

Met de praktijkrichtlijnen in de hand

Leszcz en Kobos introduceerden de AGPG 'practice guidelines' aan de hand van vignetten. In dit artikel neemt Piet Verhagen die aanpak over. Naar aanleiding van een geconstrueerd vignet op basis van eigen ervaringen, volgt hij de vorig jaar gepubliceerde praktijkrichtlijnen voor groepsbehandeling van de NVGP. Dat roept een paar vragen en aanmerkingen op.

Door Piet Verhagen

Een vignet. Heleen is een alleengaande moeder, in opleiding tot gz-psycholoog, die door omstandigheden verhuisde van het ene deel van het land naar het andere en op haar nieuwe werkplek haar opleiding kan voortzetten. Die mogelijkheid heeft ze begrijpelijkerwijs met beide handen aangegrepen. Ze werkt deels op een polikliniek en deels in een deeltijdbehandeling. Die werkplek wordt belast door onderbezetting. Ervaren behandelaars zijn vertrokken. De daarmee ontstane werkbelasting leidt tot ziekteverzuim en uitval, waardoor er gaten zijn gevallen in het behandelprogramma. De groep die Heleen inbrengt voor supervisie is een deeltijdgroep, die ze overneemt van een collega die vertrokken is. De bedoeling is dat het een schematherapiegroep blijft voor deelnemers met persoonlijkheidsproblematiek. Het programma ligt niet geheel vast, althans, er is geen inhoudelijke beschrijving van het programma of een draaiboek. Het betreft een open groep. De supervisant heeft evenwel de ruimte (opdracht?) gekregen om het programma verder uit te werken. Ze heeft wel eerder met groepen gewerkt, met name als basispsycholoog, maar in de opleiding is groepstherapie nog niet aan bod gekomen. Ze heeft een workshop schematherapie gedaan, maar nog niet een basiscursus.

Praktijkrichtlijnen voor groepsbehandeling

Indertijd introduceerden Leszcz en Kobos de AGPG 'practice guidelines' aan de hand van vignetten (Leszcz & Kobos, 2008¹). Mijn voorname is in deze bijdrage die aanpak over te nemen met een geconstrueerd vignet op basis van eigen ervaringen. Net als zij zal ik de praktijkrichtlijnen voor groepsbehandeling van de Nederlandse vereniging voor groepsdynamica en groepspsychotherapie (NVGP) volgen, zoals de redacteurs Rob Koks en Pepijn Steures van de praktijkrichtlijnen het Amerikaanse voorbeeld min of meer gevolgd hebben (de volgorde van de hoofdstukken is niet geheel gelijk, en in de Nederlandse benadering zijn er thema's toegevoegd). Dat volgen gaat ondertussen wel zover dat de redacteurs de Amerikaanse meervoudsvorm 'guidelines' letterlijk hebben vertaald, terwijl wij in onze context doorgaans over richtlijn in enkelvoud spreken.

Leszcz en Kobos verwoordden de ambities van de Amerikaanse richtlijnen als volgt. Het is bedoeld als een praktische, relevante en flexibele richtlijn, niet als een 'manual', waarin niet zozeer wordt voorgeschreven als wel wordt verwoord waarnaar te streven is in de praktijk van groepsbehandeling. Bovendien onderstrepen ze dat de groep niet bedoeld is als een setting, maar als het vehiculum voor verandering, waarbij therapeutische factoren en de therapeutische relatie een centrale rol spelen. Dat is natuurlijk wel een belangrijke opmerking, die ook door Kok en Steures in hun inleiding wordt benoemd: groepsbehandeling als een specifiek behandelkader met een eigen verklaringsmodel (p. 18). Zo was

het al eerder in de generieke module psychotherapie opgenomen (GGZ Standaarden, 2019).

En ook Berk attendeerde hierop in zijn *Over groepstherapie* uit 2011 (zie ook Snijders en Berk, 2008; Snijders, 2009).

De Amerikaanse richtlijnen zijn bedoeld voor groepstherapeuten van welke discipline en in welke setting ook. Kok en Steures stellen in hun inleiding dat de praktijkrichtlijnen de minimale kennis weergeven die nodig is om op verantwoorde wijze groepsbehandelingen te kunnen doen. Daarbij speelt beschikbare evidentie, net als in de Amerikaanse benadering, een voorname rol. Door ontwikkelingen binnen onze GGz wordt nadrukkelijker dan in de Amerikaanse versie aandacht gegeven aan de toepassing van specifieke therapievormen in de groepsbehandeling.

*Heleen valt in een
bestaande groep in, maar
haar voorgangster heeft ze
niet meer kunnen spreken*

Anders dan in het Amerikaanse voorbeeld gaat het in het slothoofdstuk (15) nog over competenties; dat laten we verder rusten (zie ook Van Reijen & Verhagen, 2012).

De redenering volgend – minimaal benodigde kennis van zaken – ligt het voor de hand dat elke opleiding de beschikking krijgt of heeft over de NVGP-praktijkrichtlijnen. Dat geldt dan vanzelfsprekend ook voor hun opleiders.

¹ Het artikel werd als hoofdstuk opgenomen in het Duitse handboek *Gruppenpsychotherapie* (Strauß & Mattke, 2018) maar dan zonder de vignetten.

De uitgangssituatie: taakstructuur

Heleen valt in een bestaande groep in, maar haar voorgangster heeft ze niet meer kunnen spreken. Er is dus geen overdracht, althans geen warme. Een taakstructuur van de groep is niet op schrift voor handen. In het kader van 'de organisatie van een succesvolle behandelgroep' (hoofdstuk 2) zou men het ontbreken van zo'n document een omissie kunnen noemen en is het opstellen ervan een nuttige oefening, en meer dan dat. Bovendien realiseert Heleen zich dat er een verschil is tussen aanbod- en vraag-gerichte behandeling en dat ze te doen heeft met een aanbodgerichte behandeling en daarbij moet concurreren met ander groepsaanbod binnen de polikliniek en deeltijdbehandeling, en zo patiënten naar de groep moet zien te halen. Ze realiseert zich zodoende met een zekere achterstand aan haar taak te beginnen, waarbij ook nog haar leerproces in het geding is. Ze schrijft een taakstructuur, maar in een eerste versie is die nogal algemeen geformuleerd, zodat het bijna op elke groep zou kunnen slaan. Dus dat werkt ze verder uit. Ook al omdat het toch ook voor de groepsdeelnemers een leesbaar stuk moet zijn. Bovendien lijkt het nuttig om bij de werkwijze ook iets op te merken over de co-therapie. Verder zal ze de taakstructuur in het team inbrengen, waarbij de supervisor haar vraagt om een poging te doen om de collegae uit te dagen om ook een taakstructuur te schrijven van de groepen die zij doen. Het is de supervisor trouwens al vaker opgevallen dat geschreven taakstructuren veelal niet beschikbaar zijn.

Selectiecriteria

Al snel dient zich een volgend probleem aan, alhoewel eigenlijk een heel normale zaak

als het om groepsbehandeling gaat. Welke cliënten komen nu wel of niet in aanmerking voor de groep van Heleen? En op wat voor wijze moet daarbij meegewogen worden dat het om een schemagroep gaat? Dus de vraag speelt op twee vlakken: selectie voor groepsbehandeling en selectie voor schema-therapie in de groep. Trouwens, hoeveel noten mag Heleen op haar zang hebben? De groep is lang niet vol en de toestroom is traag.

De supervisor zweert nog altijd bij de intake methode van Nol de Jong (1987)

De praktijkrichtlijnen helpen Heleen aan de nodige criteria (hoofdstuk 3), maar voor een beginneling zijn die nog knap lastig in te schatten. Ook al omdat ze de selectieprocedure niet zelf doet. Anderen, zeker niet altijd een ervaren groepsbehandelaar (p. 39), hebben beoordeeld dat deze patiënt geschikt is voor haar groep, en daar kan ze niet zomaar nee tegen zeggen. Ze is niet zo tevreden over deze gang van zaken, en weet zich daarin gesteund door de praktijkrichtlijnen. Ze neemt zich voor de handreiking uit de praktijkrichtlijnen over te nemen en de tijd voor drie gesprekken te nemen. Dat moet ze dan nog wel even met de teamleider kortsluiten, want het is niet zo gebruikelijk, afgezien van een kennismakingsgesprek, wat nog het meest lijkt op een contractgesprek, zoals het in de praktijkrichtlijnen heet (p. 39). Natuurlijk vraagt ze de supervisor hoe hij dat doet. Die zweert nog altijd bij de intake-methode van Nol de Jong (1987), en beweert zelfs dat er geen betere methode is. Verder

is een ander nadeel van de gang van zaken op de afdeling dat interne en externe verwijzers de samenstelling van de groep niet kennen, wat in het kader van matching in deze aanbodgerichte groepsbehandeling wel een punt is.

De vraag naar selectie wat betreft de schematherapie (hoofdstuk 10) levert eigenlijk geen aanvullende criteria op. (Daarentegen is de werkwijze wel een belangrijk punt; daarover later.) Toch is er nog een ander puntje. Bij de selectieprocedure hoort een 'diagnostiek gesprek': probleeminventarisatie en concretisering van de hulpvraag (p.39). Hoever strekt dat en is dat in één gesprek te doen? Dat laatste zal sterk afhangen van wat er voorafgegaan is aan de verwijzing naar de groep. Is er al diagnostiek verricht? De supervisor is van mening dat er sprake moet zijn van adequate beschrijvende en classificerende, verklarende en doelgerichte diagnostiek (Rijkeboer & Thunissen, 2013; zie ook Leszcz, 2014).

We behandelen in de specialistische GGZ geen persoonlijkheidsproblematiek maar persoonlijkheidsstoornissen, vastgesteld volgens de in de multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen geldende diagnostische vereisten (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008). En aangezien het ook nog om schematherapie gaat, zouden er casusconceptualisaties moeten zijn. Die zijn er niet, moet Heleen constateren, zij het dat de deelnemers wel allemaal de schema- en modilijsten hebben ingevuld.

Ondertussen triggeren de vereisten volgens de supervisor het schema meedogenloze normen bij de supervisant, met een zekere willoze inschikkelijkheid, hetgeen leidt tot een lichte crisis in de supervisie. Gelukkig

kan dat gethematiseerd worden en zijn supervisant en supervisor het er van harte over eens dat de afdeling wel van alles kan vragen en willen, maar dat haar leerplek wel een leerplek moet blijven en niet alleen een werkplek is waarvoor ze eindeloos dankbaar moet zijn. Bovendien besteden we aandacht aan haar gezonde volwassenen in deze.

Cohesie en een effectieve therapeut

Zoals gezegd heeft Heleen wel eerder groepen gegeven, alleen en met een co-therapeut, maar ze heeft geen training gedaan. Het theoretische blok in haar opleiding moet nog aan bod komen. Een van haar leerdoelen is dan ook om groepsprocessen te leren zien, te leren observeren om daar vervolgens ook iets mee te kunnen doen. In de praktijkrichtlijnen komen in hoofdstuk 4 de werkzame factoren met veel aandacht voor cohesie aan bod, in hoofdstuk 5 groepsprocessen en groepsdynamiek (met ook een stukje over cohesie) en in hoofdstuk 6 de ontwikkelingsfasen. Afgezien van de evidentie is voor Heleen nieuw dat cohesie kenmerkend uit meerdere aspecten bestaat (p. 49) en dus op verschillende manieren te benaderen valt. Voor de beginnende groepstherapeut ligt nogal eens op de loer vooral te letten op de therapeutische relatie met elke deelnemer. De groepsbehandelaar heeft meer pijlen op z'n boog, wat dikwijls een verfrissende gewaarwording is. Alleen, zo vraagt Heleen haar supervisor, is er niet ook nog zo iets als de effectieve therapeut en is de werkzaamheid van de effectieve therapeut ook niet een factor die van invloed is op hoe die processen verlopen?

In hoofdstuk 6, 8 (over behandelstrategieën en interventies) en 9 (over destructieve

groepsprocessen) vinden we wel aanwijzingen, ook over negatieve effecten van de groepsbehandelaar (p. 107). Wellicht is dat iets voor de tweejaarlijkse revisie van de hoofdstukken, die de redacteurs in hun inleiding hebben aangekondigd. Het nut van een paragraaf 'effectieve therapeut' zou kunnen zijn dat daarmee nog meer duidelijk kan worden met betrekking tot de houding of stijl van de groepsbehandelaren in relatie tot de werkzame factoren, rollen en ontwikkeling van de groep (Leszcz, 2014; Vitale, 2019). Overigens, een revisie van de Amerikaanse versie is er bij mijn weten niet gekomen; daaraan zou eens in de vijf jaar gewerkt worden.

Referentiekaders integreren: woordgebruik

Natuurlijk wordt er in de supervisie gebruik gemaakt van een format voor verslaglegging. In dat format worden onder andere de aandachtspunten achtergrondthema's en rollen opgevoerd. Naast andere aspecten komt het thema rollen in hoofdstuk 5 en 9 aan bod. Heleen schetst het volgende tafereel. Een groepslid (moeder van drie kinderen, met partner) externaliseert, schrijft ze. Dat externaliseren doet dit groepslid nogal regelmatig en de groep begint zich ietwat van haar af te keren. Trouwens, dat merken Heleen en de co-therapeut ook aan henzelf. De supervisor vraagt haar enigszins verbaasd wat ze in het kader van groepsbehandeling en speciaal ook in het kader van schematherapie in de groep bedoelt met 'externaliseren'. Dit thema, het integreren 'van gedachtegoed en taalgebruik uit verschillende referentiekaders' komt in hoofdstuk 10 aan bod (p. 125). Natuurlijk kan Heleen uitleggen wat ze met externaliseren

bedoelt, maar daarmee is de vraag niet beantwoord. De kwestie is dat het betreffende groepslid een probleem naar buiten plaatst en daarmee een rol speelt in wat er binnen, in de groep gebeurt. En wat is externaliseren in termen van schema's en modi? Dat is

Wellicht is dat iets voor de tweejaarlijkse revisie, die de redacteurs in hun inleiding hebben aangekondigd

toch het format van de therapie? Dus er is een rol, die een functie heeft in de groep en die vorm krijgt door schema's en modi die getriggerd worden. Wat blijkt is dat de externaliserende rol ingevuld wordt door iemand die haar leven lang al overal buiten staat. De groep (en de groepsbehandelaren) voelt zich machteloos en dat doet afbreuk aan de gezellige sfeer in de groep. Dus ze worden het een beetje zat. Gezelligheid, als groepsnorm, is wat het externaliserende groepslid nooit gekend heeft, waardoor schema's en modi getriggerd worden die uiteindelijk wijzen op emotionele verwaarlozing, wat zich vervolgens weer dreigt te herhalen. Ondertussen, zo ontdekt Heleen, is die zogenoemde gezelligheid ook wel een belemmering aan het worden. Of anders gezegd: cohesie kan best gezellig zijn, maar gezelligheid is niet altijd even cohesief (Schlapobersky, 2018). Daarmee is de aandacht tevens gevestigd op het hanteren van spanningen (en conflicten) in een groep. Dat gaat in een DGT-trainingsgroep anders dan in een MBT-groep en weer anders in een schemagroep (p. 127). Alleen,

dan is het wel nuttig en belangrijk dat de therapeut, Heleen in deze casus, zich zelf ook aan het gekozen kader houdt en dat actief uitdraagt (p.126). Schlapobersky heeft groepen getypeerd enerzijds naar de mate waarin therapeutische doelen al dan niet gespecificeerd zijn en anderzijds naar de mate van activiteit van de therapeut. Dat is in die zin helpend omdat het richting geeft aan de taak van de groep en de rol van de therapeut (zie Verhagen & Ter Haar, 2018). Het gaat er dan ook niet om die verschillen tegen elkaar uit te spelen, maar om ze helder te krijgen. Daarom besteedt ook iemand als Karterud er in zijn binnen de NVGP gewaardeerde boek over mentalisatie bevorderende groepstherapie (MBT-G) veel aandacht aan (Karterud, 2015, p. 79-90).

Referentiekaders integreren: de lege stoel

Haar supervisor weet uit eigen ervaring hoe die kaders kunnen botsen. In een groepssupervisie met een supervisor schematherapie die geen groepsbehandelaar was, deed zich het volgende voor. Een collega liet een opname van een sessie schemagroepstherapie zien. Ineens roept de supervisor 'wat doet die lege stoel daar?' De collega zegt enigszins verbaasd dat het de stoel van het afwezig groepslid is, en dat zo'n lege stoel in groepsbehandeling in die zin heel normaal is. Onzin, was het commentaar van de supervisor schematherapie. Dat maakt het alleen maar onveilig, waarop de groep een oefening deed met het ervaren van veiligheid met en zonder lege stoel. Iedereen vond het zonder lege stoel veiliger; een beetje voorstelbaar wellicht? Maar nadien bespraken de collegae wel de vanzelfsprekendheid van die lege stoel, en of dat gebruik uit de

groepsdynamische groepspsychotherapie inderdaad wel zo bruikbaar is in een schematherapiegroep.

Die lege stoel staat natuurlijk ook voor allerlei al dan niet kleine detailkwesties uit de traditionele groepsdynamische groepspsychotherapie, die in andere referentiekaders niet of niet zo belangrijk meer zijn. Een flesje water is heel normaal. De therapeut op een vaste plek, gepositioneerd ten opzichte van de uitgang? Een groepsapp? De groep in een kring met in het midden wel of geen tafeltje? 'Laat de groep het werk doen'. Vallen er ook nog wel eens stiltes? Of zijn die 'kleinigheden' alleen maar nostalgisch? Hoe dan ook, therapeuten denken na over de wijze van inrichting die ze aan de therapie geven, zodat inbreuken daarop zo nodig te bespreken zijn.

Wat opvalt is dat niet alleen in de groep, maar kennelijk ook op de afdeling veel ad hoc gebeurt

Samenhangend behandelen

Het is duidelijk dat Heleen worstelt met haar rol in het team. Ze heeft weliswaar de opdracht gekregen om het programma verder uit te werken, maar welke mogelijkheden heeft ze gekregen om dat ook daadwerkelijk te doen? Hoofdstuk 11, uitgebreider dan het parallelle hoofdstuk in het AGPG-document, biedt belangrijke handvatten voor samenhangend behandelen. Ondertussen vindt de supervisor eigenlijk dat ze over-

vraagd wordt, en probeert hij haar vooral te helpen om zo goed mogelijk regie te krijgen over haar opleidingssituatie.

Wat het meeste opvalt is dat niet alleen in de groep, maar kennelijk ook op de afdeling veel ad hoc gebeurt. Zo lijken er verschillende visies te bestaan, ook op hoe schematherapie uitgevoerd moet worden. Maar verder dan dat te constateren komt het nog niet. In die zin is er te weinig consistentie.

Op een gegeven moment brengt Heleen het volgende in. Zij en haar co-therapeut, inmiddels de derde, storen zich aan een cliënte (met een eetstoornis en zwaar overgewicht), die alweer hetzelfde vraagt, maar ondertussen zelf niets doet, ondanks alle aandacht die er al aan haar vraag is besteed. Het 'lukt gewoon niet'. Ze noemt het passief-vermijndend gedrag en heeft van zichzelf wel het besef dat ze dat soms lastig te verdragen vindt. In het fragment dat we bekijken schieten zij en de co-therapeut in een rol waarin ze de cliënt vriendelijk doch streng duidelijk maken dat die nu toch echt zelf wat moet gaan doen. Daartoe geven ze concrete huiswerkopdrachten om volgende keer op terug te komen. De cliënte legt de handen in de schoot: het gaat me niet lukken.

De supervisor besluit zich te beperken tot de situatie in de groep en Heleen heeft snel in de gaten wat er gaande is. Hadden ze niet een groepsimaginatie kunnen doen op zoek naar het gevoel van de recente situatie naar een vroegere situatie? Om vervolgens op zoek te gaan naar wat de cliënt werkelijk nodig heeft? Maar het is ook onervarenheid en vermijding om dat niet alleen niet meteen paraat te hebben maar ook niet uit te voeren. De supervisor schrijft in zijn aantekeningen de vraag of er niet sprake is van een parallelproces. Immers, heeft Heleen in het team

niet de nodige vragen bij herhaling gesteld? Maar komen de antwoorden en (ad hoc) oplossingen wel tegemoet aan wat ze werkelijk nodig heeft? Misschien is dat wel het probleem van het hele team? Bovendien, kan ze het team daar wel mee lastig vallen, want er zijn al problemen genoeg, iedereen is druk? Loyaliteit (en dankbaarheid) is een groot goed. Het zou nuttig zijn als het team hoofdstuk 11 met elkaar zou lezen!

Co-therapie

Als ik het goed zie is co-therapie geen apart thema in de Amerikaanse praktijkrichtlijnen, in de Nederlandse versie is het dat wel (hoofdstuk 12). Het is dus ook in het artikel van Leszcz en Kobos geen apart thema, maar het komt in de casuïstiek wel voorbij. Zo beschrijven ze een beginnend co-therapeutenduo dat van de supervisor het advies krijgt om samen een plan te maken voor hun werkwijze, tijd te nemen voor overleg en ook de taken te verdelen zoals de verslaglegging en indicatiegesprekken (Leszcz & Kobos, 2008, p. 1254). Dat zijn dingen die er dikwijls bij in schieten. Overleg is vaak niet geregeld, afgezien van vijf minuten vooraf, of tien minuten erna op weg naar de volgende afspraak. De ervaring van de supervisor is dat de verslaglegging dikwijls ontbreekt als de opleiding afwezig is. De hoofdtherapeut maakt dan wel aantekeningen in het elektronisch dossier, maar niet een verslag voor de supervisant zoals dat in de supervisie gebruikt wordt. Maar uit de reacties blijkt dat het een vreemd idee is.

Heleen is blij met haar, inmiddels derde, co-therapeut, een twintig jaar oudere, ervaren, doorgewinterde sociotherapeut, die het allemaal al een keer gezien en meegemaakt

heeft. Hij is natuurlijk ook meegekomen naar de supervisie. De rolverwarring is tastbaar, zij is in opleiding en programmaleider, hij is ervaren en is meer geschoold in schematherapie dan zij. Hij doet al jaren groepen, maar is er niet in opgeleid. Hij doet met dezelfde groep ook de sociotherapie. Natuurlijk staat hij open voor alle feedback van haar, maar zij durft niet goed. Het is vooral fijn om met elkaar te werken. In de ervaring van de supervisor zijn co-therapeuten altijd weer verrast als ze het model van Levine voorgeschoteld krijgen, en het kennelijk denkbaar is dat 'één van hen niet deugt' (p. 151). Voor Heleen heeft het wel iets bevrijdends, de co-therapeut kan de 'humor' er wel van inzien. Natuurlijk mag ze alles tegen hem zeggen wat er niet deugt, 'dat mogen cliënten immers ook'.

*Wat is dat trouwens:
loyaliteit? Is dat handig,
nuttig, nodig, hoogstaand?
Of vooral een valkuil?*

Ethiek

Heleen stelt zich, zoals gezegd, loyaal op. Wat is dat trouwens: loyaliteit? Is dat handig, nuttig, nodig, hoogstaand? Of vooral een valkuil? Loyaliteit is een deugd, volgens sommigen de moeder van alle deugden. Loyaliteit is trouw zijn aan jezelf, de ander, de wereld, je overtuigingen, je geloof, je taak, je roeping, de organisatie, de groep, het team. Het heeft van doen met integriteit, oprechtheid en authenticiteit, met grenzen. Het zou een moreel beraad vergen om dat

als team na te gaan. Heleen zou de inbrenger kunnen zijn, gegeven haar loyaliteit, die ze hoog in haar vaandel heeft staan. En waar liggen haar grenzen en die van het team? Wat dat betreft is het boek van Norcross & VandenBos (2018) een welkome handreiking wat betreft de zelfzorg voor de psychotherapeut. Deze auteurs stellen ook de groei en verbetering van de therapeut zelf aan de orde. Daarbij komt ook de zogenoemde 'deliberate practice' aan de orde (p. 229, 24), die in ons land met name door Anton Hafkenscheid wordt gepropageerd. Dit refereert ook weer aan de effectieve therapeut. Dus het idee is: neem een aspect van je functioneren dat mogelijk van invloed is op het effect van de therapie, doe een 360°-feedbackronde, kies een nulmeting, voer een verbeterplan uit en meet opnieuw (Rousmaniere, 2017).

Ook hier gaan de praktijkrichtlijnen, hoofdstuk 13, een stapje verder dan de Amerikaanse evenknie. Immers, de Amerikaanse versie richt zich vooral op weldoen en niet schaden als ethisch principe. In de praktijkrichtlijnen wordt de aandacht gevestigd op de deugdenethiek en het onderhoudswerk dat daarbij noodzakelijk is, bijvoorbeeld in de vorm van moreel beraad, maar ook de al genoemde 'deliberate practice' als reflectieve praktijk. Maar behalve over deugden gaat het ook over waarden, zoals die in groepsbehandeling leidend kunnen zijn. Weldoen en niet schaden is er één van (p. 164).

Het is nuttig om ons te realiseren dat deugdenethiek ook een plek heeft binnen een therapeutische context, zoals Waring laat zien (2012). Gemiddeld genomen gaat bijna elke vorm van een persoonlijkheidsstoornis gepaard met een verstoord

zelfbeeld en matige eigenwaarde en een verstoord beeld van de ander en emotieregulatieproblematiek. Dat kan men evenzeer in DSM-termen (op)vatten als in termen van (on)deugden. Therapiedoelen zullen dan grotere zelfwaardering en meer respect voor de ander kunnen zijn, met een betere emotieregulatie. Dat is tevens ook in ethische zin de gewenste richting. Zelfwaardering of zelfliefde wordt zo een na te streven deugd, evenals respect voor de ander. Psychologische doelen en wat ethisch nastrevenswaardig is, kan dus dicht bij elkaar liggen. Maar dat is meteen ook wel de vraag aan de therapeut: wat houdt die voor waardevol vanuit ethisch perspectief (p. 164-165)?.

Beëindiging en onderzoek; een oproep

Ik heb de hoofdstukken 7 (beëindiging) en 14 (uitkomstmeting en monitoring) niet meer in mijn gefingeerde casus opgenomen. Het zijn twee thema's die beslist tot de basisset gerekend moeten worden en de aanwijzingen en handvatten zijn helder.

Mijn indruk is – ten onrechte? – dat onderzoek naar groepen ondervertegenwoordigd is

Wat betreft de uitkomstmeting, monitoring en onderzoek wil ik graag een oproep doen aan het adres van alle opleiders en praktijkopleiders en begeleiders voor de

gezondheidszorg- en klinische psychologie, namelijk om onderzoek te (laten) doen naar groepsbehandeling en als het even kan naar de ontvangst, implementatie, toepasbaarheid en impact van de praktijkrichtlijnen groepsbehandeling. Mijn indruk is – ten onrechte? – dat onderzoek naar groepen ondervertegenwoordigd is. Ik voeg er natuurlijk meteen aan toe dat er wel degelijk onderzoek wordt gedaan. Ook in het tijdschrift *Groepen* zijn daar mooie voorbeelden van te vinden; maar toch! En de wetenschapscommissie van de NVGP houdt op de website zo nauwkeurig mogelijk de stand van zaken bij².

Wat hoort bij de basiskennis?

De redacteuren hebben geen moeite gedaan om uit te leggen hoe zij tot de contouren van 'het minimale dat je als groepsbehandelaar moet weten' zijn gekomen, al zullen ze, vermoed ik, naar de vaste ingrediënten van basisopleidingen voor groepsbehandeling hebben gekeken. Desondanks denk ik dat zij wat dat aangaat een goede keuze en afweging hebben gemaakt. Maar zouden er nu toch nog zaken kunnen zijn, die wellicht alsnog in die basiskennis thuishoren? Daar zouden cultuurverschillen tussen de Amerikaanse en Nederlandse situatie kunnen spelen. Iets daarvan kwam al voorbij. Laten de gebruikers daar dan vooral suggesties voor doen. Ook wat dat betreft is het een 'levend' document (p. 21). Maar een addendum zou wat dat betreft, denk ik, nuttig kunnen zijn.

Ik noem een kwestie. Hoe zit het nu met de groepsfocale conflicttheorie (die is

² <https://www.groepspsychotherapie.nl/mededelingen/research-groepstherapie.html>

'of classic importance and lasting value', (Schlapobersky, 2016, p. 89)? Mis ik die nu terecht of niet? Ik lees nog een keer paragraaf 10.3.4: Hanteren van spanningen en conflicten in de groep (p. 127). De essentie is toch dat er een spanning is tussen verlangens, wensen en impulsen en het uiten daarvan enerzijds en reactieve angsten en

Ik zou wel commentaar van cliënten willen horen

schuldgevoelens anderzijds, met een restrictieve oplossing als gevolg (zie Berk, 2011). In het kader van schematherapie lijkt dat enigermate parallel te lopen aan de spanning tussen basisbehoeften enerzijds en restrictieve schema's en modi anderzijds, niet allen op individueel niveau, ook op groepsniveau. Ook dan valt het weer onder het chapter integratie gedachtegoed en taalgebruik uit verschillende referentiekaders (p. 125).

Tot slot

Ik heb de zaak in mijn casus nogal overdreven. Ik bedoel, als ik als supervisor met zo'n casus geconfronteerd zou worden, zou ik me eerst afvragen of de tijd wel rijp is voor supervisie. Zou de supervisant niet eerst met adequate werkbegeleiding de zaak wat meer op orde moeten brengen, zodat supervisie vervolgens meer tot z'n recht zou kunnen komen? Tegelijk illustreert de casus allerlei perikelen waaraan de praktijkrichtlijnen als basis onmisbaar een helpende en instructieve bijdrage leveren. Het nut van de praktijkrichtlijnen gaat natuurlijk verder dan de opleiding en

supervisie alleen. Het gaat ook om inzicht voor teamleiders en hun teams, afdelingen en organisaties, beleidsmakers en verzoekers, en niet in de laatste plaats voor de cliënt. Ook dat is wellicht in een toelichting te adstrueren. Het cliëntperspectief ontbreekt volledig, zowel in de Amerikaanse als de Nederlandse versie. Dat lijkt me in ieder geval een revisiepunt en niet om af te doen met te stellen dat het document nu eenmaal richtlijn of zorgstandaard is. Ik zou wel commentaar van cliënten willen horen. Dat wijkt dan wellicht af van het Amerikaanse voorbeeld, maar dat lijkt me geen probleem, gezien de intentie waarmee die geschreven is, zoals ook blijkt uit het volgende. Ik besluit met de slotzin van het artikel waardoor ik me voor de opzet van deze bijdrage heb laten leiden. Die slotzin geldt denk ik ook voor de praktijkrichtlijnen: *'It is human nature to resist the external scrutiny or the imposition of restrictions. In that spirit, we note that the AGPA guidelines are aspirational rather than prescriptive. Most important, the guidelines are intended to enhance clinical effectiveness and augment therapist judgment rather than supplant that judgment.'* (Leszcz & Kobos, 2008, p. 1259).

Piet Verhagen is psychiater, groepspsychotherapeut en supervisor bij GGz Centraal te Harderwijk. Reacties: p.verhagen@ggzcentraal.nl.

Literatuur

- Berk, T. (2011). *Over groepstherapie. Groepen, groepsdynamiek, groepsanalyse en wat therapeutisch werkt*. Herault: Uitgever Berk.
- Werkgroep generieke module psychotherapie. (2018). *Generieke module psychotherapie*. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychotherapie/samenvatting-en-tools>.
- Jong, N. de (1987). *Intake voor psychotherapie. Inleiding tot behandelen*. Amsterdam: Boom.
- Karterud, S. (2015). *Mentalization-based Group Therapy (MBT-G). A theoretical, clinical, and research manual*. Oxford: Oxford University Press.
- Leszcz, M. (2014). The effective group psychotherapist. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 9(2), p. 9-20.
- Leszcz, M. & Kobos, J.C. (2008). Evidence-based Group psychotherapy: Using AGPA's practice guidelines to enhance clinical effectiveness. *Journal of Clinical Psychology: in Session*, 64(11), p. 1238-1260. doi: 10.1002/jclp.20531.
- Leszcz, M. & Kobos, J. (2018). Wie wissenschaftliche Evidenz praktisch genutzt werden kann: Gruppenpsychotherapie und die Leitlinien für die klinische Praxis der American Group Psychotherapy Association (AGPA). In B. Strauß & D. Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (p. 211-224). Heidelberg: Springer.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Norcross, J.G. & VandenBos, G.R. (2018). *Leaving it at the office. A guide to psychotherapist self-care*. New York: The Guilford Press.
- Reijen, J. van & Verhagen, P.J. (2012). Laat je uitdagen! Over competentiegericht opleiden in de groepspsychotherapie. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 7(2), p. 19-31.
- Rijkeboer, M. & Thunissen, M. (2013). De diagnostische fase. In S. Colijn, H. Snijders, M. Thunissen, S. Bögels & W. Trijsburg (red.), *Leerboek psychotherapie* (p. 269-277). Utrecht: De Tijdstroom.
- Rousmaniere, T. (2017). *Deliberate practice for psychotherapists*. New York: Routledge.
- Schlapobersky, J. (2016). *From the couch to the circle. Group-analytic psychotherapy in practice*. Abingdon: Routledge.
- Schlapobersky, J. (2018). Die gesellige groep. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 13(3), p. 13-30.

Snijders, H. (2009). Commentaar op de AGPA-richtlijnen en aanbevelingen voor onderzoek. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 4(1)³, p. 46-51.

Snijders, H. & Berk, T. (2008). Een blik over de grenzen. De AGPA-richtlijnen groepspsychotherapie. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 3(3), p. 32-45.

Verhagen, P.J. & Haar, A. ter (2018). 'To make soup the cook doesn't need to get into the pot'. Boekbespreking. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 13(3), p. 36-45.

Vitale, S. (2019). Wat maakt groepstherapie succesvol? Een verslag van de lezing van Melyn Leszcz op het congres van de NVGP op 22 maart 2019. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 14(4), p. 16-22.

Waring, D.R. (2012). The virtuous patient: Psychotherapy and the cultivation of character. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 19, p. 25-35.

.....

³ Overigens vermeldt de omslag van het betreffende nummer van *Groepen* jaargang 3 nummer 5.