

Intensieve psychiatrische gezinsbehandeling

G.H.F. VAN DER MOST, A.H. ROOSMA

SAMENVATTING In deze bijdrage wordt de implementatie van een zorgprogramma beschreven, gebaseerd op het referentiekader van de multisysteemtherapie. Het is bedoeld voor gezinnen met kinderen voor wie op grond van hun psychiatrische stoornis of die van hun ouders een uithuisplaatsing of een psychiatrische opname in het verschiet ligt. In de multisysteemtherapie wordt aan het versterken van protectieve factoren en het doen afnemen van risicofactoren een even groot belang toegekend als aan specifiek diagnosegerichte interventies. De indicatiestelling, het case management, het behandelplan en andere omgevingsfactoren, nodig voor een effectieve interventie, worden beschreven aan de hand van een vignet. Ten slotte worden de eerste evaluatieresultaten van het zorgprogramma gegeven.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 8, 579-583]

TREFWOORDEN multisysteemtherapie, multiprobleemgezinnen

UITGANGSPUNTEN

Intensieve psychiatrische gezinsbehandeling (IPG) is een recent ontwikkeld zorgprogramma, bedoeld voor gezinnen waarbinnen op basis van psychiatrische problematiek van een of meer gezinsleden een sterk disfunctioneel opvoedingspatroon bestaat. Als gevolg daarvan stagneert het kind (de kinderen) in de ontwikkeling en een vicieuze cirkel van gedragsontsporing en pedagogische onmacht dreigt te ontaarden in een uithuisplaatsing, mishandeling of anderszins. In de behandelvisie staat het begrip empowerment (Kaplan 1986; Van Schot & Van der Steege 1998) centraal, hetgeen betekent dat de behandelaar probeert disfunctionele patronen te doorbreken en het beleefde onmachtsg gevoel bij de gezinsleden te vervangen door een aan hun mogelijkheden aangepaste vorm van zelfvertrouwen en competentie. In samenhang daarmee wordt getracht de verankering in de eigen leefomgeving te herstellen.

De behandelvorm is in belangrijke mate

ontleend aan de Amerikaanse multisystemic therapy, MST (Henggeler e.a. 1999). MST is een op het gezin afgestemde therapeutische benadering, gebaseerd op het krachtenveld tussen gezin en omgeving en in overeenstemming met de sociaal-ecologische ontwikkelingstheorie (Bronfenbrenner 1979). In de uitwerking wordt binnen de methodiek gebruikgemaakt van de operante en sociale leertheorie, de systeembenadering en de communicatietheorie (Van Schot & Van der Steege 1998). Voor een recente uitvoerige beschrijving van MST wordt verwezen naar Rowland e.a. (2000).

Sinds 1997 wordt in Drenthe de indicatie voor IPG gesteld bij gezinnen met een of meer kinderen met een neuropsychiatrische ontwikkelingsstoornis en een daarmee samenhangende hardnekkige gedragsbeperking; bij gezinnen waarin een of beide ouders met een psychiatrische stoornis kampen en bij multiprobleemgezinnen. Ook gezinnen met een kind met een ernstige gedragsstoornis of met kinderen en/of ouders met een licht verstandelijke handicap

worden voor IPG geïndiceerd.

De behandeling begint met het identificeren van de risicofactoren en, waar mogelijk, het neutraliseren daarvan en het ontdekken van protectieve factoren (Werner 1993) in het systeem. Vervolgens worden er interventies gedaan, gericht op het versterken van zowel de individuele als de systeemvaardigheden. De empowerment-gedachte vertaalt zich in een verscheidenheid aan vaardigheidstrainingen in het behandel aanbod, waarbij de behandel doelen met de gezinsleden worden opgesteld vanuit een nadrukkelijk nagestreefde positieve therapeutische alliantie.

Gedurende de behandeling is een gezins-hulpverlener twee tot drie keer per week enkele uren in het gezin aanwezig. Diens doelstelling is de opvoedingsrelatie tussen ouders en kind te herstellen volgens een plan dat de vraagstelling als vertrekpunt neemt. In de eerste zes weken worden deze vraagstelling en de hulpvraag van de gezinsleden omgewerkt tot een behandelplan, hetgeen nodig is om de gezinsleden bij het behandeltraject betrokken te houden. Dit is een gezamenlijk en interactief proces tussen de gezinsleden en de gezins-hulpverlener, waarbij de gezins-hulpverlener ondersteund wordt door het IPG-team. Psycho-educatie, bespreking van acceptatieproblemen, rouwverwerking, herstel van de relatie met de eigen omgeving en een orthopedagogische aanpak zijn daarbij belangrijk. De doelen en werkpunten zijn geformuleerd in concrete en meetbare termen en in voor de gezinsleden begrijpelijke taal.

Omdat het een basisgedachte van de IPG-behandeling is te werken aan versterking van de protectieve factoren en bestrijding van risicofactoren, worden de interventies op een breed front ingezet; andere al dan niet tegelijkertijd geïndiceerde behandelvormen kunnen in het behandelplan worden opgenomen. Dat is een belangrijke reden om zorg te dragen voor een toegewijd case management, dat integratie van de verschillende modules bewerkstelligt, de behandelovereenkomst volgt en, waar nodig, aanvullende hulpverleningssituaties creëert dan wel sancert.

De negen interventieprincipes van IPG komen overeen met hetgeen beschreven is voor MST (Henggeler e.a. 1996): 1) Er is inzicht in de manier waarop het geïdentificeerde probleem past in een bredere systeemcontext. 2) In de behandelcontacten wordt gebruikgemaakt van positieve krachten in het systeem. 3) De interventies zijn gericht op uitlokking van verantwoordelijk gedrag. 4) De interventies zijn gericht op het heden en op acties met een welomschreven vraagstelling. 5) De interventies zijn gericht op gedrag tussen en binnen systemen dat het geïdentificeerde probleem instandhoudt. 6) De interventies passen bij het ontwikkelingsniveau en de behoeften van de jeugdige. 7) De interventies vereisen een dagelijkse of wekelijkse inspanning van de gezinsleden. 8) Het effect van de interventies wordt voortdurend gemeten vanuit verschillende perspectieven. 9) De interventies zijn zodanig ingericht dat generalisatie van de behandeling wordt bevorderd, vooral door de ouders te ondersteunen de noden van de gezinsleden onder te brengen in het multisysteemverband.

CASUÏSTIEK

Michael (13 jaar) en Naomi (12 jaar) zijn kinderen uit het eerste huwelijk van mevrouw A. Hun vader is gedetineerd wegens mishandeling en seksueel misbruik van zijn vrouw en kinderen. Het gezin heeft jarenlang in een hel geleefd. Michael en Naomi tonen probleemgedrag, agressie, angst en hyperactiviteit; bij hen is als hoofd-diagnose een posttraumatische stress-stoornis gesteld. Zij hebben beiden met een beperkt resultaat een kortdurende klinische kinderspsychiatrische behandeling achter de rug. Ook moeder, een 32-jarige vrouw, is in haar jeugd getraumatiseerd. Zij heeft inmiddels een nieuwe relatie met een veel jongere man, van wie zij een derde kind heeft gekregen. Stiefvader heeft een achtergrond van ernstige verwaarlozing. Het gezin leeft in voortdurende angst over wat er zal gebeuren als vader vrijkomt uit detentie. Daarnaast verkeert het gezin in de marge van de samenleving: er is geld-

tekort, de behuizing is onvoldoende, de school vindt het gedrag en de situatie van de kinderen onaanvaardbaar en stiefvader heeft geen werk.

De IPG-behandeling heeft lang geduurd en in coördinatie met de polikliniek kinder- en jeugdpsychiatrie was er een individuele psychotherapie en ondersteunende medicatie voor de kinderen en een individuele begeleiding van moeder.

Bij aanvang trof de gezinshulpverlener een chaotische thuissituatie aan en ernstige onmacht met betrekking tot de gedragsproblematiek. Michael dreigde regelmatig zijn stiefvader uit te lokken tot geweld. Er werden voorbereidingen voor uithuisplaatsing van de twee oudste kinderen getroffen. Een cynische, niet-functionele omgangsstijl met de kinderen en met instanties bleek een onderhoudende factor. De gezinshulpverlener onderkende evenwel de mogelijkheden van moeder en stiefvader, die ondanks hun belaste achtergrond en de ernstige stress in de actuele levenssituatie er blijk van gaven van elkaar en van de kinderen te houden.

Vanuit erkenning voor de destijds functionele copingstijl en nadat de gezinshulpverlener zich had ingevoegd, werd in het gezin geoefend met concrete gedragsalternatieven in complexe situaties, zoals gezamenlijk eten en het omgaan met conflicten. Een *anger-control*-programma voor Michael werd in samenspraak met diens psychotherapeut opgesteld ter ondersteuning. Tevoren werd op een ontspannen manier met de kinderen gezocht naar hun sterke kanten in leeftijdsgerechte vrijetijdsbesteding en werden zij erin ondersteund deze in hun leefomgeving verder te ontplooiën. De ouders kregen psychoeducatie en moeder werd geleerd haar gedemoraliseerde opvoedingsstijl te herzien en meer gezag te nemen, waarbij aanvankelijk een beloningsprogramma nodig was. De beperking van stiefvaders mogelijkheden wat de opvoeding betreft werd geaccepteerd, maar hij werd wel uitgenodigd om bijvoorbeeld met Michael te gaan vissen. Tegelijkertijd werd er gewerkt, aanvankelijk door concrete ondersteuning, aan het verbeteren

van de omgang van de ouders binnen het netwerk: school, gemeente, gezinsvoogdij, sociale dienst, arbeidsbureau en justitie, om het gezin beter verankerd te doen zijn in de leefomgeving. Nu de behandeling is afgesloten, blijken moeder en stiefvader aan vertrouwen in zichzelf, hun kinderen en de omgeving te hebben gewonnen.

IMPLEMENTATIE EN PSYCHIATRISCHE VERANTWOORDELIJKHEID

IPG is een zorgprogramma binnen het transmurale kinder- en jeugdpsychiatrische zorgcircuit; het is in Drenthe ontwikkeld in een samenwerkingsverband tussen jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg en twee kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken.

Het behandelplan is enerzijds gebaseerd op psychiatrische diagnostiek, waarmee het ontwikkelingsniveau en dus de mogelijkheden en beperkingen van het betrokken kind worden vastgesteld en een sterkte-zwakteanalyse van het systeem wordt gemaakt, gebaseerd op het biopsychosociale model. Anderzijds is de behandeling in de uitvoering grotendeels niet diagnosespecifiek of voortvloeiend uit een bestaand protocol, al kunnen geprotocolleerde interventies er wel integraal deel van uitmaken.

Met IPG wordt beoogd, zonder de pretentie van genezing, de impact van de psychiatrische stoornis in te dammen en de negatieve spiraal van symptoom en verwijt waarin het systeem gevangen zit, te doorbreken.

Het behandelplan komt als volgt tot stand. De hulpvraag wordt beschreven als deel van de gezinsgeschiedenis en ontwikkelingsanamnese. Vervolgens schrijft de psychiater op basis hiervan en van de diagnostiek en de inschatting van de draagkracht-draaglastverhouding, de 'psychiatrische uitgangspunten' voor het behandelplan met een globale behandel doelstelling. In samenspraak met de gezinshulpverlener wordt de doelstelling per behandeldomein (thuissituatie, ouderbegeleiding, school, het individuele kind) uitgewerkt en dat geheel wordt als behandel-

overeenkomst in een gesprek met ouders, case manager en gezinswerker besproken en vastgesteld. De case manager draagt er zorg voor dat eventueel parallel lopende interventies goed ingevoegd zijn in het geheel.

De gezinshulpverleners van de IPG, die de uitvoering in een solistische positie voor hun rekening nemen, overleggen wekelijks in het multidisciplinaire team met een orthopedagoog, een systeemtherapeut en de teampsychiater.

IPG voorziet voor de hulpverleners in een ondersteuningsmodel dat bestaat uit methodische werkbegeleiding, zowel in teamverband als individueel, functiegerichte deskundigheidsbevordering, een behandelstructuur met evaluatie- en rapportagemomenten en een duidelijk omschreven samenwerkingsmodel met de aanmelder. Bovendien is er het 'cliëntvolg- en informatiesysteem intensieve thuisbehandeling', KISIT (Ten Brink e.a. 1997), dat de behandelaars van feedback voorziet en spil is in een wetenschappelijk evaluatieonderzoeksprogramma.

Het KISIT omvat een gestandaardiseerde lijst van de verrichtingen. Deze lijst bestaat uit technieken zoals 'actief luisteren', 'doelen en prioriteiten stellen met het gezin' of 'gedragsinstructie'. In KISIT rapporteert de gezinshulpverlener over elk gezinsbezoek aan welke doelen is gewerkt en met welke gezinsleden. Ten behoeve van evaluatie en werkbegeleiding kunnen over een langere periode overzichten worden uitgedraaid, waarin het behandelverloop (doelrealisatie) en het behandelproces (verrichtingen) staan samengevat.

Dit overzicht over de interventiemogelijkheden helpt de gezinshulpverlener om zichzelf met het behandelplan staande te houden in de hectiek van de actuele gezinssituatie. Bovendien is het een goed middel om de intervisie in het team gestructureerd te doen verlopen.

Overigens dient het behandelplan niet als een samenraapsel van losse elementen te worden gezien. De auteurs, die over een soortgelijke vorm van gezinsbehandeling aan veelal kansarme gezinnen hebben geschreven (Baartman 1991;

Ghesquiere 1993), benadrukken het wezenlijke belang van een respectvolle, op empathie en integriteit gebaseerde houding van de gezinshulpverlener.

VOORLOPIGE EVALUATIE

In de Verenigde Staten is in experimenteel klinisch onderzoek vastgesteld dat multisysteemtherapie niet alleen een effectvolle behandelvorm is, bijvoorbeeld om recidive bij criminele jongeren te voorkomen (Borduin 1999), maar ook kan dienen als alternatief voor acute psychiatrische opnamen van kinderen en adolescenten (Henggeler e.a. 1999). De nog voorlopige resultaten in Drenthe (in totaal 130 kinderen) zijn hoopgevend. Uit evaluatieonderzoek (Ten Brink e.a. 2000) komt naar voren dat ruim 87% van de aangemelde kinderen zes maanden na afloop van de IPG nog steeds thuis woont. De door ouders ervaren gedragsproblemen, gemeten met behulp van de Child Behavior Checklist (Achenbach 1991), en opvoedingsstress, gemeten met behulp van de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (De Brock e.a. 1992), liggen bij het begin van de behandeling ruim binnen de klinische range. De ernst van de problematiek is bij het beëindigen van de behandeling significant afgenomen. Tevens lijken deze verbeteringen zich gedurende de daaropvolgende zes maanden door te zetten. Zowel de aanmelder als het gezin is positief over het effect in termen van resultaat en tevredenheid van de door IPG geboden hulp. Het zorgprogramma lijkt een positieve invloed te hebben gehad op de wachtlijsten voor klinische behandeling en op de gemiddelde opnameduur.

LITERATUUR

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Baartman, H.E.M. (red.) (1991). *Praktisch pedagogische thuishulp in bewerkelijke gezinnen*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Borduin, C.M. (1999). Multisystemic treatment of criminality and violence in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 242-249.
- Brink, L.T. ten, Veerman, J.W., & Berger, M. (1997). Handleiding verrichtingen intensieve ambulante gezinsbehandeling. Utrecht: NIZW.
- Brink, L.T. ten, & Veerman, J.W. (2001). Eindrapport onderzoek Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling. Utrecht: NIZW.
- Brock, A.J. de, Vermulst, A.A., & van Acker, J. (1992). Nijmeegse ouderlijke stress index. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Ghesquiere, P. (1993). Multi problem gezinnen, perspectieven op een problematische hulpverleningssituatie. Proefschrift pedagogische wetenschappen Katholieke Universiteit Leuven.
- Henggeler, S.W., Cunningham, P.B., Pickrel, S.G., e.a. (1996). Multisystemic therapy. An effective violence prevention approach for serious juvenile offenders. *Journal of Adolescence*, 19, 47-61.
- Henggeler, S.W., Rowland, M.D., & Randell, J. (1999). Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalisation of youths in psychiatric crisis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1331-1339.
- Kaplan, L. (1986). *Working with multiproblem families*. New York: Lexington Books.
- Rowland, M.D., Henggeler, S.W., & Gordon, A.M. (2000). Adapting multisystemic therapy to serve youth presenting psychiatric

emergencies. Two case-histories. *Child Psychological & Psychiatric Review*, Vol. 5 no. 1, 30-43.

Schot, E. van, & van der Steege, M. (1998). Wel of niet uit huis? Methodiek van intensieve orthopedagogische gezinsbehandeling. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, 6, 12-20.

Werner, E.E. (1993). Risk Resilience and Recovery. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515. Cambridge University Press.

AUTEURS

G.H.F. VAN DER MOST is kinder- en jeugdpsychiater, tot recent verbonden aan 'De Ruyterstee', centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie te Smilde, thans aan 'De Argonaut', academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie bij de Universiteit van Amsterdam.

A.H. ROOSMA is psycholoog en andragoog en projectleider van 'Hulp aan Huis', een jeugdhulpverleningsproject voor intensieve ambulante gezinsbehandeling in Drenthe. Hij is daarnaast als projectleider betrokken bij de ontwikkeling van het bureau Jeugdzorg en de intersectorale zorgprogrammering.

Correspondentieadres: G.H.F. van der Most, de Sluiskampen 34, 9422 AN Smilde.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-11-2000.

SUMMARY

Intensive psychiatric familytherapy – G.H.F. van der Most, A.H. Roosma –
The implementation of a care-program for families is described, based on a multisystemtherapy framework. The care-program is meant for families with children who are facing admittance to a psychiatric hospital or a children's home as a result of a psychiatric disorder of one of the family members. In multisystemtherapy, strengthening of protective factors and reduction of risk factors are just as important as interventions based on specific diagnoses. Using a case-study, a description is given of the indications, the case management, treatment design and the environmental factors necessary for an effective intervention. The first evaluation results of the care-program are described.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 8, 579-583]

KEYWORDS multisystemtherapy, multi-problem families