



Groepstherapie als onderdeel van een therapeutisch milieu

Hoe maak je een behandelsetting tot een therapeutische setting die maximaal tegemoet komt aan de behandelbehoefte van de patiënten en dus ook van de groep? In dit artikel geven de auteurs daar richtlijnen voor op basis van het model Samenhangend Behandelen.

Door Anne-Marie Claassen en
Monique Leferink op Reinink

Wanneer groepstherapie wordt gegeven binnen een klinische setting of deeltijdbehandeling, spelen er naast de groepsdynamiek ook andere aspecten die van invloed zijn op het therapeutisch proces. In dit artikel geven we richtlijnen om een behandelsetting te maken tot een therapeutische setting of milieu. Visies die het multidisciplinaire team heeft omtrent de behandeling en de organisatie van de groepsbehandeling zijn hierbij doorslaggevend. Het ontbreken van samenhang kan leiden tot psychopathologie of het verergeren van klachten van de patiënt (o.a. Janzing, 2009).

'Een therapeutisch milieu is een eenheid van samenhangend behandelen, waarbinnen aan een patiënt relaties met anderen patiënten en behandelaars worden aangeboden. Deze relaties bieden de patiënt de ruimte om zelf binnen zijn mogelijkheden en beperkingen tot een oplossing te komen van zijn problemen, problemen die in complexiteit kunnen variëren en op allerlei gebieden van het leven kunnen liggen.'
(Janzing & Kerstens, 2012, p. 89).

Het model Samenhangend Behandelen is een wijze waarop een therapeutisch milieu kan worden neergezet en onderhouden. Het model stoelt op concepten die afkomstig zijn uit het psychoanalytische gedachtegoed, de groepsdynamica, de sociale- en organisatie-

psychologie, Transactionele Analyse en modellen uit de management- en organisatie-leer. Met een fundamentele bezinning op het therapeutisch milieu kan men behandelssystemen ontwikkelen die maximaal tegemoet komen aan de behandelbehoeften van de patiënten en dus ook van de groep (Janzing & Kerstens, 2012; Claassen & Janzing, 2014).

Samenhangend behandelen

Een therapeutisch milieu is een setting waarbinnen het model Samenhangend Behandelen is toegepast (Janzing, 2009). Dit betekent dat de omgeving wordt ingezet ofwel ten dienste staat van de behandeling. Om vanuit de psychopathologie een behandelafdeling te kunnen opzetten, dient men een idee te hebben over de interne en externe adaptatiemechanismen van de patiënt. Dan kan worden bepaald in welke mate er druk uitgeoefend kan worden tijdens de behandeling van de patiënten, of dat er juist structuur moet worden geboden. In hun basisfilosofie over het werken in een therapeutisch milieu stellen Janzing en Kerstens (2012) de pathologie van de patiënt en de daaruit voortvloeiende behandelbehoeften centraal. In de kern zien zij de pathologie van de patiënt als een disbalans tussen interne adaptatie (het defensief of afweersysteem), de externe adaptatie (de aanpassingsmogelijkheden aan de omgeving) en de structuur van de persoonlijkheid (het executieve of het uitvoerende systeem), drie systemen binnen de egostructuur. De keuze voor een theoretisch referentiekader is hierop afgestemd. Er zijn drie vormen van een therapeutisch milieu die worden onderscheiden door de mate van pressie en de opzet van de therapie. Het gaat om het reconstructieve milieu, het supportieve milieu en het sociaal-

democratische milieu (Janzing & Kerstens, 2012). Van daaruit kan de instelling kijken naar welke andere middelen (bijvoorbeeld de vorm van huisvesting, therapieruimtes) en mensen (hoeveel stafleden en welke disciplines) de beste samenhang geeft. De pathologie van patiënten manifesteert zich doorgaans als te veel of te weinig regulatie van emoties of als onvoldoende of juist te veel aanpassing aan de omgeving. Vaak vloeit dit voort uit persoonlijkheidsproblematiek, waardoor patiënten vastlopen in hun leven wat betreft werk, relaties en zingeving. De externe adaptatie of het adaptief systeem is dan ook veelal de insteek van behandeling. De mogelijkheid tot verandering is afhankelijk van de structuur van de persoonlijkheid

Het bewaken van het therapeutische milieu is belangrijk om een afdeling gezond en draaiende te houden

en de mate van afweer. De patiënt tijdelijk laten verblijven in een reconstructieve behandelomgeving kan een belangrijke overweging zijn bij de uiteindelijke indicatiestelling. Er is altijd sprake van een milieu. Dat wil zeggen dat er altijd sprake is van wederzijdse beïnvloeding tussen mensen in een bepaalde omgeving. Wanneer er bijvoorbeeld bij een ambulante groepsbehandeling geen contact is geweest tussen de psychotherapeut en de vaktherapeut over een incident in de groep, zullen de groepsleden dit merken. Wanneer de therapeuten vervolgens onderling onuit-

gesproken problemen krijgen, zal dit ook, meestal op een onbewust niveau, door de groep bemerkt worden. Een parallel met oude patronen van ruziënde en verwaarlozende ouders is hier snel gemaakt. Het bewaken van het therapeutische milieu is belangrijk om een afdeling gezond en draaiende te houden. Het gaat hier om twee dimensies die in samenhang met elkaar bestaan: de oppervlakte en de dieptestructuur. De oppervlaktestructuur gaat over de functionele ordening van de behandelafdeling. Dat wat zichtbaar is en consensus van de medewerkers en patiënten heeft. Bijvoorbeeld de weekroosters, de behandelovereenkomst, de begrotingen en onderhoud van de gebouwen. De dieptestructuur van een therapeutisch milieu, of nog breder, van een organisatie, wordt bepaald door onderliggende, veelal onbewuste structuren, zoals angsten, verlangens, verzet, hechtingspatronen of levensvisies. Het gaat hierbij dus om dat wat meestal niet zichtbaar is of zelfs niet zichtbaar mag worden.

Aanloop naar het model

Het eerste boek over milieutherapie in Nederland verscheen in 1954, geschreven door Eugène Carp, hoogleraar psychiatrie en grondlegger van de milieutherapie. In dit boek werd voor het eerst de term 'sociotherapie' gebruikt, een term afkomstig uit Frankrijk en in het Nederlands vertaald als 'actieve aanpassingstherapie'. Het doel van deze aanpassingstherapie was dat de patiënten zich leerden aanpassen aan de gemeenschap. Men zag dit aanvankelijk als een soort heropvoeding met gebruikmaking van gezag, tucht en dressuur. De psychiatrische ziekenhuizen bestonden in die tijd uit groepen van

dertig tot zestig patiënten onder leiding van een handvol verplegend personeel met één psychiater aan het hoofd. Later werd de aanpak vanuit de aanpassingstherapie wat vriendelijker en ging het al meer over het ontwikkelen van de persoonlijkheid en het leren omgaan met anderen. In 1963 vertaalde een leerling van Carp, Piet Jongerius, dit behandelconcept in een opzet voor de kliniek De Viersprong (Muste, Weertman & Claassen, 2009). Jongerius merkte hierbij op dat de

De groepstherapeut is deelnemer van het multidisciplinaire team en dus in die zin een groepslid

gebouwen en de organisatie als geheel eveneens van invloed waren op het verloop van de behandeling. De patiënten werden in deze nieuwe behandelsetting nu in groepen van maximaal tien personen geplaatst met een vaste begeleider die groepsdynamisch was geschoold. Deze begeleiders ontwikkelden zich in de loop van de jaren tot groepswerker of sociotherapeut.

De Therapeutische Gemeenschappen (TG's) werden in de jaren zeventig verder vormgegeven. In die tijd waren er nauwelijks professionele richtlijnen hoe een behandeling binnen zo'n therapeutische gemeenschap op een goede manier vorm te geven. Door zich als therapeutische gemeenschappen te verenigen, door de oprichting van de Vereniging van Medewerkers in Psychiatrische Dagbe-

handeling (VMPD) en de Vereniging voor Klinische Psychotherapie (VKP) en door het organiseren van studiedagen over TG's, werd er steeds meer informatie uitgewisseld over klinische groepstherapie en groepsdynamica. Uitwisseling met Engelse collega's was daarbij een belangrijke inspiratiebron. Na de opkomst van meer doelgericht werken in groepen werden de TG's omgevormd tot psychotherapeutische centra waar ook meer hiërarchisch werd gewerkt (De Weerd, Slaa & Muste, 2013). Vanuit deze professionalisering werd door de Stichting Klinische Psychotherapie (SKP) het STEP-onderzoek gestart in 1990. STEP staat voor Standaard Evaluatie Project, een kwaliteitsonderzoek naar het effect van klinische psychotherapie.

Koks schreef in zijn overzichtsartikel over de klinische psychotherapie dat er anno nu meer mogelijkheden zijn wat betreft de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen of complexe pathologie. De behandel-effectiviteit van de groepstherapeutische behandeling binnen de klinische setting is aangetoond. Maar de kosteneffectiviteit kan voor instellingen het struikelblok zijn om niet te kiezen voor deze vorm van behandeling (Koks, 2015).

Holding en containment

Het gebied waarin een therapeutische behandeling zich afspeelt is te zien als een speelveld. Spelers zijn therapeuten en patiënten. Zij streven samen doelen na, maar moeten daarbij binnen de grenzen van het spel blijven. Het spel en de omgeving beïnvloeden elkaar (Muste, Weertman & Claassen, 2009).

De omgeving waarin een therapeutische behandeling plaatsvindt is van invloed op het behandelproces (Berkouwer 2004; Berk,

2005; de Haan 2011; Muste, Weertman & Claassen, 2009). Zo draagt een heldere structuur bij aan de versterking van het functioneren van de patiënten en kan bijvoorbeeld de opvatting dat de maatschappij zoveel mogelijk moet worden nagebootst tijdens een (dag) klinische behandeling juist leiden tot een gevoel van onveiligheid, waardoor het therapeutisch proces onvoldoende op gang komt of stagneert. Het inzetten van sociotherapeuten is hierbij van belang: zij zijn de bewakers van de veiligheid en de structuur. Ook in een deeltijdbehandeling kan de sociotherapeut het verschil maken in de mate van samenhang binnen het groepswerk (van Pinxteren & Grotenhuis, 2009).

Berkouwer (2004) beschrijft verschillende eisen waaraan een therapeutische omgeving moet voldoen om een goed verlopend groepstherapeutisch proces mogelijk te maken. Alleen op deze wijze kan de multidisciplinaire setting of het therapeutisch milieu optimaal worden gebruikt. Oude patronen kunnen losgelaten worden om vervolgens te komen tot een nieuwe en meer adaptieve aanpassing aan de (thuis)omgeving of in de groep.

1. De therapeutische omgeving moet constant zijn wat betreft tijd, plaats en ruimte;
2. De therapeutische omgeving moet voldoende holding bieden, in voldoende mate kunnen inspelen op de behoeften van patiënten;
3. De therapeutische omgeving moet voldoende bescherming bieden;
4. De therapeutische omgeving moet los staan van de leefomgeving van de patiënt;
5. De verschillende onderdelen van de behandeling moeten goed op elkaar zijn afgestemd.

Het eerste aspect impliceert dat alleen een constante omgeving de veiligheid kan waarborgen die voor verdere psychische ontwikkeling noodzakelijk is. Vaak hebben patiënten in hun voorgeschiedenis juist weinig constantie gekend. Het is dus belangrijk dat de therapie plaatsvindt op een vastgesteld tijdstip, op een vastgestelde plaats en op een vaste locatie. Ook structuur, bijvoorbeeld een duidelijk therapieprogramma, heldere doelen, duidelijke dagindeling, vaste omgangsvormen en regels, geven constantie, voorspelbaarheid en vertrouwen. De mate van structuur die wordt geboden is daarbij mede afhankelijk van de beoogde doelgroep. Zo zal een resocialisatie-afdeling doorgaans veel meer gestructureerd zijn dan een dagkliniek voor inzichtgevende psychotherapie.

Het tweede aspect behelst dat de therapeutische omgeving 'een dragende omgeving' moet zijn (Berkouwer 2004), dat wil zeggen in voldoende mate ondersteunend is voor patiënten en medewerkers en helder wat betreft taak en structuur.

Dit impliceert wat het taakaspect betreft onder meer dat duidelijk moet zijn wat het therapieprogramma precies inhoudt en wat de onderliggende rationale is, wat ieders taken zijn, dat de verschillende taken goed op elkaar zijn afgestemd, grenzen worden bewaakt, de behandeldoelen duidelijk zijn, duidelijk is wie waarvoor verantwoordelijk is, er evaluatiemomenten zijn en er teaminterviews plaatsvindt.

Wat het therapeutisch proces betreft kan worden gedacht aan patiënten betrekken bij en motiveren voor behandeling, patiënten de mogelijkheid geven zich te hechten, het bewaken van een bij de therapie passend spanningsniveau (afstand/nabijheid, ondersteu-

ning/ontregeling), het stellen van grenzen aan schadelijk gedrag, (blijven) proberen te begrijpen wat er in een patiënt omgaat, het bevorderen van openheid en verbondenheid, transparant zijn in eigen handelen en zicht hebben op en kunnen hanteren van overdrachts- en tegenoverdrachtsgevoelens (o.a. Arendsen Hein, 1998; Haans, 2006). Gedurende de behandeling hebben therapeuten de taak open te staan voor de ervaringen van patiënten. Ervaringen van patiënten kunnen afschuw, verdriet, woede, schaamte of machteloosheid oproepen. Taak van de therapeut is deze gevoelens te kunnen verdragen, hierop te reflecteren en er op een constructieve manier mee om te gaan.

Het derde aspect is dat de therapeutische omgeving voldoende bescherming moet bieden tegen zowel inbreuken van buiten (denk aan ongevraagde bemoeienis van familieleden, ongewenst avondbezoek op de afdeling als van binnen (bijvoorbeeld het risico op een impulsdoorbraak bij de patiënt). Bescherming kan worden geboden door bouw en opzet van voorzieningen, het bieden van voldoende structuur, het stellen van grenzen, het bieden van de mogelijkheid contact aan te gaan of zich juist terug te trekken.

Het vierde aspect dat van belang is, is dat de therapeutische omgeving neutraal is, dat wil zeggen los staat van de leefomgeving van de patiënt. Zo kan het een belangrijke negatieve invloed op de behandeling hebben als twee patiënten elkaar al goed kennen of een relatie aangaan tijdens de behandeling. Ook activiteiten op internet en Facebook kunnen de neutraliteit ernstig schaden (Krijnen, 2015). Daarnaast is ook de neutraliteit van de handelaar van belang.

Ten slotte is in de therapeutische setting van groot belang dat referentiekader en subkaders goed op elkaar zijn afgestemd en de verschillende disciplines op een constructieve manier samenwerken. Dit en de bovengenoemde aspecten van de therapeutische setting kan goed vormgegeven worden binnen een overlegstructuur. Ook het therapieooster is een mooie manier om de binnen- en buitengrenzen vorm te geven alsmede de beoogde therapeutische druk op de groepsdynamiek (Claassen, 2009).

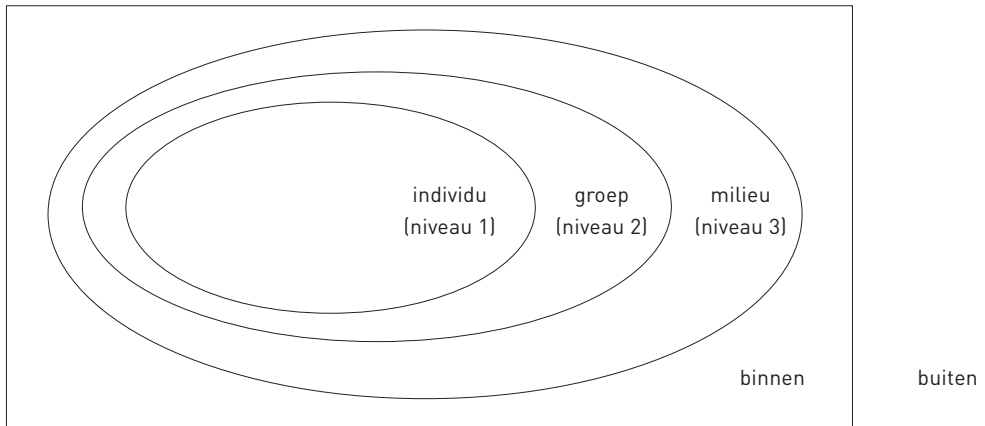
De rol van de groepstherapeut

De groepstherapeut is deelnemer van het multidisciplinaire team en dus in die zin een groepslid. Meestal is de groepstherapeut ook de regiebehandelaar van de patiënten in de groepstherapie. Is dit niet zo, dan is afstemming over het individuele proces versus het groepsproces belangrijk. De taak van de groepstherapeut is dan om het functioneren van individuele patiënt in de groep te faciliteren. Yalom (1983) geeft duidelijke kaders aan de groepstherapeut in een klinische setting. Het gaat om het werken in en met het hier-en-nu, het formuleren van doelen en het faciliteren van delen met elkaar in de groep. Daemen (1998) noemt vier vormen van groepspsychotherapie in de multidisciplinaire en milieutherapeutische setting: groepsinterventies gericht op gedrag, gericht op existentiële positie, gericht op interactie en gericht op persoonlijkheid. Afhankelijk dus van de keuzes die het multidisciplinaire team heeft gemaakt wat betreft de psychopathologie en methode zet de groepstherapeut in op deze gebieden binnen de groepssessies. Om binnen de dynamiek van een therapeuti-

sche setting grip te houden op de (team) processen, de groepsdynamiek en het individuele therapieproces, is een model ontwikkeld (Claassen, 2009). Het model (zie figuur 1) gaat uit van het individu, de patiënt met een individueel behandelplan waarin zijn klachten en psychopathologie zijn beschreven. Hij is deelnemer aan de groep en de groep als geheel is weer onderdeel

Het milieu is het geheel van en de chemie tussen de behandelgroepen en de behandelstaf

van het milieu. Het milieu is het geheel van en de chemie tussen de behandelgroepen en de behandelstaf (Janzing, 2009). De binnen- en buitengrenzen betekenen in dit model zowel de letterlijke als de figuurlijke grenzen. De letterlijke grenzen gaan over bijvoorbeeld 'binnen de kliniek' of 'buiten het terrein van de deeltijdbehandeling'. De figuurlijke grenzen gaan over zich niet houden aan de behandelafspraken of leefregels. De regiebehandelaar en het team kunnen op deze wijze in lijn met de aspecten van de therapeutische omgeving structureren, begrenzen, holding bieden dan wel sanctioneren. De rol van de groepstherapeut is om zijn expertise in te zetten op zowel het tweede als het derde interventieniveau.



Figuur 1. Model interventieniveaus multidisciplinaire setting

In een deeltijdbehandeling, bestaande uit twee groepen, ergens in het midden van het land heeft groep 1 te kampen met drop-outs en veelvuldige afwezigheid zonder bericht van groepsleden. In de teamvergadering wordt er stilgestaan bij de derde drop-out. Eén van de sociotherapeuten die op beide groepen werkt, merkt op dat de twee huiskamers zo verschillend zijn. De huiskamer van groep 1 is vaak rommelig, de therapiemappen worden vaak vergeten door de groepsleden en er is geen takenlijst wat betreft het doen van corvee en afwas. Wanneer hij de groep een aantal keren heeft aangesproken op deze taken krijgt hij een vijandige reactie van een aantal groepsleden. Het groepsklimaat is duidelijk onveiliger dan het groepsklimaat van groep 2. Daar hebben de groepsleden een aparte map gemaakt voor alle behandelplannen en behandelbeoordelingen zodat ieder nieuw groepslid op de hoogte kan zijn van het therapieproces van de andere groepsleden. De openheid en samenwerking zijn hier groot. Wanneer de therapeut de afspraken rondom aan- en afwezigheid erbij pakt, blijkt dat de regiebehandelaar van groep 1 deze niet kent. Het actief nabellen bij afwezigheid en het on-

dertekenen van de leefregels heeft zij dan ook nagelaten. Afgesproken wordt dit voortaan wel te doen. Bovendien wordt er eens in de maand een patiënten-staf-ontmoeting (PSO) georganiseerd. Op deze wijze stuurt de staf aan op overleg tussen de twee behandelgroepen en de staf om zo meer samenhang en cultuuroverdracht te krijgen.

In bovenstaande casus wordt er op de verschillende niveaus geïntervenieerd door de staf. Op individueel niveau wordt er meer aandacht besteed aan het overdragen en ondertekenen van de leefregels en het nabellen van de wegblijvers. Op deze wijze worden de normen in de groep hersteld wat betreft overleg over de reden van eventuele absentie. Dit geeft vervolgens weer meer constantie in de omgeving en dus meer voorspelbaarheid. De therapeutische setting kan in dat geval meer gebruikt worden voor het doorbreken van oude patronen dan als een herhaling van de onveiligheid en dus het aanpassen van de patiënt (Claassen & Pol, 2015). De taak van de groepstherapeut op het tweede niveau is om deze nieuwe gedragsaspecten te koppelen aan de ervaren

verbondenheid in de groep. Wanneer er namelijk meer veiligheid is, kan er ook weer meer worden samengewerkt. Dit kan weer effect hebben op het derde niveau wat betreft de groepstaken in het opruimen en schoonhouden van de huiskamer. Wanneer er vervolgens minder drop-outs zijn en de PSO een mooi samenspel van culturen laat zien, kan men als volgende stap bijvoorbeeld een aparte groepsmap met behandelplannen introduceren.

Patiënten Staf Ontmoeting

Een PSO is een vorm van een meer gestructureerde grote groepsbijeenkomst, die deel uitmaakt van veel psychotherapeutische deeltijd- of klinische behandelingen. De PSO werd voor het eerst gebruikt door Wilfred Bion (1961) in de behandeling van getraumatiseerde soldaten na de WO II. Doel was de patiënten actief bij hun behandeling te betrekken.

Patiënten-staf-bijeenkomsten of cliënten-staf-ontmoetingen (CSO) zijn doorgaans taakgericht en kennen een bepaalde structuur.

Doelen kunnen zijn (Berk, 2005):

1. Het uitwisselen van informatie over wat zich op de afdeling afspeelt. Zo kunnen het niet nakomen van afspraken, het breken van regels of bijvoorbeeld een suïcidepoging worden besproken. De staf krijgt op deze manier zicht op wat er onder de patiënten leeft en kan vertekende percepties corrigeren.
2. Het in stand houden van het sociale systeem, zoals de onderlinge cohesie, parallelprocessen, de behandelcultuur, regels en grenzen.
3. Zicht houden op wat er zich afspeelt in de groep als geheel.
4. Patiënten betrekken bij beslissingen.

In een meer reconstructief milieu kan de PSO ook minder gestructureerd zijn, waardoor onbewuste conflicten sneller zichtbaar worden. Het goed begeleiden van een grote groep of PSO vraagt de nodige scholing in en kennis van het hanteren van groepsprocessen, en is dus bij uitstek een taak van de (geschoolde) groepstherapeut. Thema's die op dit groepsniveau bewerkt zullen moeten worden zijn onder andere afhankelijkheid, agressie en separatie (Daemen, 1998). Dit laatste thema gaat ook over het leren afscheid nemen van de groep en het multi-disciplinaire team.

Het goed begeleiden van een PSO is bij uitstek een taak van de groepstherapeut

Bij therapeutische milieus zonder een PSO kan deze incidenteel worden ingezet wanneer er grenzen zijn overschreden, zoals agressieve uitbarstingen en relatievorming, of bij mededelingen die alle groepen aangaat. Dit laatste kan gaan over organisatorische mededelingen zoals een reorganisatie of vertrek van een medewerker. Maar ook als er sprake is van bepaalde patronen in de groepen zoals een toename van suïcidaliteit, drankgebruik of automutilatie. Deze patronen over de binnen- en buitengrenzen kunnen dan in de PSO aangekaart worden. Vervolgens kan dit in de therapiegroep verder doorgewerkt worden.

Individuele behandeling

De keuze voor individuele therapie naast de groepstherapie van de kliniek of de deeltijd hangt samen met de psychopathologie en de persoonlijkheidsstructuur van de individuele patiënt en de keuzes die het team vervolgens maakt. Voorbeelden van zo'n keuze is het inzetten van een persoonlijk begeleider (sociotherapeut), individuele traumabehandeling, individuele vormen van vaktherapie, inzet van systeemtherapie en van farmacotherapie. Dat laatste zou ook in de groep kunnen; de psychiater doet dan zijn medicatiespreekuur in de groep zodat ieder groepslid op de hoogte is van het medicatiegebruik van de ander. Ook inzet van standaard individuele psychotherapie naast de groepstherapie door een van de groepstherapeuten of de regiebehandelaar is een keuze die gemaakt is vanuit een visie op de psychopathologie. Het gaat dan met name vaak over een groep patiënten met ernstige hechtingsproblematiek die in eerste instantie meer profiteren van het dyadische contact met de regiebehandelaar. Of patiënten waar zodanige ernstige schaamteproblematiek speelt dat de weerstand om uitsluitend in een groep therapeutisch aan de slag te gaan te groot is (Galigor, Fieldsteel & Brok, 1993).

Wanneer groepsleden verzoeken om een individueel gesprek is het aan de therapeut in te schatten of dat zinvol of noodzakelijk is. Soms kan het zinvol zijn met een groepslid een of enkele individuele gesprekken te voeren, bijvoorbeeld wanneer de angst om te praten in de groep erg groot is. Het is belangrijk dat de andere groepsleden op de hoogte zijn van de redenen van de individuele therapiesessies. De therapeut spreekt af

dat het betreffende groepslid de inhoud van het persoonlijke gesprek na afloop weer terugbrengt in de groep. Op deze wijze kan de individuele sessie een brug slaan in het verder werken in de groep.

De psychiater kan zijn medicatiespreekuur in de groep doen zodat ieder groepslid op de hoogte is

De ervaring leert dat het voeren van een individueel gesprek niet per se leidt tot meerdere verzoeken om een dergelijk gesprek. Wel kunnen gevoelens van jaloezie naar voren komen. Het is dan de taak van de therapeut deze gevoelens in de groep te valideren en verder te exploreren.

Teamprocessen

Het onderhoud van het therapeutische milieu is een belangrijk element om een afdeling gezond en draaiende te houden. Het is te verdelen in twee dimensies die in samenhang met elkaar bestaan. We hebben het hier over de oppervlakte- en dieptestructuur van een team. De groepstherapeut is nu in een andere rol, namelijk die van teamlid. Er is veel geschreven over teams en teamprocessen. Voor dit artikel beperken we ons tot ons model van Samenhangend Behandelen. Wanneer de oppervlaktestructuur onduidelijk en inconsistent is zal dit effect hebben op de dieptestructuur. Zo zou er door onvoldoende duidelijkheid een regressieve ten-

dens kunnen ontstaan in het team waardoor het minder professioneel zal kunnen handelen en reageren. De meeste problemen rond samenhang in de behandeling van patiënten zijn een gevolg van onvoldoende tot slechte organisatie. Zo kunnen er onder meer problemen met middelen zijn, naast communicatieproblemen, onvoldoende teambezetting, competentietekorten. In veel gevallen sluit de organisatie van de behandeling niet of onvoldoende aan op de behandelvraag. Een tweede belangrijke oorzaak van onvoldoende samenhang is wanneer bij een goede behandelorganisatie de naleving ervan wordt gehinderd door persoonlijke factoren van teamleden. Hierbij kan men denken aan persoonlijke psychopathologie, maar ook kunnen allerlei soorten onderlinge verhoudingen zoals verliefdheden, autoriteitsproblemen, vooroordelen en onderlinge conflicten een ondermijnende rol spelen (o.a. in Janzing, 2009; Haans, 2006; Hutsebaut et al. (2011); Claassen & Pol, 2015).

Onderzoek

Het STEP-project (Timman & Groenink, 2008) heeft de behandelresultaten van veertien klinische instellingen in Nederland tot 25 jaar na de start verzameld en verwerkt. Conclusie was dat klinische psychotherapie effect heeft op de afname van klachten van patiënten met persoonlijkheidsproblematiek en dat dit effect tot meer dan een jaar na ontslag in stand blijft of zelfs toeneemt. Een kwart van de onderzochte patiënten functioneerde na klinische behandeling op het niveau van de gemiddelde Nederlander (SKP, 2006). In 2006 startte het SEPTRE-onderzoek, een benchmark-onderzoek naar onder meer het

effect van groepstherapie, deeltijdbehandelingen en klinische psychotherapie (onder andere Bartak, 2008). Ook uit dit onderzoek kwam naar voren dat groepsbehandeling in een (dag)klinische setting een effectieve vorm van psychotherapie is voor cliënten die eerder niet opknapten in een individuele therapie. Ondanks deze twee grote onderzoeken is het lastig vast te stellen wat nu precies de ingrediënten zijn van een effectieve milieu-therapeutische behandeling (Claassen & Janzing, 2014). Momenteel hebben de meeste (dag)klinische behandelingen een therapeutische methode ingevoerd. Ook vanuit die – meestal nog als pilot opgezette – effectiviteitsonderzoeken komen goede resultaten voor bijvoorbeeld DGT, MBT, Transactionele Analyse en Schematherapie naar voren.

Bateman en Fonagy (2000) stelden vanuit een groot review over therapeutische behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen dat een aanzienlijke behandelduur en voldoende intensiteit van de behandeling belangrijk zijn. Daarnaast moet het behandelmodel theoretisch consistent worden aangeboden, dus conform de standaarden van de eerder genoemde therapeutische modellen. Dit aspect van samenhang wordt ook door de multidisciplinaire richtlijnen ondersteund (MDR, 2008).

Pearce en Pickard (2012) benoemen de moeilijkheid om de inhoud van de TG's te standaardiseren en de wens om onderzoek te doen hoe de therapeutische milieus werken en deze vervolgens te kunnen effectueren. Wat wel uit hun onderzoek naar voren komt is dat er een correlatie is tussen het gevoel bij de groep te horen en de positieve uitkomsten van welbevinden en zelfvertrouwen.

Samenvatting

Men spreekt van een therapeutisch milieu, wanneer er binnen een (behandel-)setting voldoende samenhang is tussen een visie op de psychopathologie, op de behandeling, de daartoe benodigde mensen en middelen en wanneer oppervlakte- en dieptestructuur van een team een constructief kader (blijven) bieden.

De taak van de groepstherapeut is naast het verrichten van groepstherapie deze meeromvattende processen te faciliteren en te bewaken.

Onderzoek naar de werking van klinische psychotherapie laat goede resultaten zien wat betreft behandelingen met een specifieke methodes als ook de (dag)therapeutische behandelingen met een integrale groepspsychotherapeutische insteek.

Verder onderzoek is zeer wenselijk om beter te kunnen begrijpen welke elementen werkzaam zijn voor welke patiënten en wanneer

die in de behandeling het beste aangeboden kunnen worden.

In een klimaat waarin de behandelduur steeds verder wordt ingekort met alle gevolgen van dien (draaideurpatiënten) kunnen zorgvuldig wetenschappelijk onderzoek en daarnaast herstelverhalen van patiënten een belangrijke impuls geven aan het in stand houden en verder faciliteren van de huidige klinisch psychotherapeutische programma's.

Anne-Marie Claassen (amclaassen@yahoo.com) is psychotherapeut en programmamanager van de Boerhaven Kliniek, Mediant te Hengelo, supervisor (NVP en Schematherapie) en hoofdredacteur van nascholings tijdschrift *PsyXpert*.

Monique Leferink op Reinink (monilef@gmail.com) is psychotherapeut, groepspsychotherapeut en supervisor (NVP, NVGP) bij GGz Centraal, zorgprogramma Persoonlijkheidsstoornissen, locatie Harderwijk.

Literatuur

Arendsen Hein, M (1998). Overdracht- en tegenoverdrachtverschijnselen in behandelteams. In *Handboek Groepspsychotherapie*, E6.1-E6.17. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2000). Effectiveness on psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143.

Bartak, A. (2010). *On the effectiveness of psychotherapy in personality disorders*. Amsterdam: Academisch Proefschrift, UvA.

Berkouwer, A.Y. (2004). *Handboek psychoanalytische setting. Anatomie van een plek*. Amsterdam: Boom.

Berk, T. (2005). *Leerboek groepstherapie*. Utrecht: de Tijdstroom.

Bion, W. (1961). *Experiences in groups and other papers*. London: Routledge.

Claassen, A. (2009). De rol van het team. In Muste, E., Weertman, A. & Claassen, A. *Handboek Klinische Schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Claassen, A. & Janzing, C. (2014). Het effect van Samenhangend Behandelen. Introductie van een model voor multidisciplinair werken in de GGz. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 9(4), 25-38.

Claassen, A. & Pol, S. (2015). De Gezonde Volwassene in het multidisciplinaire team. Uit: Claassen, A. & Pol, S. (red.). *Schematherapie en de Gezonde Volwassene. Positieve technieken uit de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Daemen, M. (1998) Psychotherapiegroepen op afdelingen van psychiatrische klinieken. In: *Handboek Groepspsychotherapie*, E2.1-E2.34. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Edens, W. & Kerstens, J.A. (2009). Het milieutherapeutische arrangement voor klinische Schematherapie. In E. Muste, Weertman, A. & Claassen, A. (red.). *Handboek Klinische Schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Haans, T. (2006). *Parallelprocessen in organisaties. Begrijpen, herkennen en aanpak. Werken met groepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Hutsebaut J., Bales, D., Kavelaars, M., Gerwen, J. van, Bussbach, J. van & Verheul, R. (2011). Implementatie van een behandelmodel voor persoonlijkheidsgestoorde adolescenten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 37(3), 162-176.

Galigor, J., Fieldsteel, N.D. & Brok, A.J. (1993). *Combining individual and group therapy*. New Jersey: Jason Aronson Inc.

Haan, C. de. (2011). De methode: wondermiddel of loden last? Over de invoering van nieuwe *evidence based*-methoden bij complexe problematiek. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 6(3), 17-28.

Janzing, C. (2009). *Samenhangend behandelen in de GGz*. Assen: Van Gorcum.

Janzing, C. & Kerstens, J. (2012). *Werken in een therapeutisch milieu. Naar samenhangend behandelen in de GGz*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Krijnen, I. (2015). In of uit de groep. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 10(3), 8-12.

Koks, R. (2015). Je haalt de problemen in huis! Opkomst, bloei en neergang van klinische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 10(3), 39-51.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Muste E., Weertman, A. & Claassen, A. (red.) (2009). *Handboek klinische schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Pearce, S. & Pickard, H. (2012). How therapeutic communities work: Specific factors related to positive outcome. *International Journal of Social Psychiatry* (59)7, 636-645.

Pinxteren, P. van & Grotenhuis, L. (2009). Onmisbaarheid van sociotherapeuten in deeltijdbehandeling. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 4(3), 20-23.

Stichting Klinische Psychotherapie (2006). *Resultaatonderzoek in de klinische psychotherapie, terugblik op 25 jaar resultaatonderzoek*. SKP.

Timman, R. & Groenink, A. (2008). *STEP-Benchmark onderzoek*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Weerd, D. de, Slaa, S. & Muste, E. (2013). *Handboek Sociotherapie. Theorie en praktijk voor hulpverleners in het sociaal-agogisch werkveld*. Amsterdam: Uitgeverij SPW.

Yalom, I.D. (1983). *Inpatient group psychotherapy*. New York: Perseus Books Group.