



Een vastgelopen groep en de rol van psychodrama

De auteur nam een therapiegroep over voor patiënten tussen de 18 en 24 jaar die al twintig jaar werd gegeven door dezelfde groepstherapeut, met daarnaast verschillende co-therapeuten. De groep was niet vol en zwijzaam. Verandering was niet gemakkelijk, maar bleek succesvol. Een verslag.

Door **Marianne van Tatenhove**,
gz-psycholoog, specialistisch
groepspsychotherapeut en
psychodramatherapeut in opleiding.
Ten tijde van het schrijven van dit
artikel werkte ze bij GGz Centraal,
Ambulatorium Harderwijk.

Eind 2015 werd mij gevraagd een groep over te nemen van een collega. Het betrof de 'adolescentengroep', die ook wel 'jongvolwassenengroep' werd genoemd; een psychodynamische groepspsychotherapie voor mensen in de leeftijd van 18 tot 24 jaar. De verwijzingen voor deze groep komen uit verschillende teams; de polikliniek van kinder- en jeugdpsychiatrie, het team stemmingsstoornissen en het team persoonlijkheidsstoornissen.

Mijn collega was ruim twintig jaar groepstherapeut geweest van deze groep. In de loop van de tijd had zij verschillende co-therapeuten gehad – op het moment dat zij ermee stopte was een gz-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog haar co-therapeut. Vanwege gehoorproblemen wilde ze stoppen met de groep. De patiënten in deze groep hebben de neiging zeer zacht te praten of te mompelen en elkaar niet aan te kijken. Dit maakte dat het groeps gesprek voor haar niet meer te volgen was.

Het overnemen van deze groep was voor mij behoorlijk lastig. De groep was niet vol. Dat was al heel lang het geval. De deelnemers staarden naar de vloerbedekking en waren geneigd alleen te praten als hen iets gevraagd werd. Ik vroeg me af hoe het kwam dat deze groep niet vol was. Was het bestaan van deze groep voldoende bekend bij verwijzers? De groep werd soms aangeduid als

adolescentengroep en soms als jongvolwassenengroep. Ging het hier om hetzelfde begrip of is er een verschil tussen adolescentie en jongvolwassenheid? Sloot de methode psychodynamische groepstherapie wel aan bij deze doelgroep? Wat kon ik doen om veiligheid en cohesie in deze groep te bevorderen en ze in een werkhouding te krijgen? Hoewel het me nooit gezegd is, voelde ik een 'opdracht' om de huidige groep, die al zo lang een begrip was, voort te zetten zoals het was. Mocht ik als nieuweling wel verandering aanbrengen in een concept dat al twintig jaar onderdeel was van het aanbod van onze afdeling?

Adolescentie versus jongvolwassenheid

Het woord adolescentie stamt af van het Latijnse 'adolescere', dat opgroeien betekent. Er is veel geschreven over de ontwikkeling van kind naar volwassene. Er worden verschillende leeftijden gehanteerd voor het definiëren van de fase van adolescentie. De Deens-Duitse psychoanalyticus Erik Erikson (1902-1994) wordt gezien als belangrijkste onderzoeker van de adolescentie. De door hem beschreven fase van de puberteit beslaat de periode tussen 12 en 19 jaar. Het is een periode met grote lichamelijke veranderingen en toenemende intellectuele mogelijkheden. Het ontwikkelen van een eigen identiteit staat centraal. De fase van de jongvolwassenheid beslaat in zijn definiëring de periode tussen 20 en 30 jaar. In deze periode staat het ontwikkelen van intimiteit centraal. Delfos (2012) schrijft dat de fase die we tegenwoordig adolescentie noemen dezelfde is als de fase die Erikson de naam puberteit heeft gegeven. Stortelder en Ploegmakers-Burg (2008) definiëren de

adolescentie als de gehele ontwikkelingsfase tussen 11 en 23 jaar. Zij maken wel een onderscheid tussen de vroege adolescentie, waarin de fysieke en seksuele rijping op de voorgrond staat, de midden-adolescentie waarin het gaat om contact met leeftijdgenoten en het vormen van een eigen identiteit en ten slotte de late adolescentie, waarin het draait om het opbouwen van een zelfstandig leven met volwassen verantwoordelijkheden en persoonlijke normen en waarden.

Mocht ik als nieuweling wel verandering aanbrengen?

Over het algemeen wordt met de term adolescentie de periode tussen 10 en 23 jaar aangeduid. Jongvolwassenheid is het laatste stuk in de adolescentiefase. Intrapysichisch gaat het in de adolescentie om het vormen van een eigen identiteit en autonomie, manieren om met innerlijke conflicten om te gaan en het verder ontwikkelen van het cognitief functioneren. Kenmerkende thema's voor deze levensfase zijn het onderhouden van vriendschappen en sociale contacten, participeren in onderwijs of werk, het vormgeven aan veranderende relaties binnen het gezin, zorgdragen voor gezondheid en uiterlijk, zinvol invullen van vrije tijd, vormgeven van intimiteit en seksualiteit en omgaan met autoriteit. De ontwikkeling verloopt niet via vloeiende stadia, maar sprongsgewijs. Ieder individu ontwikkelt zich op eigen wijze,

afhankelijk van iemands omstandigheden. Gelet op de kalenderleeftijd zou de term 'jongvolwassene' passend zijn bij de patiënten in de groep. Echter, ze komen in behandeling vanwege het feit dat ze vastlopen in hun ontwikkeling. Ze hebben identiteitsproblemen en problemen in contact met leeftijdsgenoten. De meer algemene term 'adolescentengroep' doet meer recht aan de groep, omdat het inhoudelijk gaat over thema's die passen bij zowel de middenadolescentie als ook de jongvolwassenheid of late adolescentie.

Kenmerken van de adolescentie

De adolescentie is een kwetsbare periode voor het ontwikkelen van psychopathologie omdat de hersenstructuur in deze fase zoveel verandering ondergaat. De hoeveelheid witte stof (die bestaat uit gemyeliniseerde axonen) neemt toe, waardoor meer neurale netwerken gevormd kunnen worden. De prikkel- en informatieverwerking gaat sneller en flexibeler. Er kan meer complexe informatie verwerkt worden. In de subcorticale gebieden, de amygdala en hippocampus neemt de grijze stof toe, waardoor de functies met betrekking tot emotieregulatie en leer- en geheugenprocessen toenemen. De emotionele ontwikkeling in de adolescentie wordt gekenmerkt door emotionele instabiliteit en innerlijke onrust en het zoeken van opwinding en risico's. De toename van het vermogen om complexe informatie te verwerken, maakt dat de adolescent beter wordt in abstract denken, argumenteren en beslissingen nemen. Het mentaliseren is in ontwikkeling. Het ontwikkelen van een persoonlijke identiteit is een van de kerntaken in deze levensfase. Er ontwikkelt zich een

sociale identiteit; een beeld hoe men wordt ervaren door anderen. Daarnaast ontwikkelt zich de psychologische identiteit oftewel een zelfbeeld. Tegenwoordig gebruiken bijna alle jongeren sociale media en ontwikkelen ze ook een virtuele identiteit: de wijze waarop men zich presenteert op Instagram, Facebook, YouTube et cetera. De seksuele identiteit gaat over de seksuele geartheid en de mate waarin men zich mannelijk of vrouwelijk voelt. Ten slotte is er een culturele identiteit. In onze huidige multiculturele samenleving vormen jongeren zich een beeld van de culturele groep, of etniciteit, waartoe ze behoren. Een ander aspect van de culturele identiteit is hoe men zich verhoudt tot religie.

Volgens het biopsychosociale model ontstaat psychopathologie door een verstoorde ontwikkeling in de interactie tussen neurobiologische aanleg en ervaringen uit de omgeving. Vaak is er sprake van een genetische aanleg voor psychopathologie. Als er een zware genetische risicofactor is, kan lichte stress in de omgeving ervoor zorgen dat psychopathologie tot expressie komt. Maar ook andersom; heftige emotionele levensgebeurtenissen kunnen ervoor zorgen dat een lichte genetische aanleg leidt tot expressie van psychopathologie.

Intervisie

Het dilemma over een passende naam voor de groep was inmiddels opgelost, maar de andere dilemma's nog niet. Ik organiseerde een intervisie waarbij ik ook mijn co-therapeut en de vorige therapeut van de groep uitnodigde. Tijdens de intervisie concludeerden we dat er sprake was van een parallelproces. De patiënten hebben als taak zich

los te maken van hun gezin van herkomst en hun eigen weg te gaan. Mijn co-therapeut en ik moeten ons losmaken van de geschiedenis van de groep en er onze eigen groep van maken. Het voelde alsof we die 'toestemming' van de vorige therapeut nodig hadden. We kregen de toestemming ruimschoots. De vorige therapeut verzekerde ons ervan dat we volledig vrij waren om veranderingen aan te brengen naar eigen inzicht. Vervolgens wachtte de taak om onze eigen werkvorm te vinden die aansloot bij de groep. Ik vroeg me af of het inzetten van psychodrama de angstige en vermijdende cultuur in de groep zou helpen doorbreken.

In de groep

Toen ik in september 2015 begon met de groep was hij niet vol, en dat is zo gebleven. Maximaal waren er vijf deelnemers. Deelnemers waren vaak afwezig, al dan niet aangekondigd met een reden. Mijn co-therapeut en ik besloten allereerst te werken aan de veiligheid door de helderheid en voorspelbaarheid te vergroten (werken aan de oppervlaktestructuur). We gebruikten de bijeenkomsten om te werken aan een flap waar problemen en acties op werden geschreven. De deelnemers hingen elke bijeenkomst hun flap op in de groepsruimte. Als therapeuten probeerden we de cohesie te bevorderen door aandacht te geven aan wat zij bij elkaar kunnen herkennen. We gaven tijdens de sessies veel psycho-educatie: over groepstherapie (om ervan te profiteren moeten ze elkaar feedback geven en ook over zichzelf vertellen), over emotieregulatie en over depressie.

Als therapeuten vonden we het vooral lastig dat de groep zo zwijgzaam was. Gaandeweg

voegden we elementen van psychodrama toe. We probeerden de groep wat makkelijker op gang te krijgen door een warming-up. Het doel hiervan is in beweging komen, van binnen en van buiten (Wegman, 2010). Zo

Ik organiseerde een interview waarbij ik ook de vorige therapeut van de groep uitnodigde

begonnen we de groep een keer met de oefening 'naar elkaar overgooien van geluiden' en een keer met een aandachtsoefening waarin de groepsleden aandacht geven aan gebeurtenissen die hen in de afgelopen week geraakt hebben. We lieten de groep een keer kaartjes met persoonskenmerken kiezen, waarna ze in tweetallen in gesprek gingen over de vraag waarom ze vinden dat de kaartjes op hen van toepassing waren. Het voordeel van deze manier van starten is dat iedereen meedoet en iedereen een beleving heeft waarover verteld kan worden. Iedereen zegt iets, al vroeg in de sessie. Voor sommige deelnemers werkte dit drempelverlagend. We lieten de groepjes tijdens warming-ups meer in tweetallen doen. Hierdoor was er toename van interactie tussen de groepsleden.

De volgende stap is dat we met de groepsleden een sociaal atoom neerzetten van het gezin van herkomst. Dit is de verbeelding van onderlinge relaties en rollen. Zo plaatste een groepslid een groot blok tussen haar

en haar familie. Dit maakt heel zichtbaar waar ze in de groep aan wil werken, ze wil zich niet meer steeds verstoppen achter de muur van zwijgzaamheid. Een ander groeps-lid verbeeldde haar gezin door een opstelling met stoelen. Door het schuiven met de stoelen van de huidige positie naar de gewenste positie merkte ze dat ze meer verbinding zou willen met moeder. Tegelijkertijd was ze angstig dat moeder haar geheim – automutilatie – zou ontdekken als er meer verbinding ontstond. Ze ging verbinding met moeder uit de weg uit angst haar moeder te belasten met haar probleem.

We merkten dat het proces van sommige deelnemers positief in beweging kwam doordat we expliciet maakten wat we van hen verwachten, door de flappen en psychodrama. Bij een andere deelnemer liep de angst en schaamte overigens juist op. Deze patiënt was in de groep vanwege een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis en wilde het liefst onzichtbaar zijn. De nieuwe manier van werken maakte dat ze veel meer zichtbaar was in de groep en dat voelde kwetsbaar. Een andere deelnemer haakte af. Naar eigen zeggen omdat het heel erg goed met hem ging. Als therapeuten hadden we hier twijfels over, maar we wisten niet in hoeverre de (verandering in) de groep hier een rol in speelde. We merkten dat het aanbieden van psychodrama hielp om de zwijgzame groep als geheel in beweging te krijgen. We ontdekten dat patiënten in de groep kwetsbaarder waren dan ze op het eerste gezicht lieten zien. Nu ze iets meer deelden met elkaar, bleken ze allemaal ervaring te hebben met automutilatie, soms in het verleden, soms nog zeer actueel. Dit gold ook voor suïcidale ideaties. Uit een artikel van Burger, ter Haar & Post (2010) begrijp ik dat

dit passend is bij deze doelgroep; de gevoelens worden uitgeageerd omdat ze het bij gebrek aan mentaliserend vermogen nog niet kunnen verbaliseren. De groep werd kleiner en er waren geen nieuwe aanmeldingen. We besloten de groep te stoppen tot er voldoende aanmeldingen waren voor een volle groep.

Nieuwe groep

In de periode dat er geen groep was, bezon ik me op de behandeling van adolescenten. Er is geen evidence-based richtlijn voor de behandeling van adolescenten, vanwege gebrek aan empirische studies onder jongeren (Ingenhoven, 2014). Ik praatte met diverse collega's die op andere locaties van de instelling werken en eerder een groep voor jongvolwassenen hebben opgezet. Het is me duidelijk geworden dat in deze levensfase het ontwikkelen van identiteit en het vormgeven aan (veranderende) relaties kernthema's zijn. Volgens Berk (Sanders, 2010) is groepstherapie bij uitstek geschikt voor jongvolwassenen met identiteitsproblemen. Een groepsbehandeling biedt de mogelijkheid eigen belevingen aan die van anderen te toetsen op het gebied van werk of studie, intimiteit en relaties en het loskomen van thuis. Door na te leren denken over gevoelens, gedachten en intenties van zichzelf en anderen leert men het eigen perspectief naast dat van een ander te plaatsen. Het mentaliserend vermogen wordt vergroot, wat identiteitsvorming ondersteunt. Burger et al. (2010) beschrijven uitgebreid dat psychodrama bij uitstek geschikt is om het mentaliserend vermogen te vergroten. De patiënt krijgt de mogelijkheid datgene wat hem bezighoudt neer te zetten en uit te

spelen. Door dit spel wordt de patiënt geholpen om zijn eigen beleving en gedrag én dat van belangrijke anderen beter te begrijpen, zowel op verstandelijk als ook op emotioneel niveau. Het dubbelen is een belangrijke

Met een maatschappelijk werker wordt ook gewerkt aan praktische doelen

techniek binnen psychodrama. Hierbij gaat de co-therapeut of een medegroepslid schuin achter de protagonist staan en verwoordt diens mogelijke gedachten of gevoelens. Door middel van dubbels wordt de patiënt geholpen datgene wat gevoeld wordt te verwoorden. Ik vond een recente studie waaruit blijkt dat psychodrama ('analytical psychodrama') bij adolescenten in de leeftijdscategorie 18 tot 28 jaar na een jaar behandeling leidde tot significante afname van psychische klachten (Biolcati, Agostini & Mancini, 2017).

Het is me duidelijk geworden dat er naast psychotherapie nog iets anders nodig is om het vastlopen op verschillende levensgebieden te doorbreken. Daarvoor creëerden we een groepsmoment met een maatschappelijk werker, waarin gewerkt wordt aan praktische doelen op gebied van huisvesting, financiën, werk of opleiding, sociaal netwerk et cetera. De maatschappelijk werker gaat indien nodig mee naar gesprekken op school, werk of dagbestedingsvoorzieningen.

We besteden meer aandacht aan indicatiestelling. Na aanmelding volgen twee gesprekken waarin de therapiemotivatie en de

belangrijkste thema's waaraan de patiënt wil werken in kaart worden gebracht. De patiënt krijgt een psychiatrisch onderzoek en er volgt een gesprek met het systeem. De betrokken hulpverleners bespreken met elkaar en met de patiënt de indicatie. Er is mogelijkheid voor systeemtherapie naast de groep. Er is een folder gemaakt, die de patiënt bij het aanmeldingsgesprek meekrijgt. De folder wordt ook aan verwijzers gegeven om het programma bekendheid te geven.

Conclusie

Toen ik de adolescenten- of jongvolwassenengroep overnam van mijn collega vroeg ik me af hoe ik de stagnerende groep vlot kon trekken. Er is gekozen voor de aanduiding adolescenten in plaats van jongvolwassenen. De klachten waarvoor patiënten behandeling zoeken, zijn immers niet specifiek gekoppeld aan de fase van jongvolwassenheid of late adolescentie. Er is een groepsaanbod ontwikkeld voor patiënten in de leeftijd van 18-24 jaar die gemotiveerd zijn aan hun persoonlijke doelen te werken. Middels psychodrama onderzoeken patiënten situaties waarin ze vastlopen, om zo meer inzicht te krijgen in hun binnenwereld, het ontstaan van reactiepatronen en de relatie met huidige klachten. Ze kunnen oefenen met nieuw gedrag of een andere betekenisgeving. Het programma is uitgebreid met een groep waarin de verschillende levensgebieden waarin ze vastgelopen zijn, in kaart worden gebracht. De levensgebieden betreffen werk, school of dagbesteding, wonen, financiën, vrije tijd, sociale contacten, intimiteit / seksualiteit en gezondheid. In dat groepsmoment worden doelen geformuleerd. Een aantal (thuiswonende) patiënten

volgt systeemtherapie naast de groep. De nieuwe groep draait nu een half jaar. De gemaakte keuzes pakken goed uit. Het lijkt een open deur om te stoppen met een vastgelopen groep en daarna te bezinnen op een beter aanbod, maar ik heb dat niet als makkelijk ervaren. Het is verleidelijk om mee te gaan met de werkdruk en de waan van de

dag, in de hoop dat door nieuwe aanmeldingen de groep vanzelf weer gaat lopen. Het loont de moeite om toch eerst een pas op de plaats te maken. Het heeft niet alleen geresulteerd in een goed beschreven aanbod, het is vooral prettig dat we nu met meer plezier en tevredenheid kunnen werken in deze groep.

Literatuur

Biolcati, R., Agostini, F. & Mancini G. (2017). Analytical psychodrama with college students suffering from mental health problems: Preliminary outcomes. *Research in Psychotherapy, Process and Outcome*, 20(3), 201-209.

Burger, C., Haar, A. ter & Post, N. (2010). Mentaliseren in psychodrama. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 5(3), 12-34.

Delfos, M.F. (2012). *Psychologie van de adolescentie. Biologisch, psychologisch en pedagogisch*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Ingenhoven, T. (2014). Persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56(5), 326-327.

Sanders, T. (2010). Indicatiestelling voor groepspsychotherapie. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 5(3), 43-55.

Stortelder, F. & Ploegmakers-Burg, M. (2008). De adolescentie als reorganisatiefase. Een integratie van neurobiologische, psychoanalytische en ontwikkelingspsychopathologische perspectieven. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 34(3), 169-185.

Wegman, E.P. & Verburg, E. (2010). 'En dan ben je nu weer Ellis...' *Klein Lexicon van Psychodrama*. Utrecht: Wegman.
