

Oudergroepen en residentiële psychosebehandeling

door J.A. Hauer, C. Janzing en F.A. van Zantvoort

Inleiding

Dit artikel handelt over het samengaan van klinische behandeling van een patiënt met ambulante begeleiding van zijn/haar ouders. In de literatuur wordt in dit kader gesproken van 'bi-focale' behandelingsvormen: de focus is én de opgenomen patiënt én het sociaal systeem waar de patiënt uitkomt (of gedeelten daarvan).

De keuze voor een dergelijke behandelingsopzet stoelt op twee motieven:

1. Wanneer patiënten verward zijn, suïcidaal-depressief en dergelijke, is het zeer moeilijk, zo niet onmogelijk uitsluitend ambulant systeemgericht te behandelen. Een klinische behandeling in een passend therapeutisch milieu is hier de beste oplossing.

2. Wanneer aan het milieu waar de patiënt vandaan komt nauwelijks of geen aandacht wordt geschonken is de kans op een onbevredigend behandelingsverloop bij de patiënt tamelijk groot. Die factoren die binnen het milieu van herkomst de patiënt negatief beïnvloedden, blijven dan onberoerd en zijn tijdens de behandeling en na het ontslag van de patiënt nog steeds werkzaam. Er moet dus ook wat aan deze 'pathogene' factoren worden gedaan.

Een bi-focale behandelingsopzet komt tegemoet aan de hier genoemde problemen. Voor de patiëntengroep waar het in dit artikel over gaat is deze opzet naar onze ervaringen zeer geëigend gebleken. Het betreft hier mannen en vrouwen, in leeftijd variërend tussen 18 en 35 jaar. Bij opname in het algemeen psychiatrische ziekenhuis waren zij psychotisch. Dit varieerde van ernstige manisch-depressieve toestandsbeelden tot 'mildere' reactieve psychosen in allerlei vormen. Gemeen-

Schrijvers zijn respectievelijk maatschappelijk werker (VO), psycholoog/psychotherapeut en maatschappelijk werker (VO), allen verbonden aan het Psychiatrisch Ziekenhuis 'Vrederust', Moerstraatsebaan 503, 4661 AA Halsteren (Post Bergen op Zoom).

schappelijk was dat bij allen het contact met zichzelf en de werkelijkheid waarin zij leefden zodanig afweek van dat van de mensen rondom hen, dat opname noodzakelijk was. Hun intelligentie varieerde van zwakbegaafd tot even boven het gemiddelde niveau. De crisis, die de aanleiding tot opname was, ontstond in een spanningsveld waarbinnen de patiënt zich overbelast, overvraagd voelde. Meestal had dit te maken met het wegvallen van een veilige, voorspelbare omgeving. Bijvoorbeeld in militaire dienst gaan, alleen gaan wonen, een kind krijgen, verlies van een belangrijke ander (moeder, partner), conflicten in werksituaties etc. Het 'psychotisch worden' leek dan de enige ontsnapingsweg uit een hopeloze situatie.

Deze samenhang tussen psychotisch decompenseren en omgevingsinvloeden is in veel literatuur beschreven. Voor ons biedt Ciompi (1982) voldoende aanknopingspunten om deze samenhang te begrijpen. Hij voegt uiteenlopende visies over psychosen samen tot een heldere synthese. Een psychotische decompensatie is volgens hem een multi-conditioneel gebeuren: er is daarbij sprake van psychosociale en genetisch/somatische factoren die bij elke patiënt een verschillend gewicht hebben. Een kernbegrip in deze theorie is het *affectlogische betrekkingssysteem*, dat elk mens heeft. Ciompi doelt daarmee op geïnternaliseerde betrekkingssystemen die zowel een gevoel- als een denkcomponent bezitten (affect-logisch). Deze komen voort uit de wisselwerking van de mens met zijn omgeving. In de vroege jeugd vormen 'stukjes' wisselwerking met anderen bouwstenen van het (latere) zelf. Aanvankelijk is het gevoelsaspect daarvan primair, later ook het cognitieve aspect, maar beide zijn steeds aanwezig. De opbouw van dergelijke betrekkingssystemen, waaraan dus intrapsychische, sociale en fysiologische kanten zitten, bepaalt de integratieve mogelijkheden van mensen. Zo kan deze opbouw zwakke fundamenten bezitten. Dat wil zeggen dat de eerste wisselwerkingen tussen het kind en zijn moeder tegenstrijdigheden bezitten die in allerlei affectieve boodschappen vervat liggen en geïnternaliseerd worden. Daarmee is de basis gelegd voor een verzwakt en tegenstrijdig zelfbeleven. De kans op een redelijk integratievermogen in het latere leven is daarmee gering, in elk geval minder dan wanneer er van een hechter affectologisch betrekkingssysteem sprake zou zijn geweest. Er groeit een zwakke persoon op met onvoldoende identiteit en afgrenzing. Situaties die om duidelijke en heldere stellingname vragen worden als te bedreigend, te veel met druk beladen ervaren. Is de druk te hoog, dan kan het broze zelfgevoel wegvallen: een psychotische decompensatie is een feit. Deze ik-zwakte werd dikwijls gemaskeerd doordat een evenwicht werd gevonden binnen het gezinssysteem. Meestal namen anderen (met name vader of moeder) veel van de (latere) patiënt over, wat een afhankelijkheidsrelatie tot gevolg had, die dikwijls symbiotisch gekleurd is. Symbiotisch, omdat 'beide partijen' dit arrangement nodig hebben: de patiënt om te overleven, anderen om het systeem bijeen te

houden door bijvoorbeeld conflicten of verantwoordelijkheden uit de weg te gaan. Het voert te ver dit hier dieper te behandelen, we verwijzen hiervoor naar literatuur over de systeemtheorie van gezinnen.

Deze wat grove samenvatting van de visie van Ciompi op psychosen heeft implicaties voor de behandeling daarvan:

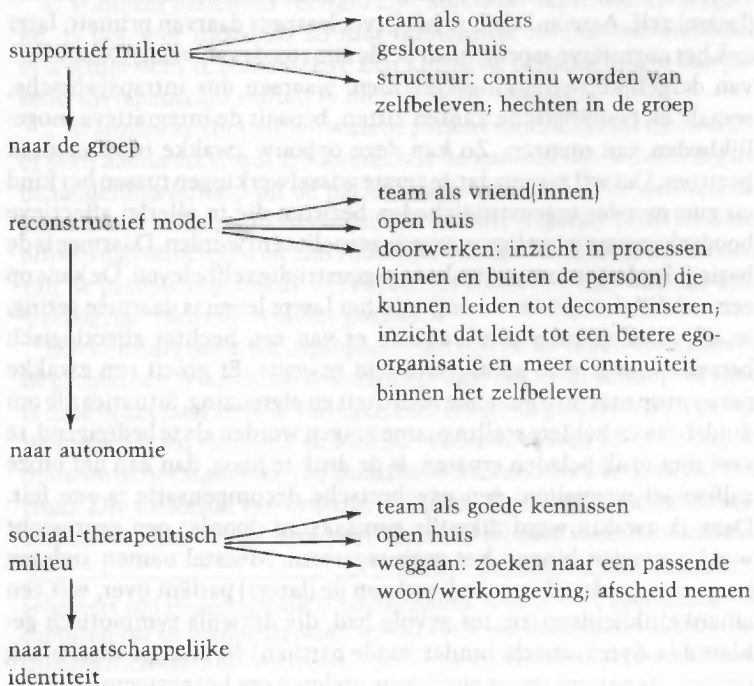
- acute desorganisatie van het zwakke zelf, vereist een omgeving waarin continuïteit van het zelfbeleven wordt bevorderd;
- parallel aan de behandeling van de psychotische patiënt, dient het gezinssysteem (of delen daarvan) behandeld te worden, dit met het oog op die factoren die psychose kunnen bevorderen, c.q. opnieuw uitlokken.

In het volgende beschrijven wij achtereenvolgens het therapeutisch milieu van de afdeling, een oriëntatie op ervaringen elders met groepsgerichte ouderbegeleiding en tenslotte onze eigen werkwijze en ervaring met betrekking tot oudergroepen.

Een therapeutisch milieu voor de behandeling van psychotische patiënten

In figuur 1 is het drie-fasenmodel voor psychosebehandeling weergegeven, dat gerealiseerd is binnen 'De Zoom'. Deze afdeling is een thera-

Figuur 1: Schema van een 3-fasenmodel voor psychosebehandeling



peutisch milieu voor psychosebehandeling binnen de sector vervolgfafdelingen van het psychiatrisch ziekenhuis 'Vrederust' te Halsteren. De Zoom is onderverdeeld in drie afdelingen. Elke afdeling biedt een specifiek therapeutisch milieu. Deze zijn achtereenvolgens: een supportief milieu, een reconstructief milieu en een sociaal-therapeutisch milieu (Lansen 1982, Janzing en Lansen 1985, Janzing en Kerstens 1984).

Het concept van het *supportieve therapeutische milieu* vindt zijn theoretische grondslag in het werk van Cumming en Cumming (1962). Het behandelingsdoel van een dergelijk milieu is om de zogenaamde executieve functies van het ego (Hartman 1964) zoals waarnemen, denken, herinneren, oriënteren, etc. te versterken. De Cummings gaan ervan uit dat, als de executieve egofunctie verbetert, dit ook bij de synthetische egofunctie het geval is. Dit laatste is die functie van het ego, die de bemiddeling tussen Super-ego, Es en de eisen van de omringende realiteit betreft. Cumming en Cumming beschrijven een dergelijk therapeutisch milieu waarin vooral opvalt dat ze de executieve functies bij patiënten helpen versterken door patiënten allerlei probleemsituaties aan te bieden. Deze probleemsituaties leveren zogenaamde 'crises' die opgelost moeten worden. Aanvankelijk zijn dit eenvoudige problemen, later meer ingewikkelde problemen. Bijvoorbeeld: een verwarde persoon leert aanvankelijk zich te houden aan uur en tijd, later leert hij in een groep samenleven.

In de gesloten afdeling van De Zoom wordt dit uitgewerkt in een behandelingsplan: dit plan houdt in het algemeen in dat patiënten langzaam aan moeilijker problemen leren oplossen. Dit tot ze in staat zijn in de groep te functioneren. Dat wil zeggen, dat ze de spanningen, tegenstrijdigheden, wisselvalligheden van het groepsleven kunnen meemaken zonder zelf te decompenseren. Daarbij is een steunende houding van verpleegkundigen van doorslaggevend belang. Aan deze afdeling zijn dan ook steeds een vaste mannelijke en vrouwelijke verpleegkundige verbonden, die geassisteerd worden door anderen. Zij hebben een ouderfunctie voor de patiënt. Zij stellen grenzen, bepalen wat wel en niet mag. Echter, zij hebben een grondhouding die anti-regressief is. Immers het is de bedoeling dat patiënten uit een regressieve toestand komen en tot een betere zelfhandhaving in de groep in staat zijn. Aan de andere kant moeten de verpleegkundigen ook in de regressieve fase als goede zorgende ouders kunnen optreden.

Binnen het *reconstructief therapeutisch milieu* gaat het erom dat de patiënt meer inzicht krijgt in zichzelf. Vooral inzicht in waar en hoe het fout liep in zijn/haar leven. Theoretische grondslagen van een dergelijke benadering zijn te vinden in psychoanalyse, transactionele analyse en systeemtheoretische benaderingen van psychosen. Het verschil met de ontdekkende psychotherapie van neurosen is dat binnen het reconstructieve milieu van De Zoom regressie *niet* bevorderd wordt. Binnen een neurosebehandeling is (dikwijls) regressie nodig binnen

een overdrachtssituatie om tot bewerking van vroegere fixaties te kunnen komen. Binnen De Zoom is het vooral werken met processen die direct zichtbaar zijn in het hier en nu. De leefgroep, de diverse therapieën, die volgens rooster gevolgd worden, de groepspsychotherapie en individuele gesprekken leveren alle situaties waarin de patiënt zichzelf leert kennen. Deze kennis betreft dan in eerste instantie de wijze waarop hij omgaat met anderen en met zichzelf, de gevoelens die hij/zij daarbij heeft en hoe deze gehanteerd worden. In tweede instantie is het bij enkelen mogelijk om een verband te zien met gebeurtenissen in de vroege jeugd. Bij de meesten heeft deze kennis echter vooral betrekking op omgaan met de actuele situatie in het ouderlijk gezin en hoe daar anders mee omgegaan kan worden.

Het *sociaal-therapeutisch milieu* vindt zijn theoretische grondslag in het werk van Maxwell Jones (1968). Deze werkte met groepen mensen die problemen hadden rond het vinden van een goede maatschappelijke identiteit. Zijn therapeutische gemeenschap was erop gericht deze te helpen via sociale analyse, roltraining en dergelijke tot resocialisatie en herintegratie in de maatschappij te komen. Binnen het sociaal-therapeutisch milieu van De Zoom is van belang dat patiënten een plaats in de maatschappij vinden die aansluit bij hun behoeften en mogelijkheden. De patiënten leven zelfstandig, binnen een eigen woongemeenschap waarin zij een grote mate van vrijheid hebben. Ze volgen een dagprogramma, dat past bij hun ontslagplan. Zo zijn er mensen die een studie volgen, anderen werken binnen de afdeling voor arbeidstraining. Het doel van deze groep is weggaan van 'De Zoom' naar een goede woon-/werksituatie.

Het zal duidelijk zijn dat verschillende patiënten op verschillende fasen van de behandeling kunnen inhaken. Zo zijn er patiënten die binnen het supportieve model beginnen en eindigen in het supportieve milieu, waarna overplaatsing naar een langverblijf-afdeling wel eens nodig is. Het uiteindelijke doel van de totale behandeling is individuatie, identiteitsopbouw. Dit is waar te nemen bij patiënten wanneer ze toenemend zelfstandig functioneren, moeilijker problemen en tegenslagen op eigen houtje aankunnen, zonder steeds afhankelijk te zijn van anderen. Er zijn er die het ouderlijk huis verlaten en zelfstandig gaan wonen. Velen echter slagen gedeeltelijk in die groei naar zelfstandigheid en gaan wonen in een tussenvoorziening in de sfeer van begeleid kamerbewonen of een hostel.

Nu is die groei naar individuatie een proces dat repercussies heeft voor het gezinssysteem waar zij uitkomen. In de begintijd van het bestaan van onze afdeling besteedden wij daar hoegenaamd geen aandacht aan. Dit betekende dat de psychotherapeut overstelpt werd met telefoontjes van ongeruste ouders en voortdurend gevaar liep in een rolconflict terecht te komen. Aan de ene kant moest hij solidair zijn met de patiënt, aan de andere kant waren het de ouder die hem betrokken in hun bezorgdheid en regeldrift. Voorts bleek dat wanneer patiën-

ten blijkt gaven van echte groei naar meer autonomie, zij onder druk van thuis snel afhaakten, ook omdat de hechting aan ons team onvoldoende tegenwicht bood. Deze constatering deed ons besluiten iets aan het ouderlijk milieu te gaan doen. Het leek erop dat, net zoals kinderen een groei naar autonomie nodig hebben, dat eigenlijk ook bij de ouders het geval was.

Ervaringen elders met oudergroepen

Groepswerk met ouders vinden we in uiteenlopende settings: Ouders van jonge psychiatrische patiënten (Tangari & Class 1977; Eykman 1979; McIntosh & Zirpoli 1982; Atwood & Williams 1978; Hill e.a. 1982; De Chesaro 1970), ouders van kinderen die op een speciale school voor geestelijk achtergebleven adolescenten zitten (Robinson 1974), ouders van jeugdige delinquenten (Armstrong, e.a. 1983), ouders van anorexia nervosa patiënten (Jeammet e.a. 1971) en ouders van geestelijk gehandicapten (Schatz 1982). Ondanks de verschillen in de problemen van hun kinderen, waarmee deze ouders geconfronteerd worden, komen we in de literatuur steeds weer dezelfde problemen bij ouders tegen, die voor hulpverleners aanleiding zijn om groepswerk met ouders te gaan beginnen:

- ouders voelen zich schuldig, omdat ze problemen van hun kinderen niet hebben kunnen voorkomen of verhelpen;
- ouders schamen zich voor de problemen van hun kinderen en hebben zich daardoor geïsoleerd;
- ouders gaan in competitie met de hulpverleners van hun kind en koesteren gevoelens van wrok ten opzichte van hen wanneer blijkt dat zij wel met de problemen van hun kind kunnen omgaan;
- ouders hebben behoefte aan informatie over wat er met hun kind aan de hand is en hoe zij met hun kind moeten omgaan;
- ouders worden zo in beslag genomen door de problemen van hun kind, dat zij niet meer goed voor zichzelf en hun partner kunnen zorgen.

De wijze waarop aan het groepswerk met ouders gestalte wordt gegeven is vaak heel verschillend. We treffen kortdurende, op informatie gerichte groepen aan, alsook langlopende, inzichtgevende psychotherapiegroepen. De volgende elementen treft men vaak aan:

- het aantal ouders dat per groep deelneemt ligt tussen de 10 en 15;
- ouders worden van tevoren in een intakegesprek voorbereid op de bedoeling en werkwijze van de oudergroep;
- bij kortlopende, gesloten groepen ligt de frequentie op 1 x per 1 à 2 weken, bij langlopende open groepen varieert de frequentie tussen 1 x per 2 weken en 1 x per 6 weken;
- de duur van de groepszittingen varieert van 1½ tot 2 uur;
- de groepswerkers zijn bij voorkeur niet betrokken bij de behandeling van de kinderen (ter vermijding van loyaliteitsconflicten);

- er wordt van uitgegaan dat ouders in staat zijn om elkaar te ondersteunen en te helpen, de groepswerker is erop uit om onderlinge hulpverlening te stimuleren en zijn rol wordt dan ook steeds minder centraal;
- er wordt veel gethematiseerd, dat wil zeggen uit de verschillende verhalen van de ouders worden door de groepswerkers de onderliggende thema's, zoals hulpeloosheid, hopeloosheid, afhankelijkheid en schuldgevoelens aan de orde gesteld;
- informele contacten buiten de groep tussen ouders onderling worden aangemoedigd: de groepswerker stimuleert het ontstaan van een zelfhulpcircuit.

Ook wanneer we naar de effecten van groepswerk met ouders kijken, zien we steeds weer dezelfde resultaten terugkeren. In de eerste plaats rapporteren alle auteurs dat bij de ouders het gevoel van alleen-ervoorstaan en van isolatie vermindert of verdwijnt. In de groep merkt men dat anderen ook met dergelijke problemen kampen en dat men zich daarvoor niet hoeft te schamen; het gevolg daarvan is dat men meer over de zorgen over hun kinderen durft te praten. Een ander effect is, dat informatie, welke in de oudergroep wordt gegeven over aard van de problemen en wijze van behandelen, beter beklijft dan wanneer die informatie in een individueel gesprek wordt gegeven. Belangrijk daarbij is wél dat informatie gegeven wordt op een moment dat de groep klaar is om die informatie te ontvangen. Wanneer ouders al pratend met elkaar vragen formuleren, dan is dát het juiste moment om informatie aansluitend op die vragen te geven. Vaak heeft het zelfwaardergevoel van ouders een fikse deuk opgelopen toen ze de problemen van hun kinderen niet meer aankonden. In de groep wordt dit zelfwaardergevoel weer opgevijseld doordat men merkt dat men andere ouders kan helpen (het zgn. 'helper-principle').

In oudergroepen wordt verder een sfeer van bemoediging en goedkeuring waargenomen: ouders moedigen elkaar aan om hun gedrag ten opzichte van hun kind te veranderen en rapportering van veranderingen in houding ten opzichte van het kind worden positief gewaardeerd door de andere ouders. Eén van de belangrijkste effecten van de oudergroep vinden wij het analogieprincipe: ouders die hun eigen pathoogeen gedrag ten opzichte van hun kind niet kunnen zien, nemen dat wel heel duidelijk waar bij andere ouders in de groep. Door identificatie met het gedrag van andere ouders wordt de weerstand verlaagd en de pijn verzacht bij het onderzoeken van hun eigen gedrag tegenover hun kind. In het algemeen kan men zeggen dat ouders meer van elkaar leren dan van de groepswerker. Met name ouders met autoriteitsproblemen zullen eerder geneigd zijn iets aan te nemen van andere ouders dan van de groepswerker. De sfeer van acceptatie welke in de oudergroepen heerst, maakt het gemakkelijker om gevoelens van schuld, haat en teleurstelling te uiten zonder dat men bang hoeft te zijn om als 'slechte ouder' of 'onsympathieke vrouw' bekritiseerd te worden. Doordat

rouwverwerking in de oudergroep plaatsvindt, wordt het voor de ouders gemakkelijker om met zichzelf en met hun kind op een meer accepterende manier om te gaan, met andere woorden ventilatie van negatieve gevoelens maakt psychische energie vrij, welke anders een uitweg zou vinden in schadelijke interacties met het kind. Wanneer schuldgevoelens in de oudergroep blijken te zijn verminderd, neemt overbezorgdheid ten opzichte van het kind af. Hierdoor wordt het mogelijk om het recht van ouders om hun eigen leven te leiden te bevestigen. Ouders blijken vaak hun hele leven om het probleemkind georganiseerd te hebben. In de oudergroep moedigen zij elkaar aan om voor zichzelf leuke dingen te doen en zich daarover niet schuldig te voelen. Tot nu toe zijn de effecten op de ouders beschreven. Maar in hoeverre werkt dit door met betrekking tot hun kinderen?

Behandelaars rapporteren dat sinds er met oudergroepen gewerkt wordt ze nauwelijks nog iets merken van ageren van de ouders, terwijl voordien allerlei klagende telefoontjes, brieven aan de directie en dreigingen met ingrijpen aan de orde van de dag waren. Zij beschouwen ouders ook niet meer als lastposten of vijanden, maar als mensen die ook wel problemen kunnen hebben, en in zekere zin ook als medewerkers (letterlijk!). En de ouders merken dat best, waarschijnlijk vooral ook omdat ze tevens *elkaar* ontmoeten. Verder merkt men dat het simultaan werken met de ouders aan de behandeling van degeen om wie het begonnen is soms een essentiële versnelling geeft en in sommige gevallen is het slagen van de behandeling zelfs niet denkbaar zonder dat de ouders in de oudergroep ook een geslaagd proces hebben doorgeemaakt. Dit komt overeen met de constatering van andere behandelaars dat het aantal drop-outs bij patiënten van wie de ouders in een oudergroep zitten, significant lager is dan bij patiënten van wie de ouders niet aan een oudergroep deelnemen. Het bovenstaande heeft natuurlijk alles te maken met de al eerder genoemde effecten bij ouders met name wat betreft het zich minder bezorgd kunnen opstellen tegenover hun kind en het accepteren van hun kind zoals het is. Belangrijk is bovendien dat ouders in de oudergroep leren om hun identiteit niet meer aan hun probleemkind te ontnemen. Het effect op het kind is dat het zich op zijn/haar beurt minder verantwoordelijk gaat voelen voor het wel en wee van de ouders. In dit verband wordt waargenomen dat schuldgevoelens van het probleemkind tegenover de ouders afnemen wanneer het weet dat de ouders hulp krijgen. Dit alles is heel belangrijk als het erom gaat de te sterke banden tussen ouders en hun kind te verbreken en laatstgenoemde te helpen om zijn eigen identiteit op te bouwen.

Samenvattend rapporteren allen die met de oudergroepen werken dat, op het moment dat ouders meer zelfvertrouwen krijgen en de situatie gaan accepteren in plaats van dat ze op onmachtige wijze blijven proberen het leven van hun kinderen te controleren, er bij de kinderen een belangrijke verbetering optreedt. Deze verbetering coincideert met de psychologische separatie en individuatie van de ouders.

De oudergroep

Ouders van patiënten binnen De Zoom geven de volgende problemen aan:

- wij weten eigenlijk niet wat er met ons kind gedaan wordt;
- wij hebben er moeite mee om over ons kind met anderen te praten;
- wij voelen ons schuldig, wij hebben gefaald;
- mogen we ons nog wel als ouders gedragen nu ons kind hier opgenomen is, wat kunnen we wel en niet met ons kind bespreken? We voelen ons machteloos;
- ik (vader) heb steeds conflicten met mijn kind en zij (moeder) weet hier geen raad mee;
- in de behandeling verandert ons kind, het reageert anders op ons. Wat moeten we daarmee?
- hoe moeten we verder leven zonder ons kind?

Deze problemen geven veel ouders voldoende motivatie om te gaan deelnemen aan een oudergroep. Deze groep is opgezet nadat we ons georiënteerd hadden binnen het psychotherapeutisch centrum 'De Viersprong' te Halsteren. Aldaar werd door B. Bons-Van Lommel al geruime tijd in de jeugdafdeling met oudergroepen gewerkt (zie ook Eykman 1979). Het bleek dat de meest geschikte vorm die van een over een langere tijd lopende open groep zou zijn. Immers in een dergelijke groep kan een cultuur ontstaan die door oudere groepsleden wordt overgedragen aan nieuwe groepsleden. Op deze wijze zou therapeutische effectiviteit over een langere periode gewaarborgd kunnen blijven. Voorts is gekozen voor een oudergroep en niet voor bijvoorbeeld gezinstherapie, omdat er te veel praktische consequenties aan vast zaten voor veel gezinsleden en samengaan van specifieke gezinstherapie en individuele klinische psychotherapie een werken op twee sporen zou zijn. De bi-focale behandelingsvorm, zoals wij die hebben gekozen, biedt het voordeel dat de patiënt zijn eigen behandelteam en groep heeft, en dat de ouders ook hun eigen contacten in de oudergroep en haar begeleiders hebben. De laatste, maatschappelijk werkers (VO) staan buiten de behandeling van de patiënten binnen De Zoom. Zo worden allerlei loyaliteitsconflicten en hinderlijke interferenties van tweesporenbeleid in een behandeling vermeden. In de zogenaamde 5-gesprekken ontmoeten de partijen elkaar. Aan die gesprekken nemen deel de patiënt en zijn/haar ouders, de psychotherapeut van de patiënt en de maatschappelijk werker van de oudergroep. Zo'n gesprek vindt plaats aan het begin van de behandeling en aan het eind van de behandeling. Voorts kan op verzoek van elke deelnemer aan de 5-gesprekken, op verschillende momenten tijdens de behandeling van de patiënt, zo'n gesprek plaatsvinden. Deze gesprekken zijn te beschouwen als het ontmoetingspunt van de twee gescheiden behandelingslijnen.

De oudergroepen komen eenmaal per drie weken bij elkaar. De duur

van de zitting is 2 uur. Aan elke groep nemen maximaal 12 ouders deel. Ouders van patiënten die De Zoom inmiddels verlaten hebben en elders wonen, hebben de mogelijkheid om deel te nemen aan een zelfhulp-oudergroep, die door ex-deelnemers is opgericht. Opvallend is, dat, wanneer ouders aan de oudergroep gaan deelnemen ze in de meeste gevallen snel hechten. Ze zoeken steun bij elkaar, herkennen veel gevoelens en kunnen zich helemaal uitspreken over het kind. Dit uitpraten lukte voorheen vaak niet. Een kind dat opgenomen wordt in een psychiatrisch ziekenhuis betekent voor het ouderlijk gezin dat het in de eigen omgeving zich in een bijzondere situatie gaat bevinden. Immers de buurt en familie weten vaak niet welke houding ze aan zouden kunnen nemen en reageren soms zelfs cynisch of afkeurend.

In grote lijnen komt de volgende thematiek aan de orde:

1. Ouders vragen om informatie over de behandeling in De Zoom, over het psychiatrisch ziekenhuis, over de therapieën. Men informeert elkaar en wanneer dat niet mogelijk is, dan geven de aanwezige maatschappelijk werkers verdere uitleg of verduidelijking.
2. Ouders zoeken naar de oorzaak van het probleem van hun kind. Ze vragen zich af wat ze fout hebben gedaan. Het blijkt soms dat een terugval in de behandeling hen, paradoxaal genoeg, gerust stelt: 'Zie je wel, het lukt jullie ook niet'.
3. Ouders vragen zich af waarom hun kind dit of dat storend gedrag vertoont. Bijvoorbeeld: 'Jan loopt de hele dag in zijn pyjama rond en steekt geen vinger uit, waarom moet hij mij zo plagen?'
4. Ouders zijn erg bezorgd over de toekomst van hun kind. Ze vragen zich af of ze hem aan zijn lot kunnen overlaten. Voorts vragen ze zich af of zij als ouders wel een keus hebben. Bijvoorbeeld: 'Piet geeft thuis veel problemen tijdens de weekenden. Als ik hem niet meer voorgoed naar huis laat komen, wat moet er dan verder met hem gebeuren?'
5. Ouders beseffen op een bepaald moment, dat ze hun leven volledig hebben ingericht naar de eisen van hun kind. Dikwijls bleek dat er jarenlang problemen waren, voordat de opname een feit werd. Het doel van de begeleiders in de oudergroep is ouders te helpen hun kind los te laten en die processen in de groep te bevorderen die de ouders aanzetten tot meer eigen individuatie, het komen tot een eigen leven met elkaar. Daartoe wordt gebruik gemaakt van het gesprek, maar ook van rollenspelen. De begeleiders letten erop dat de cohesie in de groep in stand blijft door onderlinge herkenning en steun. Dit maakt het mogelijk dat moeilijke stappen later gemakkelijker gedaan kunnen worden. Dikwijls blijkt dat het probleemgedrag van hun kind direct gerelateerd is aan een probleem tussen de echtelieden. Dit te onderkennen en te bewerken vraagt de nodige veiligheid en steun. Er zijn binnen de gezinssystemen waaruit onze patiënten voortkomen een aantal opvallende, steeds terugkerende patronen te herkennen:
 - Allianties tussen vaders en dochters, tussen moeders en zoons.

Het lijkt op een 'oedipale' constellatie, die aan de ene kant versterkt wordt door de probleemgedragingen van hun kind. Aan de andere kant hebben de ouders het probleemgedrag van hun kind nodig om hun onderlinge conflicten te verbergen. Binnen de oudergroep worden de laatste conflicten besproken voor zover ze relevant zijn voor het omgaan met hun kind. Er wordt niet ingegaan op allerlei neurotische mechanismen die daaraan ten grondslag zouden kunnen liggen. Dikwijls blijkt dat, wanneer ouders besluiten meer met elkaar te gaan praten, er al aanzienlijke verschuivingen binnen het gezinssysteem en dus ook bij de opgenomen patiënt plaatsvinden.

— Binnen veel ouderparen in de oudergroep is de moeder overprotectief, betuttelend gericht naar de opgenomen patiënt. De vader functioneert min of meer op de achtergrond en is dikwijls — letterlijk — de afwezige. Dit uit zich dan in een volstrekt verschillende aanpak van hun kind. Moeder verwent, zorgt, regelt; vader wijst af, treedt streng op en bemoeit zich niet met zijn kind. Ook hier is de begeleiding erop gericht dat de ouders met elkaar gaan praten. Van belang is dat ze op één lijn komen. In veel gevallen zien we dat moeder langzaam iets van het betuttelende gaat opgeven, wanneer haar man zich meer met haar kan gaan bemoeien. Het lijkt dan alsof de zorg zich kan verplaatsen. Ook hier zijn de interventies gericht op de direct waarneembare processen tussen ouders en hun kind. Aan de achterliggende problematiek bij de ouders afzonderlijk wordt geen aandacht besteed. De groepen hebben daarmee een re-educatief karakter: het gaat erom dat ouders leren hun situatie, hun leven op een andere wijze vorm te geven dan door alleen met hun kind bezig te zijn.

De effecten op onze klinische behandeling hebben ons verbaasd. Het aantal drop-outs, dat voorheen redelijk hoog was, liep terug tot een minimum. Later zagen we ook een verband tussen voortijdig vertrek van een patiënt en de weigering van de ouders om aan een vorm van begeleiding vanuit De Zoom deel te nemen.

Eenmaal per jaar wordt de oudergroep geëvalueerd aan de hand van een vragenlijst (zie figuur 2). Uit deze evaluaties blijkt het volgende:

1. Ouders zeggen geleerd te hebben te accepteren dat hun kind een andere weg kiest dan zij willen.
2. Men ervaart veel steun van de groep; gevoelens met andere ouders kunnen delen ziet men als zeer positief.
3. Voor veel ouders is de groep de enige plaats waar ze over hun zorgen met betrekking tot hun kind kunnen praten.
4. Ze merken dat de bezorgdheid over hun kind afneemt.
5. Men ervaart het elkaar helpen als positief (aanvankelijk had men de verwachting dat de groepswerkers raad zouden geven).
6. In de 5-gesprekken kunnen de ouders duidelijker voor zichzelf opkomen.

Voorts werden de volgende kritische kanttekeningen gemaakt:

1. Ouders hadden direct bij de opname in de observatieafdeling in

Figuur 2: Vragenlijst voor evalueren oudergroep

1. Hoe waren uw verwachtingen van het deelnemen aan een gespreksgroep?	}	be- le- ving
2. Hoe vindt u het om mee te doen?		
3. Hoe vindt u de sfeer in de groep?		
4. Welke nieuwe dingen hebt u opgepikt uit de gesprekken?	}	leer- mo- men- ten
5. Aan welk onderwerp hebt u het meest gehad?		
6. Wat hebt u van elkaar geleerd?		
7. Wat gaat u er verder mee doen in de toekomst?	}	groeps- ge- beu- ren
8. Wat heeft u in de groep gestimuleerd?		
9. Wat heeft u in de groep belemmerd?		
10. Wat vindt u van de leiding?	}	toe- komst
11. Wat vindt u van de samenstelling van de groep?		
12. Aan welke onderwerpen zou u in de groep nog aandacht willen besteden?		
13. Hoelang denkt u de groep nog nodig te hebben?		

een oudergroep willen komen. Velen ervoeren dat ze toen meer steun nodig hadden dan toen hun kind in een vervolgafdeling was.

2. Ouders nemen de zorg van andere ouders mee naar huis. Dit werd als een belasting ervaren.
3. Ouders vonden dat ze te weinig medische informatie kregen over de 'ziektebeelden' van hun kinderen.

Praktijk-voorbeelden

Casus 1

Ouders zijn in de oudergroep, de dochter is – na opname in De Zoom – in dagbehandeling en woont thuis in het gezin.

Moeder maakt zich erg zorgen omdat haar dochter perioden heeft van depressief zijn. Haar man gaat hierin mee en samen delen zij hun bezorgdheid. We vragen andere ouders of zij dit herkennen. Ook zij maken zich zorgen als het met hun kind niet goed gaat. We vragen hun te vertellen wat zij dan doen, hoe ze dit aanpakken en wat hun 'zorgen maken' oplevert voor hun kind. Anderen stellen voor dit met de dochter te bespreken, zodat ze dit samen kunnen delen, of iets te vragen als 'ik zie dat je het moeilijk hebt, kun je daarover niet wat vertellen?' Dit durven de ouders niet, bang als ze zijn dat ze hun dochter nog meer belasten. Ook dit is herkenbaar bij veel ouders, met daarnaast het feit dat, als ze er niet over praten, ze zelf met onzekerheid en angst blijven zitten. De groep werkt dit door en stimuleert de ouders hun zorgen over hun dochter met haar te bespreken. Achteraf blijkt dat dit voor hen toch meevalt en dat ze tot een ander, meer 'loslatend' omgaan met hun kind kunnen komen.

Casus 2

Ouderpaar in de oudergroep, zoon is opgenomen.

Vader heeft steeds ruzie met de zoon. Zodra hij hem ziet irriteert vader zich bijvoorbeeld aan zijn kleding of zijn preciesheid over zijn uiterlijk en uit hij kritiek waarmee de atmosfeer geschapen is voor een fikse ruzie. Moeder probeert dan te sussen en verwijt haar man dat deze een ongezellige sfeer maakt in huis en de zoon het huis uit jaagt. We vragen hoe de sfeer is als de zoon niet thuis is. Deze is dan goed, alles verloopt gladjes. Moeder streeft toch na dat haar zoon regelmatig thuis komt, belt hem steeds op en eist min of meer een bezoek van hem aan het ouderlijk huis. Ook dit wordt weer herkend door de andere ouders. We gaan vervolgens in op de functie die de zoon heeft in het gezin, namelijk ruziemaken. Is hij nodig om ruzie te krijgen tussen de ouders? We stimuleren dat ze met elkaar ruzie krijgen in de groep en verdriet verwerken met elkaar zonder dat hun zoon erbij is.

Casus 3

Weduwe in de oudergroep. Haar enige zoon is na de behandeling in de jongerengroep weer thuis komen wonen.

Ze beklaagt zich in de groep over het feit dat haar zoon thuis helemaal zijn eigen gang gaat en zich niets aantrekt van wat zij wil. Ze kan het niet opbrengen om een duidelijk standpunt ten opzichte van hem in te nemen en de zoon krijgt het steeds voor elkaar om haar naar zijn pijpen te laten dansen. Als het voor de groep duidelijk is hoe het een en ander zich in het gezinnetje afspeelt, komen andere ouders met adviezen en voorstellen welke zij als onuitvoerbaar wegwuift. We stellen daarom voor een rollenspel te doen. Moeder speelt de zoon en een andere dame speelt de rol van de moeder. Dit brengt haar erg in verwarring omdat de gespeelde moeder niets toegeeft en op haar standpunt blijft staan. In de volgende zitting vertelt ze dat ze een enorme ruzie met haar zoon heeft gehad. Het is haar gelukt om tegenover hem voor zichzelf op te komen.

Casus 4

Ouders zijn in de oudergroep. De dochter is uit 'De Zoom' ontslagen en woont zelfstandig maar komt nog erg veel thuis.

De ouders willen dat de dochter zelfstandiger wordt, maar blijven zich op koortsachtige wijze met haar bemoeien en willen veel dingen voor haar regelen. Moeder vertelt hierover haar verhaal aan de groep en als haar man hierin wil aanvullen of als hij ertussen wil komen praat zij gewoon door en brengt hem tot zwijgen. Als de groep haar vragen duidelijk voor zich heeft en hierop wil ingaan, vragen wij haar man of deze mogelijke oplossingen heeft. Het blijkt dat hij weinig weet over wat zijn vrouw eigenlijk bezighoudt. We vragen hem dan om op deze vragen in te gaan en zo ontstaat er tussen het echtpaar een discussie terwijl de groep toekijkt. Later vragen we de groep om adviezen te geven over de vragen waar het echtpaar niet uitkomt. We schrijven deze op

een flap die ze mee naar huis nemen met de opdracht om er samen verder op door te gaan en om er de volgende zitting op terug te komen. Ze geven dan ook aan welke oplossingen ze gekozen hebben uit de adviezen of welke ze zelf bedacht hebben.

Tenslotte geven we nog een illustratie van hoe de klinische behandeling van de patiënt en de begeleiding van ouders worden geïntegreerd.

In een eerste vijfgesprek ontmoeten we de patiënt en zijn ouders: vader is fabrieksarbeider, moeder is huisvrouw en de zoon is in De Zoom opgenomen. De andere kinderen zijn gehuwd. Moeder is wanhopig, is zelf onlangs opgenomen geweest in een PAAZ-afdeling wegens een depressie. Vader is teleurgesteld in zijn zoon en boos op zijn vrouw omdat deze tenslotte verantwoordelijk is voor de zoon, want: 'ik werk overdag'. In dit gesprek stellen we aan de ouders voor om deel te nemen aan de oudergroep, waarvan moeder gebruik gaat maken; vader vindt het gepraat over zijn zoon maar onzin.

Wat gebeurt in de oudergroep?

Moeder heeft schuldgevoel. Ze voelt zich door haar man niet gesteund ten opzichte van haar zoon. Ze krijgt verwijten van haar man. Door steun van andere ouders wordt ze wat zelfbewuster, voelt zich minder schuldig, herkent bij andere vrouwen het alleen-staan.

Hoe stelt de zoon zich op?

Zoon maakt gebruik van moeders eenzame plaats. Hij trekt aandacht in de negatieve sfeer door weg te lopen, zich suïcidaal te uiten, kortom: hij maakt zijn ouders ongerust.

In het tweede vijfgesprek maken we aan het gezin duidelijk hoe ze met elkaar omgaan; welke machtspositie de zoon inneemt en wat dit weer voor moeder betekent. Vanuit dit gesprek, maar ook vanuit nieuwsgierigheid besluit vader om ook in de oudergroep te gaan.

Wat gebeurt in de oudergroep?

De ouders komen steeds meer op één lijn. Met name vader wordt sterk geconfronteerd met andere vaders in de groep en wordt zich steeds duidelijker zijn vaderrol bewust. Hij gaat zich meer met zijn zoon bemoeien.

Hoe stelt de zoon zich op?

De zoon vergroot de druk naar de ouders. De suïcidepogingen worden ernstiger en hij heeft meer bescherming nodig in de behandeling. Met de psychotherapeut praat hij over een conflict dat hij in zijn kleuterschooljaren heeft beleefd.

In het derde vijfgesprek vertelt de zoon over het conflict dat hij op de kleuterschool beleefde. De ouders gaan hier op een zeer gevoelige manier op in en ervaren in het gesprek een grote openheid ten opzichte van hun zoon. De zoon kan nu gemakkelijker praten over zijn onmogelijkheden. In dit gesprek worden de ouders zich bewust dat de problemen van hun zoon niet alleen maar een gevolg zijn van hun houding tegenover hem, maar dat er ook sprake is van ernstige beperkingen bij

hun zoon. Ze zien nu in dat zij dit maar moeilijk kunnen aanvaarden en besluiten dat nu wel te doen. Schuldgevoelens worden daardoor minder de drijfveer voor de ouders in het gedrag ten opzichte van hun zoon. Ze gaan zich minder zorgend opstellen.

Wat gebeurt er in de oudergroep?

Ouders accepteren dat hun zoon is zoals hij zich gedraagt. Ze stellen minder eisen. De onderlinge relatie wordt beter. Moeder gaat activiteiten zoeken buiten het huis.

Hoe stelt de zoon zich op?

Omdat de ouders op één lijn zijn gekomen kan hij geen coalitie meer aangaan met één van hen. Hij komt tot rust. Voelt minder druk tot presteren. Hij mag zijn zoals hij is.

In het vierde vijfgesprek besluiten de ouders dat hun zoon weer thuis kan komen wonen. De zoon gaat dan met ontslag. De ouders willen nog een poosje in de oudergroep blijven, omdat ze de steun van de groep nog nodig hebben bij deze nieuwe start.

Literatuur

- Armstrong, H., R.M. Morris, M. Amerongen & P. Kernaghan (1983), Grouptherapy for parents of delinquent children. *Int. J. Group Psychotherapy*, 33 (1), 85-91.
- Atwood, N., & M.E.D. Williams (1978), Groupsupport for the families of the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 4, no. 4, p. 415-425.
- Ciampi, L. (1982), *Affektlogik*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Cumming, J., en E. Cumming (1962), *Ego and milieu*. Aldine, Chicago.
- De Chesaro, C. (1970), Treatment of Out patient Adolescents and their parents in Seperate-simultaneous Group Psychotherapy. *Psychiat. Commun.*, 13, 29-33.
- Eykman, J.C.B. (1979), Begeleiding en behandeling van ouders bij residentiële behandeling van jeugdigen. *Tijdschrift voor Orthopedagogie en Kinderpsychiatrie*, 4e jaargang, nr. 4, 158-167.
- Hill, B.M., J.R. Raley & D.K. Snyder (1982), Group Intervention with Parents of psychiatrically hospitalised Children. *Family Relations*, 31, p. 317-322.
- Janzing, C., en J. Kerstens (1984), *Groepsgericht werken in een therapeutisch milieu* (2e druk). Stafleu, Alphen a/d Rijn.
- Janzing, C., en J. Lansen (1985), *Milieutherapie*. Van Gorcum, Assen.
- Jeammet, P., A. George, F. Zweifel & H. Flavigny (1971), Etude des interrelations familiales de l'anorexique mentale et d'un groupe de psychotherapie des parents. *Revue de Neuropsychiatrie infantile*, 19 (11), 691-708.
- Jones, M. (1968), Therapeutic community principles within the hospital, and in the outside community, *Psychother. Psychosom.*, 16, 84-90.
- Lansen, J. (1982), Milieutherapie: different models and the place of grouptherapy. *Group Analysis*, 15, 158-162.
- McIntosh, V.C., & E.R. Zirpoli (1982), Fighting Parents' Hopelessness. *Int. J. Group Psychotherapy*, 32 (1), 75-89.
- Rosbinson, L.H. (1974), Groupwork with parents of retarded adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 28, 397-408.
- Schatz, G. (1982), Elterarbeit bij Familien mit heranwachsenden und erwach-

senen geistig Behinderten. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 33, Heft 10, 733-740.

Tangari, A., & L. Class (1977), Advantages of Multifamily Therapy for families of psychiatric inpatients. *Social work in Health Care*, Vol. 2 (4), 399-406.