eerste blok van de behandeling ligt de nadruk op kennismaking, groepsvorming, het kijken naar vastgelopen gezinspatronen en de gevoe-lens daarbij. In het tweede blok kijken we vooral naar het leren herkennen van vastgelopen gezinspatronen en het overwegen van kleine experimen-ten met nieuw gedrag. Blok drie staat in het teken van herkennen van vast-gelopen patronen en het experimenteren met nieuw gedrag. In blok vier wordt veel aandacht besteed aan het veranderen van de vastgelopen gezinspatronen en het vasthouden van bereikte doelen in de thuissituatie. Daarna volgt blok vijf, gericht op het vasthouden van veranderingen, het leren herkennen van en omgaan met terugval in oude patronen en advie-zen voor de toekomst. In blok zes staat afscheid nemen centraal.

Algemene werkwijzen en interventies bij meergezinsbehandeling

Wij hanteren als basismethode de structurele systeemtherapie, waarbij het werken in het hier en nu met *re-enactment* (het opnieuw uitspelen) centraal staat, aangevuld met technieken uit andere methoden uit de systeemtherapie, zoals het circulair interviewen, externaliseren van het probleem, de groep gebruiken als *reflecting team* en het werken met geno-grammen. Deze structurele methoden worden aangevuld met elementen

die het mentaliserend vermogen vergroten en met technieken uit de groepspsychotherapie. Groepsdynamica wordt als referentiekader gebruikt om de groepsfasen te begrijpen en te bewerken, interacties tussen gezinnen te laten plaatsvinden, hen ervaringen te laten delen en tegelijkertijd de uniekheid van de afzonderlijke gezinnen te versterken.

Daarnaast wordt gewerkt met actiegerichte technieken, zoals rollenspelen, *sculpting*, psychodrama en psycho-educatie. Ook passen we technieken toe uit de creatieve therapie. Teken en, schilderen en boetsen als middelen om gevoelens rondom gezinspatronen te verhelderen, worden ingezet. Werkvormen uit de psychomotore therapie, zoals bewegen, spelen en samenwerken worden gebruikt als middelen om gezinnen nieuwe vormen van gezamenlijkheid te leren en om interacties te verduidelijken.

In het eerste blok van de behandeling verbinden de therapeuten zich met alle gezinnen, door beurtelings met hen contact te maken tijdens de aangeboden oefeningen. Het grootste deel van de communicatie verloopt in die fase via de therapeut. Vervolgens brengt de therapeut tijdelijke subgroepen van twee tot drie gezinnen bij elkaar, waarin zij worden uitgenodigd samen te werken of zij aan zij te werken in de geboden oefeningen en met elkaar te reflecteren op zichtbaar geworden gezinspatronen. Deze subgroepen worden zo vaak gewisseld dat alle gezinnen hun eigen en elkaars gezinspatronen goed leren kennen en er een open sfeer ontstaat om moeilijke en pijnlijke interacties bespreekbaar te maken. In het begin fungeert de therapeut nog als rolmodel.

In latere blokken selecteert de therapeut een bepaalde interactie uit een gezin en laat die in de hele gezinsgroep doorwerken. Het biedt de gezinnen gelegenheid herkenning in elkaar en in de interacties uit te spreken, maar ook de verschillen te benoemen. In die blokken cirkelt de therapeut als een helikopter boven de groep en maakt soms een duik naar beneden om de groep attent te maken op interacties, zowel positieve als negatieve, waarvan de gezinnen kunnen leren. De therapeut trekt zich meer en meer terug naar de rand van de groep en de gezinnen reageren zelfstandig op elkaar. Zij confronteren elkaar met wat zij waarnemen en zoeken samen naar andere manieren om met de ptss en de vastgelopen gezinspatronen om te gaan.

De gezinnen verdragen interventies van elkaar vaak veel beter dan interventies van de therapeuten. Zij zijn open en confronterend in hun reflecties, maar ook steunend en verhelderend. Allen zitten immers in het hetzelfde schuitje.

De gezinnen werken naast elkaar ieder aan een eigen tafel aan een oefening. Wij hebben hun gevraagd in de vorm van een tekening een conflictlandschap te maken van hun gezin, waarin zij aangeven wie met wie en waar vaak ruzie heeft en waarover. In de nabespreking wor-

den de tafels van twee gezinnen aaneengeschoven en wordt gereflecteerd op de oefening. Niet alleen wordt ingegaan op de inhoud van de tekening, maar ook op de wijze waarop het gezin heeft gewerkt. Was er voldoende samenspraak, deed iedereen mee, wie bepaalde wat er werd getekend? Zo vertelde een vader dat de kinderen in zijn gezin ongemotiveerd waren en maar in hun stoel hingen. Het andere gezin liet weten dat hun was opgevallen dat de vader alles bepaalde wat er getekend werd. Zij zagen de kinderen afhaken en moeder vruchteloos bemiddelen. De kinderen uit het eerste gezin konden vertellen dat zij hier boos en teleurgesteld om waren. Zo ging het altijd in het gezin, maar zij durfden dit vanwege de grote agressie van hun vader niet te zeggen. Voor de vader was het moeilijk om dit te horen, maar de steun van de andere vader die met hetzelfde probleem kampte, maakte het hem mogelijk naar zijn gedrag te kijken.

De groepssamenstellingen wisselen. Soms is de groep in zijn geheel actief, en dan weer werken we met subgroepen van twee of drie gezinnen binnen de grote groep. Zo kunnen subgroepen van de ouders, de kinderen, moeders en kinderen, vaders en kinderen, partners, veteranen, enzovoort aan de slag zijn. We werken met binnen- en buitencirkels en -groepen, met interacties tussen de gezinnen, technieken om te leren luisteren en met beeldende technieken om de emotionele binnenwerelden zichtbaar en bespreekbaar te maken. Alles wat helpt, wordt gebruikt.

De ouders hadden het verzoek gedaan de stem van hun kinderen te horen. Hierop werd de kinderen verzocht in de binnencirkel plaats te nemen. We vroegen hen met elkaar uit te wisselen hoe het voor hen was om in een gezin te leven dat kampt met deze problemen en daarna met een standbeeld van zichzelf uit te beelden hoe zij zich voelden. De ouders namen plaats in de buitencirkel en kregen de opdracht te kijken en te luisteren.

Op verzoek van hun ouders spraken alle kinderen vrijuit. Ze waren open over hun angsten, hun ideeën dat alle problemen hun schuld waren, hoe zij hun boosheid en spanningen afreageerden op zichzelf of de andere brusjes of de hond, en hoeveel behoefte zij hadden aan veiligheid en harmonie in het gezin. Een van de kinderen las een zelfgemaakt gedicht voor, waarin alle kinderen zich herkenden. Alle kinderen en ouders durfden hun verdriet openlijk te laten zien. De ouders boden de kinderen daarna troost.

Daarna gingen we apart verder. De ouders gingen opnieuw aan het werk in een binnen- en buitencirkel. De vrouwen spraken met elkaar in de binnenkring hoe zij zich voelden in de relatie en het gezin. Aan

de mannen in de buitencirkel de taak om te kijken en te luisteren. Daarna wisselden zij van cirkel. Zo kwamen allen aan bod. In de reflectie werd gezocht naar nieuwe inzichten, herkenning en verschillen.

De kinderen werkten met een van de systeemtherapeuten en de creatief therapeut aan een lichaamstekening. Daarin tekenden zij wat er in hun lichaam gebeurt wanneer er agressie is in het gezin. In het onderdeel daarna wisselden ouders en kinderen met elkaar uit waaraan zij hadden gewerkt. De kinderen wilden hun lichaamstekening aan hun ouders laten zien.

Een van de kinderen, een jongen van elf, vertelde hoe zijn vaders agressie zijn hoofd in de war maakte met heel boze gedachten. Hij wilde die niet laten zien. Hierdoor kreeg hij veel pijn in zijn hart en kwamen er dikke tranen. Terwijl hij dit vertelde, draaide hij zich naar zijn vader om en zei: 'Ik wil wel laten zien hoe boos ik dan ben, maar daar kan jij toch niet tegen, papa. Dat weet je toch?' Iedereen was geraakt. De vader heeft daarna met de groep en zijn gezin afspraken gemaakt om zijn driftbuien te beheersen.

We leggen de groep voor dat er een internationaal congres wordt georganiseerd over (chronische) ptss. We vragen hen dit congres samen voor te bereiden: wat is ptss, hoe is ptss merkbaar voor de patiënt, voor de partner, voor de kinderen, wat is er door de ptss veranderd in negatieve en positieve zin? Daarna vragen we de groep het congrespubliek te spelen. Een veteraan, een partner en een of meerdere kinderen houden een kort referaat over wat zij weten, gestoken in een witte doktersjas, want zij zijn immers de deskundigen. Uit deze bijeenkomst blijkt hoeveel de gezinnen al weten over de problematiek en hoeveel kennis zij met elkaar kunnen delen.

Er wordt een beroep gedaan op de kracht van de groep en daarmee op herstel van zelfvertrouwen en het opbouwen van eigen kracht. Alle oefeningen in de groep zijn gericht op het leren reflecteren op de eigen emoties en gedrag, dit delen met de andere gezins- en groepsleden, het vergroten van het vermogen zich in te leven in de gevoelens van de ander en meer besef welk effect het eigen gedrag heeft op de relaties in het gezin en op de gevoelens van de andere gezinsleden.

We geven alle gezinsleden kartonnen bordjes op een stokje, waarop aan twee zijden getekend kan worden. De ouders tekenen aan de ene kant een masker dat de binnenwereld van elk van hun kinderen uitbeeldt en aan de andere kant een van de buitenwereld van dat kind. De

kinderen doen hetzelfde van hun ouders. Daarna houden de gezinsleden dat masker voor hun gezicht en vertellen ze elkaar wat ze hebben willen uitbeelden. Dit leidt tot open gesprekken over ieders binnen- en buitenwereld. De deelnemers leren zich in elkaar te verdiepen en elkaar te begrijpen.

Een belangrijke techniek van het Marlborough model is het werken met het vijfstappenmodel. De therapeut observeert een moeizame interactie en zegt tegen het gezin: (1) Het valt mij op dat... (2) Herkennen jullie dat? Wanneer het niet wordt herkend, gaat de therapeut er niet verder op in. (3) Is dit zoals jullie het willen? Wanneer het gezin aangeeft tevreden te zijn, laat de therapeut het los. (4) Wat zouden jullie willen veranderen? (5) Hoe zouden jullie deze verandering kunnen maken, welke hulp en van wie hebben jullie hierbij nodig?

Dit vijfstappenmodel wordt vanaf de allereerste dag gehanteerd. Na enige tijd nemen de gezinnen dit model over in de communicatie met elkaar. De therapeut schakelt de andere gezinnen ook actief in bij het reflecteren op observaties of het zoeken naar ander gedrag.

De meeste van de oefeningen zijn in de loop der jaren binnen het Marlborough model ontwikkeld. Tijdens het werken met onze doelgroep hebben wij ook nieuwe oefeningen ontwikkeld of oefeningen die specifiek voor deze doelgroep zijn. De thema's en oefeningen zijn, gezien de problematiek van veteranengezinnen, vooral gericht op het vergroten van de openheid in gezinnen en het verminderen van de hyperarousal en controle.

In de zaal voor psychomotore therapie is een hindernisbaan aangelegd zoals gebruikelijk is bij de militaire training. De gezinnen worden op missie gestuurd en moeten deze hindernisbaan nemen. Elk gezin krijgt een extra moeilijkheid of 'handicap' mee. Aan de andere gezinnen wordt gevraagd te observeren hoe het actieve gezin samenwerkt. Aansluitend moeten zij een oefening bedenken waardoor het gezin kan leren om anders te gaan samenwerken. Zo mocht een gezin waarin vrijwel niet werd gecommuniceerd, alleen mondelinge aanwijzingen gebruiken om de hindernisbaan te nemen. In een ander gezin nam de vader altijd de voortrekkersrol en hadden de kinderen geen inspraak. Het gezin kreeg de opdracht zich te laten leiden door de kinderen.

Gedurende de laatste twee blokken is met de groep overleg gevoerd of de duur van het behandelaanbod aansloot bij de behoefte. Ook bespraken wij de mogelijkheid van terugkomdagen. Maar de gezinnen gaven aan daaraan geen behoefte te hebben. Veel van hen hadden wel de wens om buiten een therapiesetting onderling contact te houden.

Beschouwing

Sinds vier jaar bieden wij in het Psychotraumacentrum Zuid Nederland een meergezinsbehandeling aan voor veteranen en hun gezinnen. Als methode is gekozen voor een uitgekristalliseerde en bewerkte vorm van het Marlborough model. Voor zover bekend is deze toepassing nieuw en bestaat elders geen meergezinsbehandeling speciaal voor veteranengezinnen die worstelen met de gevolgen en effecten van ptss bij een gezinslid ten gevolge van een militaire missie. Een van de aanpassingen is het werken in blokken van aaneengesloten dagen en de toevoeging van parendagen, zodat zowel de gezinsproblematiek als de parenproblematiek onderdeel van de behandeling is. Daarbij zijn oefeningen specifiek aangepast aan de leefsituatie en problematiek van veteranengezinnen. Gezien de uitkomsten van het tevredenheidsonderzoek en de voorlopige resultaten van het effectonderzoek lijken de aanpassingen goed te hebben uitgekapt.

Voor de therapeuten is het een zware, uitdagende periode geweest, vooral gedurende de eerste drie groepen, door zowel de zwaarte van de problematiek en als het gebrek aan ervaring met deze methode. Daardoor werden veel groepssituaties als onverwacht beleefd. De door Derek Taylor van de Marlborough Family Service geboden jaarlijkse live supervisie heeft ertoe bijgedragen dat niet te veel beginnersfouten zijn gemaakt of dat ze snel konden worden overwonnen. Intervisie zou achteraf zeer nuttig geweest zijn om parallelprocessen eerder te herkennen.

Naast een zware periode is het vooral heel mooi en ontroerend geweest om getuige te kunnen zijn van het harde werken van de gezinnen en de veranderingsprocessen die zij hebben doorgemaakt.

Het opstarten is zeker een experiment geweest, wij zijn echter zeer tevreden over de behaalde resultaten. Wij denken zelf dat onze werkwijze een zeer krachtige herstelbevorderende factor is geweest. Los van het lotgenotencontact en de onderlinge psycho-educatie zijn het gebruikte model en de beproefde technieken zeer helpend geweest veranderingen in gang te zetten.

Conclusie

Ofschoon de gegevens uit onderzoek nog in bewerking zijn en nog enige tijd op zich laten wachten, worden wij zodanig gesterkt door de zichtbare resultaten en de bevindingen uit het tevredenheidsonderzoek dat de conclusie gerechtvaardigd lijkt dat deze behandeling in een aantal opzichten effectief te noemen is. De sterke vermindering van de agressie en de toegenomen openheid in de gezinnen staan hierbij op de voor-

grond. De betere samenwerking tussen man en vrouw als echtelieden en als opvoeders en het verbeteren van het functioneren op school van de kinderen (er is ondanks de gemiste dagen geen kind blijven zitten), worden door de meeste deelnemers de belangrijkste winsten genoemd. Deze vorm van behandeling zal blijvend worden aangeboden aan veteranengezinnen. We overwegen de behandeling tevens aan te bieden aan gezinnen van vluchtelingen en asielzoekers, vanzelfsprekend in een aangepaste vorm.

Hoopgevend naschrift *In de laatste fase van de behandeling waren de gezinnen zo tevreden over de behandeling, dat zij op eigen initiatief contact opnamen met de schrijvende pers, radio, tv, Tweede Kamerleden en zelfs het Koninklijk Huis. Zij wilden iedereen op de hoogte brengen van het bestaan van de behandeling, zodat ook andere gezinnen ervan zouden kunnen profiteren. Hierop volgde een feestelijke bijeenkomst met pers en politici en een gelukwens van het Koninklijk Huis. Alle kinderen werden door hun vader gedecoreerd met een gouden anjer. Deze onderscheiding krijgen kinderen nu wanneer hun ouder(s) worden onderscheiden voor hun inzet tijdens militaire missies.*

Erie Hilliger is maatschappelijk werker/systeemtherapeut, verbonden aan het Psychotraumacentrum Zuid Nederland, onderdeel van de Reinier van Arkelgroep in 's-Hertogenbosch, en werkt daarnaast als seksuoloog in een vrijevestigde praktijk. E-mail: e.hilliger@rvagroep.nl.

Samenvatting In dit artikel wordt de methode meergezinsbehandeling beschreven zoals deze gedurende 35 jaar is ontwikkeld door de Marlborough Family Service te Londen en is aangepast aan de doelgroep Nederlandse veteranen die lijden aan een ernstige en chronische posttraumatische stressstoornis en hun gezinnen.

In de afgelopen vier jaar is deze behandeling vier maal aangeboden aan in totaal 26 gezinnen. Er namen 26 ouderparen deel en 56 kinderen in de leeftijd van 2 tot 31 jaar. De gemiddelde groepsgrootte was 6 tot 7 gezinnen.

Tegelijk met de start van de eerste groep is een tevredenheids- en effectenonderzoek gehouden. De meeste gezinnen waren tevreden over de verbeterde relaties, de betere communicatie, de vergrote veiligheid en de grote afname van agressie in hun gezin

Literatuur

- | | |
|---|--|
| <p>Anderson, C.M. (1983). A psychoeducational program for families of patients with schizophrenia. In W.R. McFarlane (ed.), <i>Family therapy in schizophrenia</i> (pp. 173-187). New York: Guilford.</p> | <p>Anderson, C.M., Griffin, S., Rossi, A., Pagonis, I., Holder, D., & Treiber, R. (1986). A comparative study of the impact of education vs. process groups for families of patients with affective disorders. <i>Family Process</i>, 25, 185-205.</p> <p>Asen, E., & Scholz, M. (2009). <i>Praxis der Fami-</i></p> |
|---|--|

- lientherapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Asen, E., & Scholz, M. (2010). *Multi family therapy – Concepts and techniques*. London/New York: Routledge.
- Berkowitz, C., & Gunderson, J.G. (2002). Multifamily psychoeducational treatment of borderline personality disorder. In W.R. McFarlane (ed.), *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders* (pp. 268-291). New York: Guilford.
- Catherall, D.R. (ed.) (2004). *Handbook of stress, trauma, and the family*. London/New York: Routledge.
- Cooklin, A., Miller, A., & McHugh, B. (1983). An institution for change – Developing a family day unit. *Family Process*, 22, 453–468.
- Kaufman, E., & Kaufman, P. (1979). Multiple family therapy with drug abusers. In E. Kaufman & P. Kaufman (eds.), *Family therapy of drug and alcohol abuse* (pp. 81-83). New York: Gardner.
- Keitner, G., Drury, L., Ryan, C., Miller, I., Norman, W., & Solomon, D. (2002). Multifamily group treatment for major depressive disorder. In W.R. McFarlane (ed.), *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders* (pp. 244-267). New York: Guilford.
- Laqueur, H.P. (1972). Mechanisms of change in multi family therapy. In C.J. Sager & H.S. Kaplan (eds.), *Progress in group and family therapy* (pp. 400-415). New York: Brunner/Mazel.
- Lemmens, G., Eisler, I., Migerode, L., Heireman, M., & Demyttenaere, K. (2007). Family discussion group therapy for depression – A brief systemic multi-family group intervention for hospitalized patients and their family members. *Journal of Family Therapy*, 29, 49-68.
- McFarlane, W.R. (1982). Multiple family in the psychiatric hospital. In H.T. Harbin (ed.), *The psychiatric hospital and the family*. New York: Spectrum.
- McFarlane, W.R. (ed.) (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorder*. New York: Guilford.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B.G., Rosman, B.L., & Schumer, F. (1967). *Families of the slums*. New York: Basic Books.
- Moltz, D., & Newmark, M. (2002). Multifamily groups for bipolar illness. In W.R. McFarlane (ed.), *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders* (pp. 220-243). New York: Guilford.