



Praktijkrichtlijnen

voor
groepsbehandeling
in de (geestelijke)
gezondheidszorg

Een handreiking van de Nederlandse
vereniging voor groepsdynamica
en groepspsychotherapie voor de
dagelijkse praktijk

2019

redactie: R.W. Koks en P. Steures

Een uitgave van de Nederlandse
vereniging voor groepsdynamica
en groepspsychotherapie (NVGP)

Praktijkrichtlijnen voor groepsbehandeling in de (geestelijke) gezondheidszorg

Een handreiking van de Nederlandse vereniging
voor groepsdynamica en groepspsychotherapie
voor de dagelijkse praktijk

2019

Redactie: R.W. Koks en P. Steures

Een uitgave van de Nederlandse vereniging voor groepsdynamica en
groepspsychotherapie (NVGP)

INHOUDSOPGAVE

VAN DE REDACTIE	9
VOORWOORD	10
AUTEURS	12
Hoofdstuk 1. De Praktijkrichtlijnen: achtergrond en uitgangspunten. Rob Koks en Pepijn Steures	17
1.1 Inleiding	17
1.2 Doelstelling en doelgroep	17
1.3 Plaatsbepaling van de Nederlandse Praktijkrichtlijnen	19
1.4 Uitgangspunten van de Praktijkrichtlijnen Groepsbehandeling	20
1.5 Totstandkoming en methodiek	22
1.6 Discussie	23
1.7 Tot slot	25
1.8 Samenvatting	26
1.9 Aanbevolen literatuur	27
1.10 Geraadpleegde literatuur	27
Hoofdstuk 2. De organisatie van een succesvolle behandelgroep. Willem de Haas, Klaartje van Hest	30
2.1 Inleiding	30
2.2 De organisatie van een nieuwe behandelingsgroep	30
2.3 De organisatie van groepsbehandeling in een instelling	33
2.4 Samenvatting	36
2.5 Aanbevolen literatuur	37
2.6 Geraadpleegde literatuur	37
Hoofdstuk 3. Selectie van de cliënten voor groepsbehandeling en samenstelling van een behandelingsgroep. Willem de Haas en Klaartje van Hest	39
3.1 Inleiding	39
3.2 Achtergrond	39
3.3 Praktijk	40
3.4 Samenvatting	45
3.5 Aanbevolen literatuur	45
3.6 Geraadpleegde literatuur	45
Hoofdstuk 4: Werkzame factoren en mechanismen. Corine van der Veer en Ton Sanders	47
4.1 Inleiding	47
4.2 Achtergrond	47
4.3 De praktijk	53

4.4 Samenvatting	55
4.5 Aanbevolen literatuur	55
4.6 Geraadpleegde literatuur	56
Hoofdstuk 5: Groepsprocessen en groepsdynamiek. Monique Bekker en Els Loeb	58
5.1 Inleiding	58
5.2 Cohesie	58
5.3 Interactie tussen groepsleden	60
5.4 Normen	64
5.5 Rollen	66
5.6 Integratie van de structuurelementen	68
5.7 Samenvatting	69
5.8 Aanbevolen literatuur	70
5.9 Geraadpleegde literatuur	70
Hoofdstuk 6: Ontwikkelingsfasen, de dynamiek van de groepsontwikkeling. Katelijne Robbertz en Roelof Wolters	73
6.1 Inleiding	73
6.2 Achtergrond	73
6.3 De Praktijk	79
6.4 Samenvatting	83
6.5 Aanbevolen literatuur	83
6.6 Geraadpleegde literatuur	84
Hoofdstuk 7: Beëindiging en afscheid. Marc Daemen en Frans van Paassen	86
7.1 Inleiding	86
7.2 Achtergrond	87
7.3 De praktijk	88
7.4 Samenvatting	95
7.5 Aanbevolen literatuur	96
7.6 Geraadpleegde literatuur	97
Hoofdstuk 8: Behandelstrategieën en interventies. Ineke de Groot en Hans de Ruiter	98
8.1 Inleiding	98
8.2 Achtergrond	98
8.3 De praktijk	100
8.4 Samenvatting	104
8.5 Aanbevolen literatuur	104

8.6. Geraadpleegde literatuur	105
Hoofdstuk 9: Destructieve groepsprocessen en negatieve effecten van groepsbehandeling. Door Cor de Haan en Silvia Pol	107
9.1 Inleiding	107
9.2 Achtergrond	108
9.3 De praktijk	111
9.4 Samenvatting	119
9.5 Aanbevolen literatuur	119
9.6 Geraadpleegde literatuur	120
Hoofdstuk 10: Het combineren van groepsdynamiek en specifieke psychotherapeutische behandelmethoden. Helga Aalders en Ingrid Krijnen	122
10.1 Inleiding	122
10.2 Achtergrond	123
10.3 De praktijk	125
10.4 Samenvatting	132
10.5 Aanbevolen literatuur	132
10.6 Geraadpleegde literatuur	133
Hoofdstuk 11: Groepsbehandeling als onderdeel van een multidisciplinaire behandelopzet. Anne-Marie Claassen en Monique Leferink op Reinink	135
11.1 Inleiding	135
11.2 Achtergrond	136
11.3 De Praktijk	142
11.4 Samenvatting	148
11.5 Aanbevolen literatuur	148
Hoofdstuk 12: Co-begeleiding en co-therapie Mila Remijns en Charles Huffstadt	152
12.1 Inleiding	152
12.2 Achtergrond	152
12.3 De praktijk	154
12.4. Samenvatting	157
12.5 Aanbevolen literatuur	157
12.6 Geraadpleegde literatuur	157
Hoofdstuk 13: Ethische kwesties en beroepsnormen. Piet Verhagen en Gerrit Glas	160
13.1 Inleiding	160
13.2 Achtergrond	161
13.3 De praktijk	168

13.4 Samenvatting	169
13.5 Aanbevolen literatuur	169
13.6 Geraadpleegde literatuur	170
Hoofdstuk 14: Uitkomstmeting en monitoring van groepsbehandeling. Anton Hafkenscheid	173
14.1 Inleiding	173
14.2 Achtergrond	173
14.4 Samenvatting	183
14.5 Aanbevolen literatuur	183
14.6 Literatuur	184
Hoofdstuk 15: Het leerproces tot groepsbehandelaar.	188
Door Annemarie Booij	188
15.2 Achtergrond	188
15.3 De praktijk	192
15.4 Samenvatting	197
15.5 Aanbevolen literatuur	197

VAN DE REDACTIE

Na ruim drie jaar hard werken liggen hier voor u: de NVGP-praktijkrichtlijnen voor groepsbehandeling in de (geestelijke) gezondheidszorg.

Vijfentwintig auteurs, de meesten ervaren groepstherapeuten of specialisten op een deelgebied van groepsbehandeling, hebben hun medewerking gegeven aan dit omvangrijke project dat plaatsvond onder leiding van ondergetekenden als redactie.

Met deze richtlijn wil de Nederlandse vereniging voor groepsdynamica en groepspsychotherapie alle professionals, die cliënten behandelen in een groep, helpen hun groep vorm te geven naar de meest recente inzichten vanuit de wetenschap en vanuit toonaangevende experts. Deze richtlijn vormt daarmee een stap in de ontwikkeling van evidence-based groepsbehandeling.

De bedoeling is de richtlijnen onder een brede groep professionals in de (G)GZ te verspreiden. Het document is daarom voor u zonder kosten beschikbaar en kan in zijn geheel worden gedownload.

De hoofdstukken vormen een geheel, maar zijn zo geschreven dat u ze apart van elkaar kunt lezen.

De tekst kan als naslagwerk dienen waarop u kan terugvallen bij specifieke vragen die u tegenkomt in de dagelijkse praktijk.

Om de paar jaar zullen de hoofdstukken gereviseerd worden naar de op dat moment actuele stand van het wetenschappelijk onderzoek naar groepen en groepsbehandeling, en naar ervaringen die u als gebruiker met deze richtlijn hebt. U wordt dan ook van harte uitgenodigd deze ervaringen en opmerkingen met ons te delen op: secretariaat@groepspsychotherapie.nl

Wij wensen u veel leesplezier !

September 2019, Rob Koks & Pepijn Steures

VOORWOORD

Het is voor mij persoonlijk en ook namens de Nederlandse vereniging voor groepsdynamica en groepspsychotherapie een groot genoegen een voorwoord te schrijven voor de NVGP-Praktijkrichtlijnen Groepsbehandeling in de GGZ.

Dit document bevat de *state of the art* met betrekking tot groepsbehandeling: wetenschappelijke onderbouwing van groepstherapie en groepstherapeutische interventies wordt gecombineerd met expertkennis van ervaren groepsbehandelaren.

Met dit project beoogt de NVGP de kloof op het gebied van groepstherapie tussen onderzoek en klinische praktijk te overbruggen. Hierbij sluiten we aan bij de maatschappelijke trend tot verantwoording en integratie van wetenschap in de geleverde zorg.

De praktijkrichtlijnen zijn bedoeld als handreiking en service aan groepsbehandelaren van allerlei soorten groepen en in allerlei settings (in eigen praktijk, poliklinisch, (dag-)klinisch: CGt-groepen voor allerlei stoornissen, psycho-educatiegroepen, psychotherapiegroepen, trainingsgroepen en ook therapiegroepen die werken met een specifieke methodiek zoals MBT-groepen, schematherapiegroepen, DGT-groepen, enzovoorts.

Allerlei vragen komen in de praktijkrichtlijnen aan bod zoals: *Wat moet ik minimaal weten om een groep op te kunnen zetten voor een specifieke doelgroep? Hoe pak ik het aan zodat de groep tot stand komt en ook goed aan zijn doelen kan werken? Hoe bevorder ik een werkzaam groepsklimaat en voorkom ik destructieve groepsprocessen zoals zondebokvorming en dropout? Wat is bekend over de evidentie van groepstherapie en van specifieke interventies?*

Begin 2016 heeft het bestuur van de NVGP Rob Koks en Pepijn Steures gevraagd om de redactie te vormen voor het ontwikkelen van deze praktijkrichtlijnen.

De redactie heeft voortgebouwd op de *Practice Guidelines*, die de *American Group Psychotherapy Association* in 2007 heeft uitgebracht, en inhoudelijk een aantal hoofdstukken toegevoegd die specifiek zijn voor de Nederlandse praktijk. Zo zijn er onder andere extra hoofdstukken gewijd aan groepen met een specifiek behandelkader, groepsbehandeling in een multidisciplinaire behandelopzet en aan co-therapie. Verder komen enkele relevante thema's aan bod waarvoor (nog) geen richtlijn bestaat, zoals leren van groepsbehandeling en ethische kwesties rond groepsbehandeling.

In het inleidende eerste hoofdstuk licht de redactie haar werkwijze en uitgangspunten toe. Verduidelijkt wordt wat de plek is van de NVGP-Praktijkrichtlijnen naast de andere kwaliteitsinstrumenten in Nederland zoals de multidisciplinaire behandelrichtlijnen, zorgstandaarden en generieke modules. De NVGP-Praktijkrichtlijnen kunnen een vraagbaak zijn voor de behandelaar maar houden rekening met de voorkeuren van de cliënt en met de kwaliteiten en deskundigheid van de behandelaar.

Toegelicht wordt het onderscheid tussen *empirically supported treatments* en *evidence based practice* en het bredere evidentiebegrip waarvoor gekozen is in deze richtlijnen.

Om de NVGP-Praktijkrichtlijnen te kunnen formuleren is het meest recente wetenschappelijk onderzoek naar groepstherapie verzameld en samengevat en aangevuld met de kennis en ervaring van experts in groepstherapie.

De redactie heeft een uitgekiende werkwijze gekozen om expertconsensus te bereiken. Zij heeft samen met een adviescommissie bedacht welke thema's en hoofdstukken aan bod zouden moeten komen. Bij alle hoofdstukken heeft zij twee auteurs gezocht vanuit verschillende achtergrond (theoretische kaders, behandelsetting) , waardoor zij elkaar zouden kunnen aanvullen. Alle auteurs zijn tweemaal, in een startbijeenkomst en een afrondende bijeenkomst, bij elkaar geweest om de opzet en inhoud en elkaars teksten van feedback te voorzien. De 30 ervaren groepstherapeuten en groepsdynamici die aan de NVGP-Praktijkrichtlijnen meeschreven hebben levendig en soms stevig met elkaar gediscussieerd. Het ging erom samen af te wegen en de gedachten te scherpen: welke kennis is nu echt belangrijk om te weten en zou minimaal bekend moeten zijn bij collega's die groepen doen? Als voorzitter van de NVGP ben ik heel blij met dit document.

Wetenschappelijk onderzoek naar groepstherapie is belangrijk, zeker nu de groepstherapie in Nederland zo in opmars is. Internationaal is er veel onderzoek beschikbaar, samengevat door Burlingame en Jensen (2017). In Nederland worden op dit moment enkele veelbelovende onderzoeken naar groepsbehandeling gedaan. Met deze NVGP-Praktijkrichtlijnen leggen we een bouwsteen om de groepstherapie in Nederland van een wetenschappelijke basis te voorzien. De richtlijn zet op een rij waar we al veel over weten, en geeft richting aan waar we nog verder onderzoek naar willen doen.

De NVGP-Praktijkrichtlijnen zullen regelmatig geactualiseerd worden. Daarbij zijn uw ervaringen en reacties voor de NVGP erg belangrijk. U bent ook van harte uitgenodigd om te reageren.

José van Reijen, voorzitter NVGP

AUTEURS

Over de auteurs

H. (Helga) Aalders

Klinisch psycholoog, psychotherapeut en specialistisch groepstherapeut NVGP. Zij is inhoudelijk leidinggevende van de Zorgeenheid Persoonlijkheidsstoornissen van Altrecht, en hoofd behandeling van de Kliniek Schematherapie van dezelfde Zorgeenheid te Zeist.

M.E. (Monique) Bekker

Registerpsycholoog NIP/ Arbeids- en Organisatie; Sociaal Psycholoog; ACT-coach en trainer; docent en geregistreerd Opleider bij VELON. Werkzaam als opleider en adviseur bij Bekker Onderwijs- en Psychologisch advies (BOPAdvies). Auteur van diverse boeken over groepsdynamica.

A. (Annemarie) Booij

Klinisch psycholoog-psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut en supervisor NVGP. Supervisor Vereniging Schematherapie en VGCT. Werkzaam bij NPI Amersfoort en in eigen supervisie praktijk.

A.M. (Anne-Marie) Claassen

Psychotherapeut. Werkzaam als programmamanager Boerhaven, kliniek voor persoonlijkheidsstoornissen bij Mediant te Hengelo. Zij is supervisor NVP en Schematherapie. Hoofdredacteur van PsyXpert.

M.H.L. (Marc) Daemen

Klinisch psycholoog-psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut NVGP, P-opleider. Werkzaam bij GGZ Westelijk Noord-Brabant. Supervisor, cursusgever, leertherapeut en opleider supervisoren van de NVGP, en leersupervisor NVP. Docent groepsdynamica en groepspsychotherapie bij de GZopleiding (RINO Groep).

G. (Gerrit) Glas

Psychiater en opleider in de Dimence Groep. Hij is daarnaast filosoof en hoogleraar aan de VU (faculteit geesteswetenschappen) en bij het Amsterdam UMC (afdeling Anatomie en Neurowetenschappen).

C.C.A. (Ineke) de Groot

Psychiater en specialistisch groepstherapeut NVGP. Werkzaam bij Psy Q te Den Haag, en GGZ Delfland te Delft.

C.G. (Cor) de Haan

Sociaal psycholoog, klinisch psycholoog-psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut NVGP. Werkzaam in eigen praktijk voor opleiding, training en consult. Opleider en supervisor NVGP. Hoofddocent groepsdynamica RCSW, docent groepsdynamica RINO Utrecht. Voorheen werkzaam bij Scelta, en als P-opleider GGnet te Apeldoorn.

W. (Willem) de Haas

Klinisch psycholoog-psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut NVGP, MBT therapeut, Mindfulness therapeut. Werkzaam als trainer, supervisor en leertherapeut in eigen praktijk en trainingsbureau. Docent groepstherapie, groepsdynamica en teamleiderschap bij PPO Groningen en RINO Amsterdam, voorzitter Wetenschapscommissie NVGP, auteur van een boek over groepsbehandeling en groepsbegeleiding in de gezondheidszorg.

A.J.P.M. (Anton) Hafkenscheid

Klinisch psycholoog en psychotherapeut, Sinaï Centrum, onderdeel van Arkin. Docent postdoctorale opleidingen RINO Groep, Radboud Centrum Sociale Wetenschappen te Nijmegen, en gastdocent voor het postgraduaatsonderwijs K.U. Leuven. Auteur van twee boeken op het gebied van de therapeutische relatie en over zelfreflectie voor professionals in de ggz. Hij ontving eind 2013 de eerste Wim Trijsburgprijs voor zijn onderzoek en publicaties op het gebied van de therapeutische relatie.

K.M. (Klaartje) van Hest

Klinisch psycholoog. Werkzaam bij Antes te Rotterdam. Senior Schematherapeut, groepstherapeut-NVGP. Jaargroep-opleider en docent (verslaving) bij de RINO Groep.

C. (Charles) Huffstadt

Psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut NVGP en systeemtherapeut. Werkzaam Psy Q, afd. persoonlijkheidsproblematiek, en in eigen praktijk de Boetzelaer 136, beide te Den Haag. Supervisor, opleider en leertherapeut NVGP en NVP.

R.W. (Rob) Koks

Psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut NVGP. Werkzaam als opleider in eigen praktijk te Delft. Supervisor-NVGP en NVP, MBT-basistherapeut. Docent bij de GZ-opleiding van de RINO Groep.

I. (Ingrid) Krijnen

GZ-psycholoog, psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut NVGP, MBT-therapeut. Werkzaam als behandel-coördinator en als opleider bij de Zorglijn Persoonlijkheidsstoornissen van GGZinGeest, locatie Spaarnepoort te Hoofddorp. Supervisor NVP en NVGP, en voormalig bestuursvoorzitter van de NVGP.

M. J.M. (Monique) Leferink op Reinink

Psychotherapeut en specialistisch groepspsychotherapeut. Supervisor NVP en NVGP. Werkzaam bij GGZ Centraal, locatie Harderwijk. Docent groepsdynamica en groepspsychotherapie bij Codarts, Hogeschool voor de Kunsten, Masteropleiding Dans- en Muziektherapie. Tevens bij de RINO Rotterdam en de A-opleiding Psychiatrie. Lid van de redactie van het Tijdschrift Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie, en van de wetenschapscommissie van de NVGP.

E. (Els) Loeb

Klinisch psycholoog-psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut NVGP. Werkzaam in de Schematherapie-kliniek voor jong volwassenen, Altrecht, en in eigen praktijk Els Loeb: psychotherapie, advies en opleiding. Opleider, supervisor en leertherapeut VGCT en vereniging Schematherapie. Opleider van de NVGP, opleider en supervisor NVP.

F.J.M. (Frans) van Paassen

Psycho-analytisch psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut NVGP. Leertherapeut, supervisor en cursusgever bij de NVGP. Werkzaam in eigen praktijk.

S.M. (Silvia) Pol

Klinisch psycholoog, psychotherapeut en specialistisch groepstherapeut NVGP. Werkzaam bij Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek, onderdeel van GGNet, en in eigen praktijk voor supervisie, coaching en opleiding. Supervisor en opleider NVGP, supervisor VGCT, en P-opleider bij GGNet. Lid van de redactie van *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*.

J.R. (José) van Reijen

Klinisch psycholoog-psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut NVGP, werkzaam in eigen (opleidings-) praktijk. Zij is (hoofd-) docent groepspsychotherapie bij de KP- en PT-opleiding bij de Rinogroep en RCSW, en docent en trainer over supervisie, werkbegeleiding en leertherapie. Supervisor NVGP, VGCT en NVP. Auteur van een boek over groepstherapie.

M.K.J. (Mila) Remijnen

Psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut NVGP, GZ psycholoog. Werkzaam in eigen praktijk in Berlijn en als docent werkzaam voor de Parnassia Groep Academie.

K.P. (Katelijne) Robbertz

Klinisch psycholoog, specialistisch groepstherapeut NVGP. Werkzaam bij de afdeling psychiatrie van het Radboud UMC te Nijmegen. Supervisor en opleider NVGP, supervisor VGCT. Praktijkopleider, en hoofddocent groepsdynamica op het RCSW.

J.D. (Hans) de Ruiter

GZ-psycholoog en psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut NVGP. Werkzaam als psychotherapeut en supervisor bij de psychiatrische Dagkliniek van het Zaans Medisch Centrum te Zaandam. Opleider-supervisor-leertherapeut NVGP en NVP. Docent bij de opleidingen tot GZ-psycholoog, psychotherapeut en klinisch psycholoog. Hoofddocent en plaatsvervangend hoofdopleider RINO Noord Holland.

A.C.J. (Ton) Sanders

Klinisch psycholoog-psychotherapeut, en specialistisch groepstherapeut NVGP. Freelance werkzaam te Eindhoven. Supervisor en cursusgever van de NVGP. Docent groepsdynamica en groepstherapie bij de RINO Groep en de RINO Zuid.

P. (Pepijn) Steures

Psychiater, en specialistisch groepstherapeut en leertherapeut NVGP, supervisor NVP. Werkzaam bij Solutalks-GGZ, in eigen praktijk, en EGP-online groepstherapie.

C.W.M. (Corine) van der Veer

GZ-psycholoog en psychoanalytisch psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut NVGP. Werkzaam in eigen praktijk te Nijmegen. Supervisor en cursusgever-NVGP, supervisor DIT. Docent groepspsychotherapie bij de RINO Zuid. Docent en bestuurslid NVPP.

P.J. (Piet) Verhagen

Psychiater en theoloog, specialistisch groepstherapeut NVGP, supervisor NVGP. Werkzaam (o.a. als coördinator van het zorgprogramma persoonlijkheidsstoornissen) bij GGZ Centraal te Harderwijk. Lid van de redactie van het *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*.

R.J. (Roelof) Wolters

Klinisch psycholoog-psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut NVGP. Werkzaam als opleider groepsdynamica en groepspsychotherapie in eigen praktijk. Voormalig Hoofdopleider psychotherapie bij SPON te Nijmegen, en voormalig voorzitter van de NVGP.

Adviescommissie

A. (Arnout) ter Haar

Klinisch psycholoog en psychotherapeut, thans werkzaam als personal coach in eigen praktijk te Amsterdam. Hoofdredacteur van *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*.

W. (Willem) de Haas

Klinisch psycholoog-psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut NVGP, MBT therapeut, Mindfulness therapeut. Werkzaam als trainer, supervisor en leertherapeut in eigen praktijk

en trainingsbureau. Docent groepstherapie, groepsdynamica en teamleiderschap bij PPO Groningen en RINO Amsterdam, voorzitter Wetenschapscommissie NVGP, auteur van een boek over groepsbehandeling en groepsbegeleiding in de gezondheidszorg.

R.J. (Roelof) Wolters

Klinisch psycholoog-psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut NVGP. Werkzaam als opleider groepsdynamica en groepspsychotherapie in eigen praktijk. Voormalig Hoofdopleider psychotherapie bij SPON te Nijmegen, en voormalig voorzitter van de NVGP

Redactie: secretariaat@groepspsychotherapie.nl

R.W. (Rob) Koks

Psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut NVGP. Werkzaam als opleider in eigen praktijk te Delft. Supervisor-NVGP en NVP, MBT-basistherapeut. Docent bij de GZ-opleiding van de RINO Groep.

Contactadres: rkoks@planet.nl.

P. (Pepijn) Steures

Psychiater, en specialistisch groepstherapeut en leertherapeut NVGP, supervisor NVP. Werkzaam in eigen praktijk, Solutalks-GGZ, en EGP-online groepstherapie.

Contactadres: steures@gmail.com

Nederlandse vereniging voor groepsdynamica en groepspsychotherapie (NVGP)

Contactadres: www.groepspsychotherapie.nl, secretariaat@groepspsychotherapie.nl

Hoofdstuk 1. De Praktijkrichtlijnen: achtergrond en uitgangspunten.

Rob Koks en Pepijn Steures

1.1 Inleiding

De Nederlandse vereniging voor groepsdynamica en groepspsychotherapie (NVGP), opgericht in 1957, is een specialistische groepspsychotherapievereniging die zich inzet voor alle vormen van groepsbehandeling, variërend van trainingen tot groepspsychotherapie. Leden van de NVGP richten zich ook op allerlei groepsprocessen die zich buiten de (geestelijke) gezondheidszorg afspelen, zoals vastgelopen teamprocessen en conflicten in samenwerkingsverbanden. Dat heeft ertoe geleid dat binnen de NVGP ook aandacht is voor consulting en coaching van teams en organisaties. De NVGP stelt zich ten doel de bestudering van groepsdynamische processen en de beoefening, ontwikkeling en bewaking van de kwaliteit van groepsbehandelingen in Nederland te bevorderen (statuten, art.2). In dit licht vatte het bestuur van de NVGP eind 2015 het plan op om voor de dagelijkse praktijk van de Nederlandse (geestelijke) gezondheidszorg praktijkrichtlijnen te formuleren. Middels deze praktijkrichtlijnen wil de NVGP groepsbehandelaren een handreiking bieden, die hen helpt bij het vormgeven van hun groepsbehandelingen naar de kennis die beschikbaar is vanuit de wetenschap en jarenlange klinische ervaring. Daarnaast hoopt de NVGP dat de verdere ontwikkeling van deze praktijkrichtlijn op termijn bijdraagt aan de ontwikkeling en toepassing van *evidence-based* groepsbehandelingen door een brug te vormen tussen de alledaagse praktijk en de actuele stand van het wetenschappelijk onderzoek naar groepen, groepsprocessen en groepsbehandeling. Met Praktijkrichtlijnen voor Groepsbehandeling beoogt de NVGP de kwaliteit van groepsbehandelingen in de (geestelijke) gezondheidszorg in Nederland te waarborgen en waar mogelijk te verbeteren.

In dit hoofdstuk gaan wij nader in op achtergrond, het doel en de doelgroep van de praktijkrichtlijnen. Daarnaast geven we een kort overzicht van de belangrijkste uitgangspunten, die het fundament vormen van deze praktijkrichtlijnen. Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting en een suggestie voor literatuur waarmee de lezer zich verder in de thema's van dit hoofdstuk kan oriënteren.

1.2 Doelstelling en doelgroep

De Taskforce Science to Service van de American Group Psychotherapy Association (AGPA) publiceerde in 2007 de *Practice Guidelines for Group Psychotherapy*. Het doel van deze richtlijnen is een integratie tot stand te brengen tussen enerzijds de dagelijkse praktijk waarin groepsbehandelaren hun groepen vorm geven, en anderzijds de kennis vanuit het beste beschikbare empirisch onderzoek op het gebied van groepen en groepsbehandeling, en de klinische ervaring en deskundigheid die in de loop van de jaren is opgebouwd. Met

deze richtlijnen wilde de AGPA behandelaren tot steun zijn om aan de eisen van *evidence based practice* te kunnen voldoen (Leszcz & Kobos, 2008). Het belang van de Amerikaanse richtlijnen voor de Nederlandse praktijk werd al snel onderschreven. Naast dat werd erkend dat de Amerikaanse praktijkrichtlijnen ook ten aanzien van groepsbehandeling in de Nederlandse situatie houvast kunnen geven, werd de aanbeveling gedaan om richtlijnen voor de praktijk in Nederland te ontwikkelen (Snijders & Berk, 2008; Snijders, 2009). Begin 2016 heeft het bestuur van de NVGP hiervoor het startsein gegeven. Omdat de Nederlandse praktijk aansluit op die in de Verenigde Staten komt de doelstelling van de NVGP-Praktijkrichtlijnen op veel punten overeen met aan die van onze collegae. In de NVGP-praktijkrichtlijnen is echter voor een bredere doelgroep gekozen. Hieronder wordt nader stilgestaan bij het doel en de doelgroep van de NVGP-Praktijkrichtlijnen.

Het aantal behandelaren dat behandeling in groepsverband biedt is de laatste twee decennia fors toegenomen. In de huidige praktijk van de Nederlandse (geestelijke) gezondheidszorg worden veel psychotherapeutische, psychologische en psychiatrische behandelingen in groepsverband aangeboden aan een groot aantal doelgroepen, in allerlei behandelvormen, met verschillende methodische kaders, en geleid door professionals vanuit verschillende disciplines met een uiteenlopend scholingsniveau. Deze diversiteit is een rijkdom, maar kan de kwaliteit in de weg staan, wanneer men zich onvoldoende bewust is van de resultaten van het empirisch onderzoek op het gebied van groepen, groepsprocessen en groepsbehandeling, en van de in tientallen jaren opgebouwde deskundigheid op dit gebied. Met deze praktijkrichtlijnen beogen wij deze brede groep behandelaren te helpen hun groepsbehandelingen op een weloverwogen manier vorm te geven. Het geeft aan groepsbehandelaren een gemeenschappelijke basis en een gezamenlijke taal van waaruit gewerkt wordt. De praktijkrichtlijnen formuleren het minimale dat je als groepsbehandelaar moet weten en moet doen om op een verantwoorde manier te werken met groepen, en zijn een eerste aanzet om te komen tot een omschrijving van evidence-based groepsbehandelingen.

De laatste jaren is ook het aantal groepsbehandelingen dat aangeboden wordt toegenomen. De moderne groepsbehandelaar is daarbij vaak goed opgeleid in een specifieke methode, maar niet of nauwelijks geschoold in het onderkennen en hanteren van de groepsdynamische processen die de werkzame ingrediënten van de methode kunnen versterken dan wel verzwakken. Gezien de diversiteit aan groepsbehandelingen en groepsbehandelaren gaan de NVGP-Praktijkrichtlijnen uit van de brede multidisciplinaire praktijk van groepsbehandeling en niet van specifieke verandertheorieën en methodieken als bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie (CGT), schemagerichte therapie (SFT), mentaliseren bevorderende therapie (MBT) of het dynamisch-interpersoonlijke model. De Praktijkrichtlijnen zijn transtheoretisch en kunnen toegepast worden bij elk behandelkader dat gebruik wil maken van de groep, van de groepsdynamiek en van de groepsprocessen als middel om de gestelde behandeldoelen van de groepsleden te bereiken. De NVGP hoopt

hierdoor een brede groep van behandelaren met basale of met specialistische ervaring aan te spreken.

1.3 Plaatsbepaling van de Nederlandse Praktijkrichtlijnen

Om de kwaliteit van behandelingen in de gezondheidszorg te waarborgen zijn er de afgelopen decennia in Nederland verschillende kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld (AKWA, 2019). Ieder instrument heeft een eigen doelstelling, functie en toepassingsgebied. De NVGP-Praktijkrichtlijnen voor Groepsbehandeling in de Gezondheidszorg zijn boven alles een handreiking van de NVGP voor praktiserende groepsbehandelaren om hen te helpen hun behandelgroepen vorm te geven naar de kennis die beschikbaar is vanuit de huidige stand van de wetenschap en expert consensus. Ze dienen als een hulpmiddel voor groepsbehandelaren in de complexe dagelijkse behandelpraktijk. Als een compacte gids formuleren ze het minimum aan factoren, waar de behandelaar die met groepen werkt rekening mee moet houden. Praktijkrichtlijnen zijn geen handboek, maar een praktisch en compact document, dat rekening houdt met de deskundigheid van behandelaren en met de voorkeuren van cliënten (AGPA, 2007).

Andere kwaliteitsinstrumenten die de groepsbehandelaar tot zijn beschikking heeft zijn (multidisciplinaire) behandelrichtlijnen voor diverse stoornissen, zorgstandaarden en generieke modules. We beschrijven in het kort hoe deze instrumenten zich onderscheiden van praktijkrichtlijnen.

Behandelrichtlijnen of protocollen omschrijven bindende voorschriften en specifieke methodieken en interventies voor de behandeling van een specifieke stoornis (Landelijke Stuurgroep, 2008). Ze maken deel uit van de professionele standaard, bevatten normatieve uitspraken en hebben mede daardoor een juridische betekenis (www.nvvp.net).

Praktijkrichtlijnen beschrijven daarentegen wat gemeenschappelijk voorkomt in de brede multidisciplinaire behandelpraktijk, in alle vormen van behandeling, en beschrijven niet zozeer factoren die uniek zijn voor een specifieke behandelvorm (Colijn, 2009).

Praktijkrichtlijnen vormen ook geen zorgstandaard of generieke module. Een zorgstandaard is een algemene norm voor de organisatie van het hele zorgcontinuüm rond een specifieke aandoening, vanuit het perspectief van de patiënt (AKWA, 2019). Een zorgstandaard is een algemeen raamwerk voor de behandeling van mensen met een bepaalde aandoening, waarin alle noodzakelijke onderdelen van multidisciplinaire zorg worden omschreven (www.nvvp.net). In een generieke module worden zorgcomponenten beschreven die relevant zijn voor meer psychische aandoeningen (AKWA, 2019). Hierbij valt te denken aan onderwerpen als zelfmanagement, ondersteuning naasten, dagbesteding en arbeidsparticipatie (www.ggzstandaarden.nl).

1.4 Uitgangspunten van de Praktijkrichtlijnen Groepsbehandeling

Aan de NVGP-Praktijkrichtlijnen voor Groepsbehandeling in de (Geestelijke) Gezondheidszorg liggen drie uitgangspunten ten grondslag die het beginsel vormen van de onderwerpen die in de verschillende hoofdstukken worden uitgewerkt. Ten eerste gaat de werkgroep er vanuit dat structurele eigenschappen van een behandelgroep alsmede groepsdynamische processen aan de basis liggen van een goede groepsbehandeling. Ten tweede ziet de werkgroep het als één van de voornaamste taken van de groepsbehandelaar om groepsdynamische processen op een adequate manier te integreren met een specifiek behandelkader. En tenslotte heeft de werkgroep zich, voor zover mogelijk en praktisch haalbaar, bij het uitwerken van de verschillende hoofdstukken gebaseerd op de actuele status van het wetenschappelijk onderzoek naar groepen, groepsprocessen en groepsbehandeling.

Om de lezer een beeld te geven van hoe bovengenoemde uitgangspunten de totstandkoming van deze praktijkrichtlijn hebben gestuurd, worden zij achtereenvolgens beknopt toegelicht.

1.4.1 Groepsprocessen en groepsdynamica

In elke groep is dynamiek, vinden er processen plaats die de uitvoering van de taak, het doel van de groep, beïnvloeden. Als basis voor elke vorm van groepsbehandeling ziet de werkgroep de competentie van de groepsbehandelaar om de structurele en dynamische eigenschappen van een groep te herkennen en te kunnen beïnvloeden ten gunste van de behandeldoelen van de groep cliënten. Kennis op het gebied van groepsdynamica is de basis van waaruit een groepsbehandelaar opereert.

Groepsdynamische processen vinden vooral op non- of pré-verbaal niveau plaats, in houding en gedrag, dus buiten de inhoudelijke, verbale en vaak rationele communicatie. Sociaal gedrag in groepen ontwikkelt zich in voorspelbare vormen of structuren. Deze processen ontstaan in allerlei groepen, zoals een patiëntengroep, een behandelteam, een biljartvereniging, een compagnie in het leger, een raad van bestuur et cetera.

Sociaalpsychologisch onderzoek tussen 1950 en 1970 wees op het bestaan van vijf belangrijke processtructuren, die zich in elke groep ontwikkelen (Remmerswaal, 2001; De Haas, 2008, 2010, 2013; Hoijtink, 2001, 2007). Dit zijn: interactie, groepsontwikkeling, cohesie, groepsnormen en groepsrollen.

Deze groepsprocessen zijn niet in zichzelf therapeutische processen. Een groep heeft ook negatieve, zelfs destructieve tendensen in zich (Nitsun, 1996, 2006). Maar groepsprocessen hebben, mits adequaat begeleid, een groot leerpotentieel (Bloch & Crouch, 1985). Behalve van de interactie met de groepsbehandelaar kunnen groepsleden vooral veel leren van de interactie met elkaar. Zij kunnen leren van zowel van positieve als negatieve ervaringen, zeker wanneer de koppeling aan de behandeltaak en persoonlijke behandeldoelen van de groepsleden duidelijk is. Het is de kunst of het ambacht om deze processen in een bepaalde

mate, afhankelijk van het doel van de groep, ruimte te geven, te sturen en te bespreken.

1.4.2 Groepsdynamica en een specifiek behandelkader

Om therapeutische verandering te bewerkstelligen is de combinatie van groepsprocessen met een welomschreven behandelkader nodig, bestaande uit een veranderingstheorie, een methodiek, en voldoende kennis van de doelgroep. Het succes van groepsbehandeling hangt voor een belangrijk deel af van de juiste manier van combineren van een sterke methodiek en een functioneel gebruik van groepsprocessen (De Haas, 2010; Van Reijen & Haans, 2008). Het is de taak van de groepsbehandelaar om 'de componenten te integreren tot een coherent, fluïde en complementair proces' (AGPA, 2007, p. 3; Snijders & Berk, 2008, p. 42). Dan worden de groep en de specifieke methodiek geen 'loden last' voor elkaar (De Haan, 2011, p. 20), wordt de groepsdynamiek niet 'opgeofferd' (Snijders, 2009, p. 50), maar versterken de methodiek en de groepsprocessen 'als een vliegwiel' elkaars potentiële positieve effecten (Koks, 2015, p. 46). De groepsbehandelaar fungeert als de 'manager' van dit geheel (AGPA, 2007, p. 40).

1.4.3 Wetenschappelijk onderzoek naar groepen en groepsbehandeling

De NVGP-Praktijkrichtlijnen voor Groepsbehandeling in de (Geestelijke) Gezondheidszorg zijn gebaseerd op het beste beschikbare empirisch onderzoek op het gebied van groepen en groepsbehandeling, en de klinische expertise en deskundigheid die in de loop van tientallen jaren is opgebouwd. Een goed overzicht van de stand van zaken van het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van groepen en groepsbehandeling is te vinden bij Burlingame et al. (2004, 2013). In het overzicht van 2013 zijn driehonderdvijftig onderzoeken betrokken die methodisch van goede kwaliteit zijn. Een samenvatting van vijftientig jaar wetenschappelijk onderzoek naar groepsprocessen en groepsbehandeling is te vinden bij Burlingame & Jensen (2017). Echter gezien de stand van het huidige wetenschappelijk onderzoek vormt overeenstemming onder klinische experts een noodzakelijke aanvulling op de beschikbare empirische evidentie.

In algemene zin worden twee soorten wetenschappelijk onderzoek onderscheiden (Burlingame et al., 2004, 2013; Colijn et al., 2003; Snijders, 2011); ten eerste stoornisgericht effectonderzoek door middel van *randomized controlled trials*. Deze vorm van onderzoek leidt tot een omschrijving behandelingen die bewezen effectief zijn, ook wel *empirically supported treatments (EST)* genaamd, en ten tweede patiëntgericht procesonderzoek. Deze vorm van onderzoek richt zich met name op het behandelproces en gemeenschappelijke werkzame factoren, en leidt tot een omschrijving van factoren waar een behandeling en een behandelaar aan moet voldoen om effectief en efficiënt te zijn, ook wel *evidence based practice (EBP)* genaamd.

Aangezien praktijkrichtlijnen de vraag proberen te beantwoorden *hoe* behandelaren in de dagelijkse praktijk op een adequate en effectieve manier hun behandelingen vorm kunnen geven sluit deze laatste vorm van onderzoek hier het best bij aan. Daarom wordt in deze praktijkrichtlijnen gekozen voor een breder evidentiebegrip dan het type evidentie dat met een *randomized controlled trial (RCT)* wordt nagestreefd (AGPA, 2007; Burlingame et al., 2004 en 2013; Snijders & Berk, 2008), en waarvan de uitkomsten vaak moeilijk te generaliseren zijn naar de dagelijkse praktijk. Deze keuze maakt het mogelijk om rekening te houden met kwaliteiten en voorkeuren van de cliënt, de kwaliteiten van de behandelaar, en onderzoek dat ook afkomstig is uit andere gebieden zoals in dit geval uit de sociale psychologie.

1.5 Totstandkoming en methodiek

Gezien de stand van het huidige wetenschappelijk onderzoek naar groepsbehandelingen vormt, net zoals in andere richtlijnen, overeenstemming onder klinische experts een noodzakelijke aanvulling op de beschikbare empirische evidentie. Hieronder wordt omschreven welke werkwijze de NVGP heeft gehanteerd om tot een zo goed mogelijke integratie te komen van deze twee bronnen.

Voor het opstellen van de NVGP-Praktijkrichtlijnen voor Groepsbehandeling in de (Geestelijke) Gezondheidszorg werd een redactie, een adviescommissie en een werkgroep samengesteld. De redactie werd gevormd door de auteurs van dit hoofdstuk, Rob Koks en Pepijn Steures. De adviescommissie, bestaande uit Nederlandse experts op het gebied van groepsbehandeling, groepsdynamiek en groepsprocessen werd gevormd door: Arnout ter Haar, hoofdredacteur van *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*; Willem de Haas, hoofddocent, voorzitter van de wetenschapscommissie van de NVGP en auteur van een inmiddels veel gebruikt standaardwerk over groepsdynamica en groepsbehandeling; en Roelof Wolters, cursusgever, en oud-voorzitter van de NVGP, en voormalig hoofdopleider psychotherapie.

In een eerste bijeenkomst van de adviescommissie en de redactie is een globale indeling van vijftien hoofdstukken opgesteld. Daarbij werd de indeling van de praktijkrichtlijnen van de AGPA als vertrekpunt genomen. Hieraan werden specifieke onderwerpen en hoofdstukken toegevoegd zoals deze in de Nederlandse klinische praktijk en literatuur naar voren komen. Tevens werd er in deze bijeenkomst een werkgroep van auteurs samengesteld, bestaande uit groepsbehandelaren en groepswerkers met enerzijds brede klinische ervaring en deskundigheid op het gebied van groepsbehandeling, en met anderzijds specifieke ervaring op het gebied van wetenschap, opleiding, supervisie, specifieke behandelmethoden of specifieke doelgroepen.

Begin 2017 kwamen de werkgroep, de adviescommissie en de redactie voor het eerst bijeen met als doel een brede overeenstemming, *expert consensus*, te bereiken over de opbouw en de inhoud van de Praktijkrichtlijnen. Voor nagenoeg elk hoofdstuk werd een koppel van twee auteurs gevormd, dat de opdracht kreeg om, op basis van de actuele stand van zaken

in het wetenschappelijk onderzoek, het minimale te omschrijven dat een groepsbehandelaar aan kennis en vaardigheden moet hebben bij het vormgeven van een groepsbehandeling. Het schrijven van en de redactie over de hoofdstukken werd in twee intensieve rondes gedaan, waar nodig in samenspraak met de adviescommissie. Eind 2018 vond een tweede bijeenkomst van de werkgroep, de adviescommissie en de redactie plaats. In deze bijeenkomst werd de werkgroep de gelegenheid geboden feedback te geven op de concepthoofdstukken, werden openliggende discussiepunten besproken en werd consensus bereikt over de inhoud van de afzonderlijke hoofdstukken.

De definitieve concept versie van de NVGP-Praktijkrichtlijnen voor Groepsbehandeling in de (Geestelijke) Gezondheidszorg werd begin 2019 voor akkoord en publicatie voorgelegd aan het bestuur van de NVGP.

1.6 Discussie

De NVGP-Praktijkrichtlijnen voor Groepsbehandeling in de (Geestelijke) Gezondheidszorg kunnen worden gezien als een eerste aanzet tot de ontwikkeling van evidence-based groepsbehandelingen in Nederland. Zoals eerder genoemd zijn de praktijkrichtlijnen een handreiking voor groepsbehandelaren, die hun behandelgroepen vorm willen geven naar huidige stand van de wetenschap aangevuld met expert consensus. Bij dit omvangrijke project en het uiteindelijke resultaat zijn verschillende kanttekeningen te plaatsen, die bij de verdere ontwikkeling van deze praktijkrichtlijnen moeten leiden tot een verdere uitwerking en onderbouwing. Enkele kanttekeningen worden hieronder kort uitgewerkt.

Ondanks de grote hoeveelheid onderzoeken blijft het ingewikkeld om te vatten wat een behandelaar tot een effectieve groepsbehandelaar maakt en een groep tot een therapeutische groep. Effectstudies laten zien dat het aannemelijk is dat groepsbehandeling even effectief is als individuele behandeling, vooral als de groepsbehandelaar de interactieve kwaliteiten van de groep benut. Voor een aantal specifieke stoornissen (DSM-classificaties) is dat zelfs aangetoond (Burlingame et al., 2004, 2013). En hoewel processtudies ons helpen beter te begrijpen hoe groepsbehandeling werkt, en welke elementen of algemene factoren daarin een rol spelen, dient deze kennis (nog steeds) aangevuld te worden met de consensus onder toonaangevende clinici op het gebied van groepsbehandeling. Nader onderzoek is noodzakelijk voor de verdere onderbouwing van de verschillende kwaliteitsinstrumenten die ons ter beschikking staan.

Bovendien is het niet eenvoudig om te bepalen welke conclusies uit de resultaten van wetenschappelijk onderzoek kunnen worden afgeleid. Zelden of nooit zijn causale verbanden te leggen, vaker is een bepaalde samenhang tussen effect en een variabele af te leiden, onderzoek is verschillend van methodische kwaliteit, herhaalde onderzoeken hebben meer zeggingskracht dan een enkel onderzoek. In behandelrichtlijnen wordt daarom bij conclusies of aanbevelingen de mate van bewijskracht of het niveau van evidentie omschreven. In onderstaande tabel worden vier niveaus van evidentie onderscheiden (MRP,

2008). Bij elk niveau wordt het daarvoor vereiste soort onderzoek vermeld.

SOORT ONDERZOEK	NIVEAU VAN EVIDENTIE	VOORWAARDEN
Effectonderzoek (EST)	het is aangetoond	Meta-analyses van RCT's
	het aannemelijk	RCT's of meerdere pre-poststudies
Procesonderzoek (EBP)	het is aannemelijk	RCT's of meerdere pre-poststudies
	er zijn aanwijzingen	Vergelijken en niet-vergelijkend onderzoek
Klinische consensus	de experts zijn van mening	Consensus onder experts

Tabel 1: niveaus van evidentie van wetenschappelijk onderzoek (naar: MRP, 2008)

In de NVGP-Praktijkrichtlijnen voor Groepsbehandelingen in de (Geestelijke) Gezondheidszorg is er naar gestreefd om in de verschillende hoofdstukken zoveel mogelijk te onderscheiden wanneer een uitspraak uit wetenschappelijk onderzoek, dan wel uit de consensus onder de experts afkomstig is. Hierbij is de werkgroep niet gevraagd een exacte omschrijving te geven van het evidentieniveau. In de eerste plaats werd hiervoor gekozen omdat dit de leesbaarheid niet ten goede zou komen, terwijl de praktijkrichtlijnen voor alles bedoeld zijn als een handzame gids voor praktiserende groepsbehandelaren. In de tweede plaats was een gedetailleerde omschrijving van de evidentieniveaus op dit moment in de tijd voor de werkgroep praktisch niet haalbaar. In een toekomstige herziening van de Praktijkrichtlijnen dient alsnog overwogen te worden of een omschrijving van het evidentieniveau van toegevoegde waarde is.

Een volgende kanttekening betreft de kwaliteit van het literatuuronderzoek waarop de praktijkrichtlijnen zijn gebaseerd. De AGPA-taskforce heeft voor de Amerikaanse Praktijkrichtlijnen een grondige onderzoeks- en literatuursearch tot 2007 gedaan. De werkgroep voor de NVGP-Praktijkrichtlijnen voor Groepsbehandelingen in de (Geestelijke) Gezondheidszorg bouwt hierop voort en heeft om praktische redenen een aanvullende en meer globale literatuursearch gedaan. Daarvoor werd de relevante literatuur na 2007 en de Nederlandstalige literatuur vanaf 2000 geraadpleegd. Daarbij kan aangetekend worden dat er geen systematisch literatuuronderzoek is gedaan. De NVGP-praktijkrichtlijnen worden gezien als een 'levend' document. Het is de bedoeling om elke twee jaar twee hoofdstukken te herzien op grond van de wetenschappelijke stand van zaken rond het betreffende thema.

Aangezien een dergelijk herziening minder omvangrijk is, biedt dit de mogelijkheid voor een meer systematische onderbouwing vanuit de literatuur.

Bij de totstandkoming van behandelrichtlijnen, zorgstandaarden en generieke modules zijn behalve klinische experts op het betreffende gebied veelal verschillende andere samenwerkingspartners betrokken, zoals familie- en patiëntorganisaties, relevante beroepsorganisaties en verzekeraars betrokken. De NVGP-Praktijkrichtlijnen voor Groepsbehandeling in de (Geestelijke) Gezondheidszorg werden ontwikkeld door klinische experts op het gebied van behandeling en onderzoek. Ervaringen vanuit het patiëntenperspectief zijn hier vooralsnog niet in betrokken. Daarnaast werd bij de selectie van de klinische experts voornamelijk geput uit de achterban van de NVGP. De redactie dient bij de toekomstige herziening van de losstaande hoofdstukken te overwegen samenwerkingspartners te betrekken en een terugkoppeling te organiseren op de vorm en de inhoud.

Het is de bedoeling de NVGP-Praktijkrichtlijnen voor Groepsbehandelingen in de (Geestelijke) Gezondheidszorg via de website van de NVGP kosteloos ter beschikking te stellen aan groepsbehandelaren, samenwerkingspartners en iedereen die op enigerlei wijze te maken heeft met groepsbehandelingen in Nederland. Zij kunnen hun ervaringen, kanttekeningen en suggesties voor de toekomst kenbaar maken aan de redactie via een bericht aan praktijkrichtlijn@groepspsychotherapie.nl. Deze terugkoppeling zal meegenomen worden in de verdere ontwikkeling van de praktijkrichtlijnen en helpt de NVGP een document te ontwikkelen dat de tand des tijds kan doorstaan.

1.7 Tot slot

De hoofdstukken vormen een geheel, maar zijn zo geschreven dat ze apart van elkaar te lezen zijn en als een naslagwerk kunnen dienen waarop de groepsbehandelaar terug kan vallen bij specifieke vragen in de dagelijkse praktijk.

De Praktijkrichtlijnen Groepsbehandeling zijn in vier aandachtsgebieden onderverdeeld:

Deel I Voorbereiding van een groepsbehandeling.

Hierin komen aan de orde: het opzetten van een groep, de selectie en samenstelling van de groep, de voorbereiding van een groep.

Deel II Groepsprocessen en groepsdynamiek.

Hierin komen aan de orde: de werkzame factoren en mechanismen, de groepsprocessen zoals cohesie, interacties, rollen, normen en de ontwikkelingsfasen en de afscheidsfase.

Deel III Methodiek van groepstherapie.

Hierin komen aan de orde: de behandelinterventies, vermindering van negatieve effecten van groepen, groepsdynamisch werken met verschillende specifieke theoretische kaders, groepsbehandeling als onderdeel van een multidisciplinaire behandelopzet, co-begeleiding en co-therapie.

Deel IV Overige relevante zaken.

Hierin komen aan de orde: ethische kwesties bij groepsbehandeling, uitkomstmeting of monitoring, en opleiding.

1.8 Samenvatting

- De Praktijkrichtlijnen voor Groepsbehandeling in de Gezondheidszorg zijn een handreiking van de NVGP aan professionals die behandeling of begeleiding willen bieden in groepsverband.
- De praktijkrichtlijnen helpen praktiserende groepsbehandelaren om hun behandelgroepen vorm te geven naar de kennis die beschikbaar is vanuit de huidige stand van de wetenschap en expert consensus.
- De praktijkrichtlijnen formuleren het minimale dat je als groepsbehandelaar moet weten en doen om op een verantwoorde manier te werken met groepen en zijn een eerste aanzet om te komen tot een omschrijving van evidence-based groepsbehandelingen.
- De basis voor elke vorm van groepsbehandeling is de competentie van de groepsbehandelaar om de structurele en dynamische eigenschappen van een groep te herkennen en te kunnen beïnvloeden ten gunste van de behandeldoelen van de groep cliënten. Kennis op het gebied van groepsdynamica is de basis van waaruit een groepsbehandelaar opereert.
- Om therapeutische verandering te bewerkstelligen is de combinatie van groepsprocessen met een welomschreven behandelkader nodig, bestaande uit een veranderingstheorie, een methodiek, en voldoende kennis van de doelgroep. Het succes van groepsbehandeling hangt voor een belangrijk deel af van de juiste manier van combineren van een sterke methodiek en een functioneel gebruik van groepsprocessen.
- De praktijkrichtlijnen proberen de vraag te beantwoorden *hoe* groepsbehandelaren in de dagelijkse praktijk op een adequate en effectieve manier hun behandelingen vorm kunnen geven. Daarom wordt in deze praktijkrichtlijnen voor een breed evidentiebegrip gekozen waarin aanvullend op effect- en vooral procesonderzoek, expert consensus een plaats heeft.
- Het is de bedoeling om elke twee jaar twee hoofdstukken van de praktijkrichtlijnen te herzien op grond van de wetenschappelijke stand van zaken rond het betreffende thema.

1.9 Aanbevolen literatuur

Burlingame, G.M. & Jensen, J.L. (2017). Small Group Process and Outcome Research Highlights: A 25-year perspective. *International Journal of Group Psychotherapy*, 67(sup.1), 194-218.

Haas W. de (2008). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*, Amsterdam, Boom Nelissen.

Leszcz, M. & Kobos, J. (2008). Evidence-Based Group Psychotherapy: using AGPA's Practice Guidelines to enhance clinical effectiveness. *Journal of Clinical psychology*, 64 (11), 1238-1260.

Leszcz, M. (2014). The effective group psychotherapist. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 9 (2), 9-20.

Norcross, J.C. & Wampold, B. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48 (1), 98-102.

Reijen J. van & Haans, A. (2008). *Groepsdynamica in gedragstherapeutische en psychodynamische Groepen*. Houten, Bohn, Stafleu, van Loghum.

Yalom, I.D. & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.

1.10 Geraadpleegde literatuur

Alliantie Kwaliteit in de GGZ (2019) (vh.Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ).
<https://akwaggz.nl>

American Group Psychotherapy Association(2007). Practice Guidelines for Group Psychotherapy, Science to Service Task Force.

Bloch, S. & Crouch, E. (1985). *Therapeutic factor in group psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.

Burlingame, G.M., Mc Kenzie, K.R., Strauss, B. (2004). Groepsbehandeling: evidentie voor effectiviteit en veranderingsmechanismen (vert. T. Thijssen). In: Lambert M.J. (ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour*. 5th ed.

Burlingame, G.M., Mc Cleddon, D.T. & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy*, 48, 34-42.

Burlingame, G.M., Strauss, B. & Joyce, A.S. (2013). Change Mechanisms and effectiveness of small-group treatments. In: Lambert M.J.(ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour*. 6th ed.

Burlingame, G.M. & Jensen, J.L. (2017). Small Group Process and Outcome Research Highlights: A 25-year perspective. *International Journal of Group Psychotherapy*, 67(sup.1), 194-218.

Colijn, S.C., Snijders, J.A. & Trijsburg, W.(2003). Wat is integratieve psychotherapie ? In: Colijn et al. *Leerboek Integratieve Psychotherapie*. Utrecht, de Tijdstroom.

Colijn, S.C, Snijders, J.A. en Trijsburg, W. (2009). Universele therapiefactoren. In Colijn S.C. e.a.: *Leerboek Psychotherapie*. Utrecht: de Tijdstroom.

GGZ standaarden, dé online kennisbank met alle zorgstandaarden, richtlijnen en generieke modules. www.ggzstandaarden.nl

Haan, C. de (2011). De Methode, wondermiddel of loden last ? *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 6 (3), 17-28.

Haas, W. de (2008). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*, Amsterdam: Boom Nelissen.

Haas, W. de (2010). Darwin, groepsprocessen en groepspsychotherapie. Over de structuur van ons vak. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 5 (1) 39-53.

Haas, W. de (2013). De ontwikkeling van het onderzoek naar cohesie in teams. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 8 (3), 55-59.

Hojtink, T.A.E. (2001). *De kracht van groepen; normen en rollen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Hojtink, T.A.E. (2007). *Cohesieve krachten in groepen; het ontstaan en de ontwikkeling van groepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Koks, R.W. (2015). Je haalt de problemen in huis ! *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 10 (3), 39-51.

Koks, R.W. & Steures, P. (2017). Praktijkrichtlijnen Groepsbehandeling. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 12(4), 7-14.

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

Leszcz, M. & Kobos, J. (2008). Evidence-Based Group Psychotherapy: using AGPA's Practice Guidelines to enhance clinical effectiveness. *Journal of Clinical psychology*, 64 (11), 1238-1260.

Leszcz, M. (2014). The effective group psychotherapist. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 9 (2), 9-20.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie: Richtlijnen, zorgstandaarden en generieke modules. www.nvvp.net

Nitsun, M. (2006). *The Anti-Group. Destructive forces in the group and their creative potential*. London/New York: Routledge.

Reijen J. van & Haans, A. (2008). *Groepsdynamica in gedragstherapeutische en psychodynamische Groepen*. Houten, Bohn, Stafleu, van Loghum.

Snijders, J.A. & Berk, T. (2008). Een blik over de grenzen. De AGPA-richtlijnen groepspsychotherapie. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 3 (3), 32-45.

Snijders, J.A. (2009). Een blik over de grenzen. Commentaar op de AGPA-praktijkrichtlijnen en aanbevelingen voor onderzoek naar groepstherapie. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 4 (5), 46-51.

Snijders, J.A. (2011). Wat werkt in (groeps)psychotherapie? *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 6 (4), 56-59.

Yalom, I.D. & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.

Hoofdstuk 2. De organisatie van een succesvolle behandelgroep.

Willem de Haas, Klaartje van Hest

2.1 Inleiding

Het organiseren van een behandelgroep is een uitdagende, belangrijke en complexe onderneming. Uitdagend omdat de groepsbehandelaar geprikkeld wordt al zijn inhoudelijke expertise te gebruiken om een goed 'groepsproduct' te 'bouwen' (Bellerby, 2017; De Haas 2008; AGPA, 2007). Belangrijk omdat een heldere organisatie van de groep bevorderend werkt voor het resultaat van de behandeling. En complex omdat een groep een heel eigen inbedding vraagt binnen de zorginstelling die de groepsbehandeling aanbiedt. Niet alleen de groep zelf dient duidelijk georganiseerd te worden, maar ook de organisatie eromheen zodat alle gebruikers de groep optimaal kunnen benutten. Er zijn drie belangrijke gebruikers waarmee we bij de organisatie van een groep rekening moeten houden: de cliënt, de gezondheidszorginstelling (lees verwijzers) en de gezondheidszorg in het algemeen.

De belangrijkste gebruiker is natuurlijk de cliënt. Hoe duidelijker de groep is gericht op de specifieke klachten en hulpvraag van de cliënt hoe effectiever die werkt. Een andere belangrijke gebruiker is de organisatie waarbinnen de groep bestaat, en dan vooral de professionals die cliënten naar de groep kunnen verwijzen. Hoe duidelijker de doelgroep en het doel van de groep is omschreven en gepubliceerd (op een intranet-domein bijvoorbeeld), des te makkelijker zullen professionals cliënten gericht en naar een passende groep verwijzen. En tenslotte de gezondheidszorg in het algemeen. Een nieuw georganiseerde groep moet ook aansluiten bij gangbare protocollen, zorgstandaarden, richtlijnen enzovoort.

Een goede groepsbehandelaar moet dus niet alleen inhoudelijke deskundigheid meebrengen maar ook organisatiekunde (Hart 2012, De Haas 2008, AGPA, 2007). In de praktijkonderdelen van dit hoofdstuk beschrijven we in detail hoe een behandelaar voor elk van deze gebruikers de organisatie praktisch vorm kan geven, eerst de organisatie van de groep in engere zin, inclusief de voorlichting aan de groepsleden en vervolgens, wat de groep en de groepsbehandelaar nodig hebben van de zorginstelling.

2.2 De organisatie van een nieuwe behandelingsgroep

2.2.1 Achtergrond

Goede matching van het aanbod bij de hulpvraag levert de best werkzame groepen op. Het organiseren van een groepsbehandeling kan gestuurd worden door de vraag of de kenmerkende problematiek van de doelgroep (vraaggericht) of door het beschikbare aanbod (aanbodgericht). Bij aanbodgerichte zorg zijn de contra-indicaties strikter, bij vraaggerichte zorg zijn deze relatiever. Beide wijzen van organiseren hebben voor- en nadelen. Jongerius (1993) stelt dat het beter is te bedenken welke groep bij een specifieke cliënt past in plaats

van welke cliënt bij een bepaalde groep past, zoals in het verleden gebruikelijk was. Dit vraaggerichte organisatiekundige principe sluit ook goed aan bij het doelgroepgerichte denken en organiseren van de huidige gezondheidszorg (Van Andel, 2008; Sebrechts 2007). Gezien deze ontwikkeling heeft het vraaggerichte uitgangspunt de voorkeur. Echter, deze sluit nog niet altijd aan bij de praktijk van alledag, waar cliënten om pragmatische redenen (bijvoorbeeld beschikbaarheid van het personeel, of wetenschappelijk onderzoek) gezocht worden bij het bestaande aanbod aan groepsbehandeling.

Een ander belangrijk aspect van de organisatie van een groep is de concreetheid ervan. In de organisatiekunde spreekt men bij het organiseren van een kleine groep of een team van het design, waarmee de logische opbouw ervan wordt bedoeld (Bellerby, 2017). De organisatiekunde en de groepsdynamica leren ons om zo logisch en concreet mogelijk te werk te gaan: helder de doelgroep in kaart brengen en vervolgens zo concreet mogelijk het aanbod beschrijven en organiseren (Kor, et al., 2008; Hart, 2017; Schwaninger, 2007; Bellerby, 2017). De groepsdynamica helpt ons bij de praktische stappen van het organiseren van een groep. Dankzij de groepsdynamica (Bales, 1950; Remmerswaal, 2006; De Haas, 2008) weten we dat aan een groep een taak- en procesaspect is te onderscheiden. De taak staat voor de doelgerichte organisatie van de groep, het proces vertegenwoordigt de dynamische structuren die voortkomen uit de spontane interacties tussen de persoonlijkheden. Dit fundamentele onderscheid tussen taak en proces helpt ons bij het formuleren van de stappen voor het organiseren van een (nieuwe) groep.

Hieronder werken we die stapsgewijze organisatie in de praktijk verder uit.

2.2.2 De praktijk

De effectiviteit van een groepsbehandeling staat of valt bij een duidelijke organisatie en voorbereiding (Van der Stel, 2002; De Haas, 2017; AGPA, 2007; Scott Rutan, 2014; Burlingame et al., 2013). Daar is een aantal redenen voor. Ten eerste een algemene reden: een groep is een veel complexer behandelinstrument vergeleken met de individuele behandelsituatie. Zes tot twaalf deelnemers, één of twee behandelaren, een wirwar van onderlinge interacties en spontane processen maken een groepsbehandeling op het eerste gezicht vaak onoverzichtelijk. Een duidelijke organisatie heft dat nadeel op. Ten tweede: hoe duidelijker de groep is georganiseerd hoe makkelijker en vaak effectiever een cliënt van de groep kan profiteren. Meedoen aan een groep is voor de meeste cliënten spannend, en een duidelijk doel en inzichtelijke werkwijze maken de groep toegankelijker en veiliger voor een cliënt. Om een groep succesvol te organiseren is het dus raadzaam om zo concreet mogelijk te zijn.

Een nieuwe behandelingsgroep organiseren doe je door concrete vormgeving in twee fasen: eerst op papier, daarna bij de voorlichting als de groep start. Hieronder beschrijven we hoe die twee fasen in de praktijk worden uitgevoerd.

2.2.2.1 Fase 1: De organisatie van een nieuwe groep op papier

De Haas (2008) beschrijft een zesstappenplan voor de organisatie van een behandelgroep. Een stappenplan is niet meer en niet minder dan in logische volgorde de treden van de taakorganisatie van een groep zo duidelijk mogelijk beschrijven. Met deze zes stappen kan een design voor elke soort behandelingsgroep gemaakt worden (Bellerby, 2017). De eerste trede begint met het belangrijkste onderdeel, namelijk de beschrijving van de doelgroep waarvoor de groep wordt opgericht. Daarna volgen treden die allen zo concreet en consequent mogelijk moeten worden ingevuld. Zo ontstaat een samenhangende taakorganisatie van de groep waarvan de onderdelen elkaar in synergie opvolgen en versterken, waardoor de kans op succes wordt geoptimaliseerd.

1. De doelgroep
Bedenk voor welke doelgroep van cliënten de groep moet dienen, en beschrijf die doelgroep zo duidelijk mogelijk. Omschrijf de centrale klacht of hulpvraag die kenmerkend is voor deze doelgroep. Maak daarbij duidelijk waar de grenzen om de doelgroep liggen. Wat zijn de inclusiecriteria en exclusiecriteria.
2. Algemene groepsdoelen
Formuleer concrete, realistische, algemene doelen voor de behandeling van de groep. Als de groep succes heeft, wat hebben de (meeste) cliënten dan bereikt?
3. De groepsbehandelingsmethode en de werkwijze
Maak duidelijk welke behandelingsmethode (bijvoorbeeld Schemagerichte groepstherapie) wordt gehanteerd om de groepsdoelen te bereiken. Wees helder over de werkwijze (bijv. gesloten groep van maximaal één jaar, met wekelijkse bijeenkomsten van 1 ½ uur), en over wat van de behandelaren kan worden verwacht.
4. De taak van de deelnemers
Wees duidelijk wat van de deelnemers wordt verwacht bij de gekozen behandelingsmethode.
5. Individuele doelen
Geef aan hoe de individuele doelen worden opgesteld.
6. Resultaat
Maak duidelijk hoe het resultaat van de groepsdoelen en de individuele doelen worden geëvalueerd. Noem de eventueel gebruikte meet- of evaluatie-instrumenten.

2.2.2.2 Fase 2: De start van een nieuwe behandelingsgroep

Een duidelijke organisatie van de behandelingsgroep op papier is een ideale uitgangspositie voor het tweede deel van de organisatie van de groep, namelijk de voorlichting over de werkwijze van de groep bij de start.

Naast individuele voorlichting tijdens de selectieprocedure (zie hoofdstuk 3) is voorlichting aan de hele groep zeker zo belangrijk. Bij een nieuwe groep is het aan te bevelen bij de start opnieuw de cliënten uit te leggen wat de centrale bedoeling van de groep is (Hart, 2012), wat de behandelaar hoopt met de groep te bereiken (het doel van de groep), welke behandelmethode wordt gebruikt, wat daarbij van de cliënt wordt verwacht (de taak), en wat belangrijke spelregels zijn, zoals bijvoorbeeld vertrouwelijkheid en aanwezigheid. Zoals de logische organisatie van de groep eerst op papier is gezet, wordt deze nu bij de start van de groep opnieuw overgebracht. Dit startritueel heeft een aantal belangrijke voordelen. In de eerste plaats verschaft het de nieuwe deelnemers de nodige duidelijkheid over wat van de deelnemers wordt verwacht, waardoor de angst voor de groep afneemt en de activiteit van de deelnemers sneller op gang komt. Ten tweede geeft de informatie over wat de groep kan bereiken hoop op verbetering, die de motivatie van de deelnemers kan stimuleren. Ten derde is deze concrete uitleg een mooie gelegenheid om het contract over de taak en spelregels met alle cliënten bij elkaar nog eens te bevestigen (Kauff, 2015; De Haas, 2008). Tenslotte heeft dit alles bij de startende groep ook meteen een samenbindend effect wat goed is voor het op gang komen van de groepscohesie en therapeutische normen (De Haas 2008).

Bij de entree van een nieuw groepslid in een bestaande groep is het zeer nuttig deze uitleg over de resultaten van de groep en wat de deelnemers moeten doen (en niet doen) als rituele start te herhalen. Het geeft het nieuwe groepslid de noodzakelijke duidelijkheid en helpt hem om in de groep opgenomen te worden. In een ervaren groep kunnen de deelnemers deze uitleg voor hun rekening nemen, eventueel aangevuld met informatie door de groepsbehandelaar.

Soms is het aan te bevelen en ook mogelijk om een groot deel van de voorbereiding te doen in een aantal groeps gesprekken voorafgaand aan de start (pré-therapie).

2.3 De organisatie van groepsbehandeling in een instelling

2.3.1 Inleiding

Hierboven stelden we al dat niet alleen de groep zelf goed georganiseerd dient te worden maar ook de inbedding van de groep in de zorginstelling. In de huidige gezondheidszorg gaat het dan om grotere gezondheidszorginstellingen, maar ook kleinere instellingen zoals samenwerkingsverbanden en zelfstandige praktijken.

De instelling is de 'geboorteplek' van de groep. Het is de instelling die gezien haar doelgroepen, doelstelling, richtlijnen en zorgpaden op een zeker moment kansen of noodzaak ziet voor nieuw behandelaanbod, zoals een nieuwe groepsbehandeling.

In het algemeen is groepsbehandeling kwetsbaarder in een instelling dan individuele zorg. Denk alleen al aan het aantal verwijzingen dat nodig is om een groep te continueren. Om de groepsbehandelingen tot een succes te maken moeten zij gefaciliteerd worden.

2.3.2 Achtergrond

Een goede organisatie van voorlichting over en verwijzingen naar een behandelingsgroep is van essentieel belang voor het succes van groepsbehandeling. Het leidt tot grotere inzet bij het werken aan de groepstaak en doelstellingen van de cliënt (Wolters & van Aken - van der Meer, 2009), bevordert therapietrouw en heeft een positief effect op de duur van de behandeling (Yalom, 2005). In de inleiding van dit hoofdstuk schreven we dat men bij de organisatie van een groepsbehandeling rekening moet houden met meerder gebruikers (AGPA 2007). De twee belangrijkste zijn de doelgroep van cliënten en die van de verwijzers. De groepsbehandelaar moet beide doelgroepen bij de informatieverstrekking betrekken, niet alleen vanwege de feitelijke informatie maar ook om misverstanden over groepsbehandeling weg te nemen. Niet alleen cliënten hebben vaak angst en weerstand tegen groepsbehandeling. Datzelfde geldt voor verwijzers. Als verwijzers onvoldoende bekend zijn met groepsbehandeling hebben ze hier vaak een onjuist beeld van de resultaten en de methode van groepsbehandeling (zie ook paragraaf 3.3.2.1). Onvoldoende geïnformeerde professionals denken vaak - ten onrechte - dat individuele behandeling effectiever is, en dat de groepsbehandeling een tweederangs behandeling is omdat de cliënten de groepsbehandelaar moeten delen. Grondige informatie over de specifieke methode van groepsbehandeling, het leren-van-elkaar en de effectiviteit daarvan kan de weerstand voor verwijzing naar een groepsbehandeling doen afnemen (Burlingame 2013; Wolters & van Aken- van der Meer, 2009; AGPA, 2007).

Een aantal componenten is onmisbaar in de organisatie van voorlichting en verwijzing. Ten eerste schriftelijke informatie voor de cliënt en de verwijzer, ten tweede een duidelijk aanspreekpunt binnen de organisatie en ten derde een goed systeem waar de informatie over de groepen kan worden opgeslagen (AGPA, 2007). Tot slot verdient de route die wordt doorlopen door verschillende disciplines die bij de aanmelding een rol spelen de aandacht (Van Hest, 2016).

2.3.3 De praktijk

2.3.3.1 Schriftelijke informatie voor de cliënt en de verwijzer

Het is de taak van de groepsbehandelaar om aan de verwijzer en de cliënt informatie te verstrekken over het doel, het proces, de werkzaamheid en de duur van de groep. Hoe duidelijker deze informatie wordt gecommuniceerd, des te waarschijnlijker het is dat cliënten worden aangemeld voor de juiste groep en dat zij na de aanmelding ook bereid zijn actief deel te nemen aan de groep. Goede informatie zorgt voor commitment bij de cliënten, vermindering van drop-outs (voortijdige afhakers) en voor vertrouwen bij de verwijzers. Het is aan te bevelen dat er schriftelijke informatie aanwezig is voor zowel de cliënt als de

verwijzer. Deze schriftelijke informatie kan dienen als naslagbron en tevens fungeren als onderdeel van een behandelcontract voor de cliënt dat bij aanvang van de groepsbehandeling wordt getekend (AGPA, 2007). De meest logische werkwijze is om zowel schriftelijke als digitale folders beschikbaar te stellen, geschreven door de groepsbehandelaar. Het is aan te bevelen om beide folders op een zelfde wijze op te bouwen en de lay-out gelijk te stellen. Het doel van een folder is dat deze op een beknopte wijze informatie biedt. De folder voor de verwijzer geeft op zijn minst de volgende informatie:

- de folder maakt duidelijk voor welke groep hij is geschreven middels een korte beschrijving van doel en werkwijze van de groep en de taak van de deelnemers (de taakorganisatie, zie paragraaf 2.2.2.1)
- de folder maakt duidelijk wat de selectiecriteria zijn zodat de verwijzer in één oogopslag ziet of de problematiek van de cliënt die hij in gedachte heeft, past bij de betreffende groep;
- de folder maakt duidelijk waar en wanneer de groep plaats vindt, wat voor soort groep het betreft (open of gesloten) en uit hoeveel groepsbijeenkomsten de groep bestaat;
- de folder maakt duidelijk hoe de verwijzer de cliënt aanmeldt voor de groep en binnen welk termijn de verwijzer bericht krijgt.

De folder voor de cliënt verschilt in essentie niet van de folder van de verwijzer. Het verschil zit hem met name in het taalgebruik welke meer uit vakjargon kan bestaan. Als deze folders eenmaal zijn geschreven is het van belang dat de voorlichtingsmaterialen en groepsdocumenten centraal toegankelijk zijn voor de medewerkers. Als een instelling over een organisatie-schijf (O-schijf) beschikt om organisatorische documenten in op te slaan, dan is dit de aangewezen plek om de informatie over de groepen in op te slaan. Onder informatie verstaan we onder andere de folders voor de verwijzers en de cliënten; de groepsregels; een gestandaardiseerd aanmeldingsformulier, protocollen voor de behandelaren en eventueel, afhankelijk van wat voor soort groep het betreft, werkboeken voor de cliënten. De groepsbehandelaar is inhoudelijk verantwoordelijk voor de inhoud van de documenten, de groepencoördinator (zie 2.3.2.2) is verantwoordelijk voor het bewaken van de documenten.

2.3.3.2 De groepencoördinator in de instelling

Om te voorkomen dat de groepen die binnen een organisatie gegeven worden alleen maar worden gedragen door de groepsbehandelaar adviseert de AGPA (2007) dat er een groepencoördinator wordt aangewezen. De groepencoördinator is de spil tussen de

verwijzer, de groepsbehandelaar en het secretariaat van de instelling. De groepencoördinator is het aanspreekpunt voor de verwijzer. Hij kan de verwijzer vertellen welke groepen er binnen de organisatie gegeven worden en de verwijzer voorzien van de folders, het groepenrooster en het aanmeldformulier. Eveneens houdt de groepencoördinator de wachtlijst bij en is hij verantwoordelijk voor het opstellen en bijhouden van het groepenrooster. Op die wijze kan de groepencoördinator direct aan de verwijzer vertellen wanneer de cliënt mogelijk kan instromen in de groep. De groepsbehandelaar stelt hij op de hoogte van nieuwe aanmeldingen zodat de groepsbehandelaar de cliënt kan uitnodigen voor eerste gesprek.

2.3.3.3 De route en verwijzprocedure

Zoals uit het bovenstaande blijkt zijn er verschillende disciplines betrokken bij de aanmelding met elk zijn eigen verantwoordelijkheden, te weten: de verwijzer, de groepencoördinator en de groepsbehandelaar. Zij doorlopen een aaneensluitend proces om zo tot een aanmelding te komen. De verantwoordelijkheden van de verschillende disciplines in volgorde van uitvoering zijn:

De verwijzer verricht de eerste selectie en bespreekt het groepsaanbod met de cliënt en meldt aan

De groepencoördinator is verantwoordelijk voor het administratieve proces, stuurt folders naar de verwijzer, verwerkt de aanmelding op de wachtlijst en in het elektronisch cliënten dossier, stelt de groepsbehandelaar op de hoogte van een nieuwe aanmelding en maakt een groepenrooster.

De groepsbehandelaar is, na de indicatie die gedaan is door de verwijzer, verantwoordelijk voor het vervolg van de indicatiestelling en bepaalt of de problematiek van de aangemelde cliënt ook daadwerkelijk passend is bij de te geven groep of eerder passend is bij een andere groep. De groepsbehandelaar is verantwoordelijk voor de informatieverstrekking naar de verwijzer. Daarnaast is de groepsbehandelaar verantwoordelijk voor de inhoud, de uitvoering en de evaluaties van de groepsbehandeling.

2.4 Samenvatting

- Het opzetten van een succesvolle groepsbehandeling vraagt niet alleen inhoudelijke kennis van de groepsbehandelaar, maar ook organisatiekunde.
- Vraaggestuurde zorg is het streven bij het organiseren van een behandelingsgroep: de problematiek en hulpvraag van de cliënt (de doelgroep) is het richtpunt.
- Een groep organiseren doe je door concrete vormgeving in twee fasen: eerst op papier, daarna bij de voorlichting als de groep start.

- Passende verwijzingen en een ondersteunende organisatie daarvoor zijn van essentieel belang voor het succesvol (blijven) functioneren van een groepsbehandeling.
- Voorlichting over de groepsbehandeling is noodzakelijk, voor de cliënten, de verwijzers, de instelling of het samenwerkingsverband waarbinnen de groepsbehandeling wordt georganiseerd.
- Centraal toegankelijke informatie voor verwijzer en cliënt is een noodzakelijk onderdeel van de verwijzprocedure.
- De verwijzing van een cliënt naar een groep is een keten van opeenvolgende en aansluitende stappen. Er zijn drie betrokken disciplines met elk hun eigen verantwoordelijkheid. In volgorde van uitvoering zijn dit de verwijzer, de groepencoördinator (in samenwerking met het secretariaat van de instelling) en de groepsbehandelaar.

2.5 Aanbevolen literatuur

Daemen, M. (2008). Nee krijg je, ja moet je halen. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 3 (3), 9-19.

Price, J.R., Hecheles, D.R. & Rae Price, A. (1999). *A guide to starting psychotherapy groups*. Academic Press: San Diego.

Snijders, H. & Berk, T. (2008). Een blik over de grenzen. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 3 (3), 32-45.

2.6 Geraadpleegde literatuur

American Group Psychotherapy Association (2007). *Practice Guidelines for Group Psychotherapy*, Science to Service Task Force (www.agpa.org).

Bales, R. F. (1950). *Interaction process analysis*. Cambridge, MA: Addison-Wesley .

Bellerby, M. (2017). Picturing an organisation: the building blocks of organization design. In: M. Bellerby M (2017). *Organisation Designs From Start-up to Global: Dynamic Designs for Growth*. E-book Collection, K.R. Publishing.

Burlingame, G.M., Strauss, B., & Joyce A.S. (2013). Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. In: Lambert, M. *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy behavior change*. 6th ed., 640-689.

Haas, W. de (2008). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Amsterdam: Boom-Nelissen.

Hart, W. (2013). *Verdraaide organisaties*. Deventer: Vakmedianet.

Hest, K.M. van (2016). Op de goede weg. Een voorstel tot een geprotocolleerde aanmeldingsroute voor groepstherapie. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 11 (6), 16-23.

Jongerius, P.J. (1993). *Praktijkboek Groepspsychotherapie*. Amersfoort: Academische Uitgeverij.

Kor, R., Wijnen, G. & Weggeman, M. (2008). *Meesterlijk organiseren*. Deventer: Wolters Kluwer.

Remmerswaal, J. (2006). *Begeleiden van groepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Schwaninger, M. (2007). Optimal structures for social systems. *Kybernetes*, 36, 3/4, 307-318.

Sebregts, E. (2007). *Vraaggestuurde zorg*. Erasmus Universiteit: Rotterdam.

Stel, J. van der (2002). De merites van groepspsychotherapie in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 28 (4), 100-109.

Wolters, R., & van Aken - van der Meer, M (2009). Groepsdynamische processen. In: Colijn, S. C. *Leerboek psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Yalom, I.D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

Hoofdstuk 3. Selectie van de cliënten voor groepsbehandeling en samenstelling van een behandelingsgroep.

Willem de Haas en Klaartje van Hest

3.1 Inleiding

We behandelen de selectieprocedure in een apart hoofdstuk omdat het zo'n belangrijk aandachtspunt is. In wezen is het echter een onderdeel van het hele organisatietraject van een groep. Hoofdstuk 3 is daarom nauw verbonden met wat we in Hoofdstuk 2 *De organisatie van een groep* hebben beschreven. Er zijn veel punten die terugkomen, zoals de doelgroep gerichte selectie van de deelnemers, of de herhaling van de voorlichting, en het is natuurlijk belangrijk dat de fases van de organisatie van de groep, de selectie van de deelnemers en de voorbereiding elkaar naadloos opvolgen en versterken.

Hieronder beschrijven we achtereenvolgend de (beperkte) wetenschappelijke onderbouwing van de selectie van cliënten voor groepsbehandeling, de selectiecriteria, de selectieprocedure en het belang van een goede voorlichting aan de cliënt. Tot slot staan we stil bij een vruchtbare samenstelling van een behandelingsgroep.

3.2 Achtergrond

Auteurs over groepsbehandeling hechten allemaal belang aan heldere selectiecriteria voor deelnemers aan een behandelingsgroep en aan een concrete selectieprocedure (Rutan, 2014; Berk, 2005; Yalom, 2005; El Boushy, 1997; Sanders, 2010; De Haas, 2008; AGPA, 2007; Jongerius, 1997). Over zowel de selectiecriteria als de procedure bestaat geen uniformiteit, ten eerste vanwege de grote diversiteit aan groepsbehandeling (iedere groep heeft andere inclusiecriteria), en ten tweede omdat er zoveel variabelen meespelen dat wetenschappelijke evidentie moeilijk is te bereiken. Gedragsobservatie, zoals in een voorbereidingsgroep heeft nog de beste voorspellende waarde (Piper, 1981; Jensen, 2014). Omdat die mogelijkheid niet altijd voorhanden is, zien we in de praktijk de selectie van cliënten meestal gebeuren in een dyadisch interview, terwijl de voorspellende waarde daarvan beperkt is (Mc Callum, 1992). Daarbij lijken exclusiecriteria makkelijker te formuleren dan inclusiecriteria (Yalom, 2005; Rutan, 2014). Klinische consensus is er bijvoorbeeld over de exclusie van cliënten met ernstige comorbide somatische (hersenletsels) of psychiatrische problemen (hypochondrie, paranoia, psychopathie, psychose) en deelname onder invloed van middelen (Yalom, 2005; Berk, 2005). In het onderzoek naar betrouwbare selectiecriteria wordt veel gebruik gemaakt van onderzoek naar drop-outs, voortijdige afhakers bij groepsbehandeling. Die zouden kunnen wijzen op risicofactoren bij de inclusie van bepaalde cliënten. Jensen (2014) laat zien dat agorafobische cliënten een groot risico lopen de groep te verlaten. Mekulincer (2007) toont in een onderzoek naar de

relatie tussen cohesie en hechting aan, dat vermijdend gehechte cliënten zo bang zijn voor nabijheid van anderen dat ze grote kans lopen de groep te verlaten. Power (1985) toont aan dat voldoende interpersoonlijke attitude bij een deelnemer, en goede kennis over de groepsbehandeling het risico van drop-out verlaagt. Dit ondersteunt het feit dat we algemeen in de literatuur over groepsbehandeling tegenkomen, namelijk het belang van goede voorlichting (Yalom 2005).

Wat weten we over inclusiecriteria? Mc Callum (1992) vond dat voldoende psychologisch inzicht (psychologiserend vermogen, kunnen mentaliseren), een lage symptoomlast, en een duidelijk doel van de groepsbehandeling de kans op behandelresultaat verhogen. Een belangrijk selectie criterium dat expliciet slechts door enkele auteurs wordt genoemd is de afstemming (*matching*) tussen de groep en de problemen of hulpvraag van de cliënt (Rutan, 2014; El Boushy, 1997; Jongerius 1993; Berk, 2005; De Haas, 2008). Het is het meest voor de hand liggende inclusie criterium. Zoals we in ons vorige hoofdstuk hebben beschreven is vraaggestuurde zorg uitgangspunt voor de organisatie van een behandelingsgroep. De cliënt staat centraal en diens hulpvraag moet bediend worden met een daarbij passende behandelingsgroep.

3.3 Praktijk

3.3.1 Selectiecriteria bij cliënten voor groepsbehandeling

Een duidelijke organisatie van de groep start met de omschrijving van de doelgroep en daarmee is de selectie van de deelnemers en de samenstelling van de groep al grotendeels bepaald (Jongerius, 1993; Yalom, 2005; De Haas, 2008). Neem bijvoorbeeld een kortdurende psycho-educatieve groepsbehandeling voor jongeren met een aandachttekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD). Elke cliënt die voldoet aan deze inclusiecriteria komt in principe in aanmerking. Zorgstandaarden en richtlijnen kunnen behulpzaam zijn daar waar ze voor bepaalde problemen of stoornissen concrete groepsbehandelingen adviseren. Het aanbod van de huidige gezondheidszorg met zijn sterke stoornisgerichte rubricering en organisatie bestaat uit veel gespecialiseerde groepsbehandelingen waardoor de selectie eigenlijk omgekeerd is. Dus niet: welke cliënt past in deze groep, maar welke groep past bij deze cliënt. In de praktijk zal een groepsbehandelaar daarom vooral kijken naar de specifieke selectiecriteria die voor zijn of haar specifieke groep gelden. Maar uit onderzoek zoals beschreven in paragraaf 3.2 (Power, 1985; Mc Callum, 1992) en de klinische praktijk kunnen we ook enkele universele groeps-selectiecriteria halen, criteria die specifiek samenhangen met de groepssetting en die voor alle groepen gelden. Een groepsbehandeling is immers een specifiek behandelingsaanbod dat voor sommige cliënten wel en voor andere cliënten niet werkt. Hieronder geven we een overzicht van die universele selectiecriteria:

de cliënt moet in de eerste plaats kunnen profiteren van de primaire taak van de groep (Yalom 2005);

- de cliënt moet de groepssetting kunnen verdragen, de nabijheid van andere groepsleden en het delen van de aandacht van de groepsbehandelaar;
- de cliënt moet kunnen profiteren van de interactionele werkwijze die zo kenmerkend is voor groepsbehandeling, zoals bijvoorbeeld het vermogen je in een ander in te leven, omgaan met feedback;
- de cliënt moet, zoals voor elke andere behandeling ook geldt, voldoende lijdensdruk en motivatie meebrengen, de wens om iets te willen veranderen;
- de cliënt moet over het vermogen beschikken om enige frustratie te verdragen (frustratietolerantie);
- de cliënt moet enig vermogen hebben om gevoelens van angst te verdragen (angsttolerantie) omdat sommige groepsbehandelingen ontregelend kunnen werken;
- de cliënt moet kunnen reflecteren op zichzelf en kunnen denken in termen van psychologische processen (mentaliseren).

Dit zijn relatieve selectiecriteria, dat wil zeggen dat de cliënt deze kenmerken in voldoende mate moet bezitten. Er zijn ook enkele absolute uitsluitingscriteria. Over de exclusie van cliënten met onderstaande kenmerken bestaat in de groepsbehandelingsliteratuur grote consensus:

- zeer ernstige psychiatrische symptomatologie, zoals bijvoorbeeld een actieve psychotische toestand, een zeer ernstig depressief toestandsbeeld, acute suïcidaliteit, psychopathie, ernstige paranoïdie;
- ernstige comorbide somatische symptomatologie, zoals bijvoorbeeld hersenletsel of ernstig stotteren;
- onder invloed van middelen in de groep zijn;
- uitzondering in de groep, zoals bijvoorbeeld de enige man of de enige hoogopgeleide;
- externe factoren, zoals bijvoorbeeld een lopende echtscheiding of verhuizing die continue aandacht vraagt van de cliënt;
- extreme angst voor nabijheid, die beter te behandelen is in individuele behandeling (Mekulincer, 2007).

Afhankelijk van de soort groepsbehandeling en om het risico op drop-out te verkleinen wordt ook wel gekozen voor het combineren van groepsbehandeling met individuele gesprekken. Een beschrijving hiervan vindt u in hoofdstuk 11.

3.3.2 De selectieprocedure voor groepsbehandeling

De selectieprocedure varieert per zorgsetting. Elke setting die groepsbehandeling aanbiedt heeft zo zijn eigen manier gevonden (zie ook Hoofdstuk 2.3). In sommige instellingen bestaan voorbereidingsgroepen waarin cliënt en groepsbehandelaar op grond van gedragsobservatie kunnen beslissen met groepsbehandeling door te gaan of niet (Jensen, 2014). Vaker zien we dat de selectie plaatsvindt door middel van een dyadisch interview. In

dat geval is het van belang dat een ervaren groepsbehandelaar voldoende bij de selectie is betrokken, om een professioneel klinisch oordeel te vellen. Afhankelijk van de soort groep zijn meerdere gesprekken nodig om een zorgvuldige selectieprocedure te doorlopen. Als selectieprocedure beschrijven Berk (2005) en Sanders (2010) een procedure van drie gesprekken. In deze gesprekken is er onder andere aandacht voor de diagnose, de hulpvraag en de verwachtingen van zowel de cliënt als de groepsbehandelaar. Het doel verschilt per gesprek en is explorerend van aard. De drie gesprekken hebben globaal de volgende doelen:

1. diagnostiekgesprek: probleeminventarisatie en concretisering van de hulpvraag;
2. adviesgesprek: het aanbod van een groepsbehandeling en het overleg daarover met de cliënt, de verwachtingen van de cliënt inclusief uitleg, wegnemen van weerstanden en vooroordelen;
3. contractgesprek: nadat client ja heeft gezegd zorgt de behandelaar voor voorlichting en voorbereiding op de groepsbehandeling, en worden afspraken gemaakt.

Soms voert een verwijzer (een deel van) deze gesprekken. In dat geval is het wenselijk dat die goed op de hoogte is van het groepsaanbod en de werkwijzen van de groepen (zie ook Hoofdstuk 2.3.). Het meest wenselijk is het dat de groepsbehandelaar de selectiegesprekken voert, in elk geval het adviesgesprek en contractgesprek (Kauff, 2015), omdat deze gesprekken ook dienen om een werkrelatie tot stand te brengen tussen cliënt en groepsbehandelaar (Sanders, 2010; Berk, 2005; AGPA, 2007; Leszcz & Kobos, 2008). Een bijkomend voordeel is dat de groepsbehandelaar op de hoogte is van de samenstelling van de groep en daardoor een goede inschatting kan maken of de cliënt in de huidige groep kan werken aan zijn hulpvraag en of de huidige deelnemers dit ongeacht de komst van een nieuwe cliënt kunnen blijven doen. Eveneens kan de angst afnemen en de motivatie groeien als de cliënt kennis maakt met de groepsbehandelaar. Niet alle selectieprocedures hebben drie afspraken nodig. Voor een meer protocollair werkende groep kunnen één à twee gesprekken voldoende zijn.

3.3.2.1 Voorlichting van de cliënt tijdens de selectieprocedure voor groepsbehandeling

Een belangrijk onderdeel van de selectieprocedure is de voorlichting (AGPA, 2007; Berk, 2005; De Haas, 2008). Voor veel cliënten is het aangaan van groepsbehandeling niet vanzelfsprekend en vaak ook beangstigend. Goede voorlichting over de groep kan de angst doen afnemen.

Als de behandelaar na het eerste diagnostische gesprek tot de conclusie komt dat er voor de cliënt en zijn of haar problematiek een passende groepsbehandeling voorhanden is dan wordt die mogelijkheid met uitleg in het adviesgesprek aan de cliënt voorgelegd. De behandelaar laat zien dat de zorgstandaarden of richtlijnen een bepaalde groepsbehandeling bij de klachten van de cliënt als voorkeursbehandeling aanbeveelt en dat het

behandelaanbod van de instelling zo'n groep in huis heeft. Vervolgens is het van belang of cliënt zich in het advies kan vinden en de *matching* van de geadviseerde groepsbehandeling en de eigen hulpvraag begrijpt. De behandelaar maakt in het adviesgesprek alle ruimte voor vragen van de cliënt en geeft voorlichting over de taak van de groep en wat er van de cliënt wordt verwacht. In het adviesgesprek komen ook de vooroordelen over groepsbehandeling en specifieke angsten van de cliënt ter sprake. Er is extra aandacht voor eventuele misvattingen over groepsbehandeling, zoals bijvoorbeeld het onjuiste idee dat groepsbehandeling een 'tweederangs' behandeling is, die minder werkzaam is dan individuele behandeling. Om de cliënt een goed geïnformeerde keuze (*informed consent*) te kunnen laten maken krijgt de cliënt – net als bij een somatische ingreep - ruime schriftelijke informatie over de groepsbehandeling mee (zie ook subhoofdstuk 2.3.). Bij twijfel bij de behandelaar of de cliënt kan een proefperiode worden afgesproken.

Het derde gesprek noemen we het 'contractgesprek' omdat in dat gesprek de cliënt de keuze maakt om wel of niet met de aangeboden groepsbehandeling in te stemmen (Cohn, 2014; Kauff, 2015; De Haas, 2008). Als beide partijen ervoor kiezen om samen verder te gaan, kan er een 'contract' worden opgesteld met daarin de wederzijdse verwachtingen (de taak van cliënt en die van de groepsbehandelaar) en de werkafspraken, zoals de vertrouwelijkheid en aanwezigheid. Deze *shared decision making* (Zorginstituut, 2015) is niet alleen een ethische handelswijze, maar ook van belang omdat het de medeverantwoordelijkheid van de cliënt voor de behandeling benadrukt en tegelijk een begin is van het vertrouwen en de werkrelatie tussen groepsbehandelaar en cliënt. Rutan, Stone en Shay (2007) hebben een richtlijn opgesteld van belangrijke werkafspraken waar cliënten die besluiten deel te nemen aan een groep mee akkoord dienen te gaan:

- Groepsleden zijn alle bijeenkomsten op tijd aanwezig en blijven gedurende de gehele bijeenkomst.
- Groepsleden zijn actief aan het werk met de doelen welke er zijn opgesteld gedurende het selectieproces.
- Groepsleden verwoorden hun gevoel, het gevoel wordt niet in daden omgezet (uitgeleefd).
- De groepsleden gaan in de groep een werkrelatie met de andere groepsleden aan, die niet wordt voortgezet buiten de groep in het sociale leven.
- Groepsleden blijven in de groep totdat de doelen zijn behaald.
- Groepsleden zijn verantwoordelijk voor de betaling van kosten, de rekening van de groep en betalen deze tijdig.
- Groepsleden spreken niet met naam en toenaam over andere groepsleden en beschermen daarmee elkaars privacy.
- Groepsleden gaan er mee akkoord om de groep op een goede manier te beëindigen.

De inhoud van het contract kan per groep verschillen. Het voordeel van duidelijke contractafspraken is dat het zorgt voor heldere grenzen en veiligheid in de

groepsbehandeling (Cohn, 2014). Een ander voordeel van het contractgesprek is dat de groepsbehandelaar al belangrijk werk heeft verricht in het kader van het wettelijk voorgeschreven behandelplan.

3.3.3 Samenstelling van een behandelingsgroep

Samenstelling van de groep is een logisch onderdeel van de organisatie. Het concreet organiseren van een groep geeft al een gedeeltelijk antwoord op de vraag hoe we een op te richten groep het beste kunnen samenstellen. Het feit dat we de groep organiseren voor de cliënten met een bepaalde stoornis of een bepaalde vraag betekent al meteen dat de hulpvraag of het probleem een homogeen selectiecriterium is voor de groep.

Behandelingsgroepen worden homogeen ten aanzien van de klachten of behandelwensen samengesteld. Naast de logica hiervan heeft dat ook als voordeel dat de deelnemers snel herkenning en steun ervaren waardoor de cohesie in de groep snel tot stand komt (Fluitsma, et al., 1989).

Ook de behandelmethode heeft consequenties voor de samenstelling. Bijvoorbeeld een groepsbehandeling met een ongestructureerde interpersoonlijke werkwijze roept meer angst op dan een gestructureerde groepsbehandeling, zoals een protocollair werkende groep. Rekening houdend met de behandelmethode moeten we de angsttolerantie van de groepsleden niet te ver uiteen laten lopen, dus ook ten aanzien van de angsttolerantie kiest de groepsbehandelaar voor een enigszins homogene samenstelling (Berk, 2005; Rutan, 2014; Sanders, 2010).

Naast de hierboven genoemde homogene criteria is een heterogene samenstelling van een behandelgroep aan te bevelen. Diversiteit bij de deelnemers vergroot in het algemeen de leermogelijkheden, daarom is het raadzaam een te eenzijdige samenstelling te voorkomen. Een behandelgroep heeft in potentie een groot aantal werkzame factoren die meer kans krijgen bij heterogeniteit in de samenstelling (Bloch en Crouch, 2008). Yalom (2005) adviseert om niet te gericht te selecteren op heterogeniteit omdat die meestal vanzelf wel ontstaat. Naast het gemeenschappelijke kenmerk van de problematiek verschillen groepsleden meestal al in andere eigenschappen, zoals geslacht, persoonlijkheidskenmerken, smaak, belangstelling, interactiestijl enzovoort.

Tenslotte draagt de groepsbehandelaar er bij de samenstelling van de groep zorg voor, dat de individuele cliënten niet in een uitzonderingspositie komen binnen de groep. Stel dat een groepsbehandelaar er in is geslaagd een groep van acht deelnemers met een angststoornis te selecteren, waaronder slechts één man terwijl de groep gemengd bedoeld is. Een dergelijke scheve verdeling is onwenselijk. Een cliënt in een uitzonderingspositie kan zich minder veilig voelen met een verhoogd risico om voortijdig af te haken. Yalom (2005) kiest in dergelijke gevallen voor het duo-principe: als het kan van elk uniek kenmerk minstens twee groepsleden.

3.4 Samenvatting

- Een duidelijke organisatie van de groep, met een duidelijke doelgroep als focus, maakt al voor een groot deel duidelijk welke cliënten in aanmerking komen en hoe de groep is samengesteld.
- Een goede matching tussen het aanbod van een groepsbehandeling en de problematiek van de cliënt is het belangrijkste selectiecriterium: de selectie is omgekeerd, welke groep past het beste bij de cliënt.
- Voorlichting over de groep, inclusief aandacht voor de angsten en mogelijke misvattingen over groepsbehandeling, is een essentieel onderdeel van de selectieprocedure
- Er zijn enkele algemene criteria voor selectie van cliënten voor groepsbehandeling.
- De selectieprocedure dient meerdere doelen: probleeminventarisatie, selectie en voorlichting;
- De selectiegesprekken dienen bij voorkeur te worden uitgevoerd door de groepsbehandelaar;
- De samenstelling voor een behandelingsgroep is homogeen ten aanzien van de hulpvraag en of kernprobleem van de doelgroep, en heterogeen voor overige kenmerken van de deelnemers.

3.5 Aanbevolen literatuur

Wermers, E. (red.), (2006). Themanummer groepenbeleid Ambulante groepen in Noord Friesland. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 1, 3, 5-14.

3.6 Geraadpleegde literatuur

American Group Psychotherapy Association (2007). *Practice Guidelines for Group Psychotherapy*, Science to Service Task Force.

Berk, T. (2005). *Leerboek Groepspsychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Bloch, S. en Crouch, E. (1985). *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.

Cohn, B.R. (2014). Creating the group Envelope. In: Motherwell, L. & Shay, J.J. *Complex Dilemmas in Group Therapy: Pathways to resolutions*. New York: Brunner-Routledge.

Crosby G. (2015). Integrative Cognitive-Behavioral Group Psychotherapy. In: Kleinberg, J.L. *The Wiley Blackwell Handbook of Group Psychotherapy*. Oxford: Wiley Blackwell.

- Boushy, M. el (1997). Indicatiestelling voor groepspsychotherapie. *Groepspsychotherapie*, 31,4, 217-227.
- Fluitsma, J.E.A. & Hovens, J.E. (1989) Steunende aspecten in groepspsychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 15, 1, 198-209.
- Haas, W. de (2017). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Amsterdam: Boom-Nelissen.
- Jensen, H.H. , Mortensen E.L., Lotz, M. (2014). Drop-out from psychodynamic group psychotherapy, outpatient unit. *Nordic journal of psychiatry*, 68, 8, 594-604.
- Jongerius, P. (1993). *Praktijkboek Groepspsychotherapie*. Amersfoort: Academische Uitgeverij.
- Kauff, P. (2015). Psychoanalytic Group Psychotherapy. In: Kleinberg, J.L. *The Wiley Blackwell Handbook of Group Psychotherapy*. Oxford: Wiley Blackwell.
- Levine, B. (1979). *Group Psychotherapy*. New York, Prentice-Hall.
- Leszcz, M. en Kobos, C. (2008). Evidence-based group psychotherapy: using AGPA's practice guidelines to enhance clinical effectiveness. *Journal of clinical psychology*, 64, 11, 1238-1260.
- Mc Callum, e .a. (1992). Dropping out from short term group psychotherapy. *Psychotherapy*, 29 (2), 206-215.
- Mekulincer, M. & Shafer, R. (2007). Attachment, group-related process , and psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57 (2), 233-245
- Piper, W.E. (1981). Selection of suitable patients: pretraining for group psychotherapy as a method of patient selection. *Small group behavior*, 12 (4), 459-474.
- Power, M.J. (1985). Selection of patients for group psychotherapy. *International Journal of social psychiatry*, 31 (4), 290-297.
- Rutan, J.S., Stone, W.N. and Shay, J.J. (2014). *Psychodynamic Group Psychotherapy*. 5th edition. New York: Guildford Press.
- Sanders, T. (2010). Indicatiestelling groepspsychotherapie. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 5, 3, 43-55.
- Stel, J. van der (2005). *Groepspsychotherapie en onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Zorginstituut Nederland (2015). *Richtlijnen en shared decision making in de praktijk*. Zorginzicht.nl (VWS).

Hoofdstuk 4: Werkzame factoren en mechanismen.

Corine van der Veer en Ton Sanders

4.1 Inleiding

Hoe behandelgroepen precies werken, weten we nog niet. Veroorzaken veranderingen in cognities de verbeteringen bij onze cliënten? Of is het zo dat er eerst symptoomverbetering optreedt en dan pas cognitieve verandering? En wat is de rol van emoties, en de behandelrelatie hierin? Vooralsnog onbeantwoorde vragen. In dit hoofdstuk over werkzame factoren van groepsbehandelingen, laten wij ons inspireren door de visie van Kadzin (2007) die stelt dat het beschrijven van werkzame factoren een begin is om verandering in behandelingen te begrijpen.

Succes van individuele groepsleden is in elke groep onlosmakelijk verbonden met de 'gezondheid' van de groep als geheel. Een aanzienlijk aantal klinische en empirische studies beschrijft werkzame factoren en mechanismen die in verband worden gebracht met goed functionerende, 'gezonde' behandelgroepen. Werkzame factoren zijn soorten interventies of behandelprocessen die beschouwd worden als oorzakelijke elementen in het ontstaan van verbeteringen bij cliënten (Baron & Kenny in Bernard et al., 2008). Deze factoren kennen vele gedaantes, inclusief experiëntiële, cognitieve en gedragsmatige interventies, alsook processen die de kern van de behandeling zelf zijn zoals de behandelrelatie. Bij groepen hebben we niet alleen te maken met de algemene veranderingsmechanismen die verantwoordelijk zijn voor effectieve behandelingen, maar ook groepspecifieke factoren en processen (Burlingame et al., 2013). In dit hoofdstuk presenteren wij een overzicht van de klinisch meest relevante en best onderzochte werkzame factoren in groepsbehandelingen. Vervolgens maken we een verbinding met de praktijk.

4.2 Achtergrond

In de literatuur woedt al lang een discussie over het ontstaan en de werking van de unieke werkzame factoren in groepsbehandelingen. Enerzijds zijn er argumenten voor het bestaan van unieke werkzame factoren die eigen zijn aan groepsbehandelingen. Groepen zouden unieke kenmerken hebben die verschillen van de eigenschappen van de individuele leden in die groep. Volgens deze visie zijn er intrinsieke mechanismen in een groep werkzaam, die verantwoordelijk zijn voor veranderingen bij de leden van de groep (Bernard et al., 2008). Anderzijds zijn er vakgenoten de mening toegedaan dat er teveel waarde is toegekend aan groepsspecifieke factoren. Ook is er kritiek dat groepsbehandelaren en -onderzoekers de groep teveel menselijke kwaliteiten toekenden zodat de groep de patiënt werd en de groepsbehandelaar dusdanig sterk de aandacht richtte op de groep-als-patiënt dat het individuele groepslid uit het oog verloren werd (Bernard et al., 2008).

Fuhriman en Burlingame (Bernard et al., 2008) hebben de empirische literatuur vergeleken omtrent werkzame factoren in groeps- en individuele behandelingen. Tabel 1 is een weergave van een lijst van algemeen geaccepteerde, op consensus gebaseerde, werkzame factoren in groepsbehandelingen en een korte omschrijving ervan. Deze lijst is grotendeels gebaseerd op het invloedrijke boek van Yalom & Leszcz (2005), waarin de meeste van deze factoren worden uitgewerkt tot een alomvattend en integratief groepsmodel. De basis werd echter al gevormd in 1955, door het onderzoek van Raymond Corsini en Bina Rosenberg naar therapeutische factoren. Zij constateerden dat hoop, groepscohesie, altruïsme, universaliteit, acceptatie, realiteits-toetsing en interpersoonlijk leren belangrijke werkzame factoren waren.

4.2.1 Werkzame factoren

In onderstaande tabel geven we een korte omschrijving van de werkzame factoren volgens Yalom en Leszcz (2005) en voegen de factor zelfonthulling, die Bloch en Crouch noemen daaraan toe (Colijn & Snijders, 1993). Vervolgens gaan we wat uitgebreider in op de werkzame factor cohesie, omdat deze factor de andere werkzame factoren faciliteert, en er in toenemende mate consensus is over de stelling dat cohesie de beste definitie is van de behandelrelatie in de groep (Burlingame et al., 2002; Yalom & Leszcz, 2005).

<i>Werkzame factor</i>	<i>Omschrijving</i>
Universaliteit ‘Gedeelde smart is halve smart’	Veel cliënten beginnen aan een behandeling met het idee dat zij in unieke moeilijkheden verkeren. Vooral in de beginfase van een groep is het bijzonder opluchtend te ervaren hoeveel lotgenoten er in de groep zitten. Universaliteit is de drijvende kracht in categorale groepen (Colijn & Snijders, 1993).
Altruïsme ‘Je kunt een ander helpen’	Tijdens een groepsbehandeling gaan cliënten vaak veel voor elkaar beteken. Dit zal meer zijn als de groep langer duurt en de interactie met elkaar intensiever is. De ervaring anderen te kunnen helpen werkt motiverend en versterkt het gevoel van eigenwaarde (Colijn & Snijders, 1993).
Hoop ‘Kijk maar om je heen, er is nog hoop’	Groepen geven vooral hoop aan deelnemers die aan het begin van hun behandeling staan. Zij krijgen vertrouwen zodra zij horen hoe andere groepsleden zijn vooruitgegaan (Colijn en Snijders, 1993).
Informatie en adviezen ‘Acht weten er meer dan één.	In de meeste groepen vindt soms op impliciete, soms op expliciete wijze een leerproces plaats, door didactisch onderricht, via uitleg van de behandelaar en ook door reacties die de groepsleden elkaar geven (Colijn en Snijders, 1993). Zo leren deelnemers veel over hun klachten en functioneren.
Correctieve ervaring van belangrijke gezinservaringen ‘Net als toen, maar nu anders’	Met name in langer durende groepen, kan de groepssituatie overeenkomsten vertonen met de oorspronkelijke gezinssituaties van de groepsleden (Colijn en Snijders, 1993). Dit geeft groepsleden de kans om zich herhalende patronen te gaan begrijpen en te veranderen. Door in de veilige context van de groep te oefenen met nieuw (rol)gedrag, kunnen patronen uit het oorspronkelijke gezin hersteld worden in relaties in het heden (Yalom & Leszcz, 2005).
Ontwikkelen van sociale vaardigheden ‘Probeer het maar eens uit’	Het ontwikkelen van basale sociale vaardigheden lijkt vanzelfsprekend, maar soms hebben groepsleden deze onvoldoende of zijn deze onvoldoende ontwikkeld. In veel gevallen stappen zij de volwassenheid in met overlevingsgedrag uit hun kindertijd, dat niet werkt in de wereld van volwassenen (Whitefield, in Sharpe, 2013). De groep biedt de deelnemers een omgeving aan, die aangepaste en adequate communicatie bevordert.

<i>Werkzame factor</i>	<i>Omschrijving</i>
Nabootsen van gedrag <i>'Kijken naar de ander, en nadoen'</i>	Groepsleden ontwikkelen vaardigheden en vergaren kennis door te observeren hoe overige groepsleden over zichzelf nadenken, ervaringen verwerken en zich als persoon ontwikkelen.
Cohesie en acceptatie <i>'Jij hoort erbij, jij doet er toe'</i>	Het gevoel erbij te horen en geaccepteerd te worden is een van de belangrijkste elementen in elke groepsbehandeling. Zie ook par. 4.2.2. voor een verdere uitwerking.
Existentiële factoren <i>'Ik aanvaard dat dit leven relatief is en we niet ontkomen aan alle pijn in dit leven en aan de dood''.</i>	Groepsleden komen tot het inzicht dat lijden, pijn en de dood onlosmakelijk met het leven samenhangen. Men gaat aanvaarden dat het leven relatief is, en dat men zelf verantwoordelijk is voor belangrijke levensbeslissingen. De groepsleden en de leider faciliteren het bespreekbaar maken van complexe existentiële thema's die ieder mens met elkaar verbindt zoals verlieservaringen, noodlot, doodsangst, zin- en betekenisgeving, geloof (Yalom, 2005).
Zelfonthulling en catharsis <i>'Laat je gevoelens zien'</i>	Catharsis, het openlijk uiten van gevoelens, wordt van oudsher gezien als een belangrijke voorwaarde van genezing. In groepen is het een vitaal onderdeel van de behandeling, en niet los te zien van de andere werkzame factoren. Zonder uitingen van emoties wordt de groep een steriele academische activiteit (Yalom, 2005). Zelfonthulling is meer dan de emotionele expressie, het gaat hierbij om het delen van ervaringen, gevoelens, fantasieën of geheimen die (bijna) nooit gedeeld worden, waardoor men zich meer begrepen voelt (De Haas, 2008).
Interpersoonlijk leren <i>'Ik leer van jou en door jou'</i>	Door de feedback van andere groepsleden, worden eigen assumpties, houdingen en opvattingen uitgedaagd (Barker, 2008). Groepsleden worden zich bewust van sterke en zwakke kanten door de commentaren die anderen op hun gedrag geven. Hierdoor leert men van elkaar over hoe ze met anderen omgaan, en hoe dit in relatie staat tot hun klachten (Colijn en Snijders, 1993).
Zelfinzicht <i>'Leer jezelf kennen'</i>	Zelfinzicht kan gaan over het herkennen van eigen gevoelens, fantasieën en gedachten, over de aard van je relaties met andere mensen en over inzicht hoe je levensgeschiedenis je gevoelens, reacties en relaties ten opzichte van anderen beïnvloedt (Colijn en Snijders, 1993).

Tabel 1: werkzame groepsfactoren (naar: Colijn & Snijders, 1993, en Yalom & Leszcz, 2005)

4.2.2 Cohesie – centrale werkzame factor

Diverse onderzoeken laten zien dat in individuele behandelingen de relatie tussen cliënt en behandelaar een van de meest belangrijke, zo niet de belangrijkste werkzame factor is in de behandeling (Martin et al., 2000). In een uitgebreid review beargumenteert Wampold (2001) dat de werking van algemene factoren zoals de behandelrelatie meer dan negen keer groter is dan specifieke werkzame mechanismen uit formele behandelprotocollen. Norcross (in Bernard et al., 2008) komt met vergelijkbare bevindingen: verbeteringen bij de cliënt in individuele behandeling wordt meer toegeschreven aan de behandelrelatie dan aan de specifieke therapeutische oriëntatie van de behandelaar.

In groepen wordt de behandelrelatie gedefinieerd door het begrip cohesie. De term omschrijft de uiteenlopende krachten die een groep bij elkaar houden (Hoijtink, 2001). Cohesie is een verzamelbegrip voor meerdere relaties in een groep: groepslid tot groepslid, groepslid tot groep en groepslid tot groepsleider. Hoijtink (2001) maakt onderscheid tussen taakcohesie en interpersoonlijke cohesie. De Haas (2008) heeft dit onderscheid overgenomen en aangevuld tot zes soorten cohesie. Deze verdere onderverdeling (tabel 2) geeft de groepsleider inzicht in de manieren waarop cohesie in een groep vorm krijgt en de verschillende aangrijpingspunten die hij heeft om de ontwikkeling van cohesie binnen de groep op een positieve manier te bevorderen.

<i>De relaties</i>	<i>Soort cohesiekracht</i>	<i>Soort groepscohesie</i>	<i>Typische beleving van groepslid</i>
Groepslid – gehele groep	Hechtingskracht in de groep door de aanvaarding van het individuele groepslid	Aanvaardingscohesie	‘Ik heb me nog nooit zo thuis gevoeld als in deze groep.’ ‘Ik voel echt dat ik erbij hoor’
	Hechtingskracht van de taak, de leermogelijkheden en de prestaties van de groep	Taakcohesie	‘Fijn dat ik zo goed voor mezelf leer opkomen.’
		Sociale cohesie	‘Ik ben trots op onze groep.’ ‘Iedereen is jaloers op ons team, omdat wij het zo goed doen.’
Groepslid - groepslid	Hechtingskracht tussen groepsleden die elkaar mogen, vriendschappelijke gevoelens ervaren	Interpersoonlijke cohesie	‘Ik vind jou echt heel aardig.’ ‘Ik mag jou ook.’
Groepslid - groepsleider	Hechtingskracht door de gedeelde, positief beleefde groepsleider	Verticale cohesie	‘Wij hebben mazzel met zo’n goede groepsleider.’
Groepslid – hele groep	Hechting tussen alle deelnemers, dankzij een stevige groepsstructuur en groepsgrens	Holdingcohesie	‘Ik voel me veilig in deze groep, omdat iedereen precies weet wat hij moet doen en wat hij aan de anderen heeft.’ ‘Deze kliniek is goed georganiseerd, dat voelt prettig.’

Tabel 2. Zes soorten cohesie (de Haas, 2008)

4.2.3 Onderzoek naar cohesie als werkzame factor

Volgens Yalom & Leszcz (2005) hebben studies aangetoond dat groepen waar sterke cohesie is, betere resultaten opleveren. Hoge niveaus van cohesie worden gerelateerd aan zelfonthulling, wat op zijn beurt weer leidt tot verhoging van de frequentie en intensiteit van

de onderlinge feedback (Fuehrer & Keys, 1988; Tschuschke & Dies, 1994). Een positieve relatie tussen cohesie en zelfonthulling, feedback tussen deelnemers en waargenomen steun en betrokkenheid door deelnemers is aangetoond (Braaten, 1990). Aanvullend, vroege en hoge niveaus van taakcohesie beschermen de groepsleden tegen ontmoedigd raken en gevoelens van vervreemding wanneer opeenvolgende conflicten plaatsvinden tijdens de werkfase van de groep (Mackenzie, in Bernard et al, 2008; Hayes et al., 1996). Ongeacht de theoretische oriëntatie voorspelt vroege cohesie het resultaat van de behandeling (Burlingame et al., 2004/2013).

Cohesie is op zichzelf een sterke werkzame factor, maar ook een voorwaarde voor de andere factoren om effectief te zijn. Het kan beschouwd worden als een meta-therapeutische factor waarop de andere werkzame factoren groeien (Leszcz & Malat, 2012). Een kanttekening is hierbij wel op zijn plaats; veel onderzoek naar de relatie tussen werkzame factoren en behandelresultaten voldoet niet aan de wetenschappelijke standaard, zodat we geen harde conclusies kunnen trekken over wat gevolg is en wat oorzaak. Toch is er voldoende evidentie om te concluderen dat het voor groepsbehandelaars van belang is om de behandelrelatie, oftewel cohesie in de groep, te managen (Burlingame et al., 2011).

4.3 De praktijk

4.3.1 Algemeen

De mate waarin de genoemde werkzame factoren behulpzaam zijn is onder meer afhankelijk van de werkwijze van de groepsleider, de opzet van de groep, de andere groepsleden en kenmerken van het individuele groepslid. Twee categorieën kunnen onderscheiden worden: factoren binnen alle vormen van groepsbehandeling, en factoren bij specifieke groepen en specifieke groepsleden (naar: Colijn & Snijders, 1993). Binnen alle vormen van groepsbehandeling spelen universaliteit, hoop, informatie en advies geven, catharsis, zelfonthulling, altruïsme, cohesie, interpersoonlijk leren een rol. Bij specifieke groepen, methodes of doelgroepen wordt de focus gelegd op zelf-inzicht, nabootsen, sociale vaardigheden, correctie van gezinservaringen, existentiële factoren.

Er zal verschil zijn in de mate waarop de groepsbehandelaars de werkzame factoren direct dan wel indirect kunnen beïnvloeden. Sommige factoren kunnen soms direct gestuurd worden via directieve of procesgerichte interventies, zoals: informatie en adviezen geven, geven van hoop, ontwikkelen van sociale vaardigheden, nabootsen van gedrag, zelfonthulling, interpersoonlijk leren. Andere factoren ontstaan meer vanuit de groep en het proces, en kunnen indirect beïnvloed worden door voorwaarden te creëren waarop ze kunnen ontstaan en bekrachtigen als ze zich voordoen, zoals: altruïsme, correctieve ervaringen, cohesie, existentiële factoren, zelfinzicht.

4.3.2 Werkzame factoren en de context van de groep

Afhankelijk van de taken en doelen van de behandelgroep, zullen sommige werkzame factoren meer of minder van invloed zijn op het behandelresultaat. In een gestructureerde behandelgroep is bijvoorbeeld informatie geven een toegankelijke en goed inzetbare interventie, waartegenover in een inzichtgevende psychotherapiegroep het proces sturen richting correctieve ervaringen een belangrijk instrument is van de groepsbehandelaar. Tevens is het van belang mee te nemen in welke fase de groep zich bevindt. Cohesie, installeren van hoop en universaliteit zijn in de beginfase van de groep het belangrijkste (Mac Kenzie, 1987), terwijl interpersoonlijk leren, nabootsen van gedrag en zelfbegrip in de latere fasen belangrijk worden (MacNair-Semands & Lese, 2000). Kivlighan et al. (2014) raden groepsbehandelaars aan vooral de werkzame factoren te benadrukken die gerelateerd zijn aan goede resultaten op niveau van het groepslid. Zij noemen ook cohesie, zelfonthulling, zelfinzicht, installeren van hoop en sociaal leren, maar ook interactionele bevestiging en relationele beïnvloeding. Meerdere auteurs benoemen dat er niet gesproken kan worden van de universele werkzame factor, maar eerder een reeks aan sleuteldimensies die interacteren met de klinische setting, diagnostiek, en soorten groepen. Verschillende groepsleden kunnen profiteren van een variatie in werkzame factoren binnen dezelfde groep (Rutan et al., 2014).

4.3.3 Werkzame factoren en effectiviteit van de groep

In de AGPA richtlijnen (Bernard et al., 2008) wordt benoemd dat interventies die gericht zijn op cohesie, zich onder meer richten op gevoelens als erbij horen, acceptatie, betrokkenheid, verbondenheid en loyaliteit aan de groep. Dit wordt in direct verband gebracht met verbetering van de cliënt (Bloch & Crouch, 1985; Yalom en Leszcz, 2005). Groepsleden die hogere niveaus van verbinding, acceptatie en steun rapporteerden, meldden ook een sterke afname van hun symptomen (Mackenzie & Tschuschke, 1993). Aantrekkingskracht en aansluiting voelen met de groep als geheel, zoals elkaar aardig vinden, vertrouwen, steun, betrokkenheid, en inzet ervaren om te werken met elkaar als groep, wordt in verband gebracht met afname van vroegtijdige drop outs (Mackenzie, 1987) en toename van een stabiele deelname aan de groep. Positieve en geëngageerde uitwisselingen tussen groepsleden onderling wordt eveneens in verband gebracht met verbetering van symptomen, vooral in het begin van de behandeling (Budman et al., 1989). Burlingame et al. (2011) geven op basis van wetenschappelijk onderzoek een praktisch overzicht van de domeinen van interventies, die cohesie versterken:

- Interventies betreffende de groepsstructuur
- Bijvoorbeeld: een helder rationale beschrijven, duidelijke procedures afspreken, onder andere over aanwezigheid en vertrouwelijkheid;
- Verbale stijl en interacties
- Bijvoorbeeld: voordoen van het geven van persoonlijke informatie in het hier-en-nu, gepaste zelfonthulling en op een gepaste manier feedback leren geven en ontvangen;
- Installeren en handhaven van een adequaat emotioneel behandelklimaat

- Bijvoorbeeld: reguleren van een balans tussen emotionele steun en confrontatie, verwelkomen van kritiek door de behandelaar, het bevorderen van een open en betrokken houding.

Hoofdstuk 8 gaat verder in op de verschillende interventies, die een groepsbehandelaar tot zijn beschikking heeft.

4.4 Samenvatting

- In deze richtlijn worden twaalf werkzame factoren in groepsbehandeling omschreven: universaliteit, altruïsme, hoop, correctieve ervaring van belangrijke gezinservaringen, ontwikkelen van sociale vaardigheden, nabootsen van gedrag, cohesie en acceptatie, existentiële factoren, zelfonthulling en catharsis, interpersoonlijk leren, zelfinzicht.
- Waar in individuele behandelingen de behandelrelatie tussen cliënt en behandelaar, een van de meest belangrijke werkzame factoren is in de behandeling, wordt in groepsbehandeling cohesie gezien als de belangrijkste werkzame factor.
- Cohesie is op zichzelf een sterke werkzame factor, maar ook een voorwaarde voor de andere factoren om effectief te zijn.
- De groepsleider is zich bewust van de werkzame factoren in de groep en laat deze optimaal naar voren komen in de keuzes die hij maakt bij het opzetten, begeleiden en evalueren van een groep.
- Om de cohesie optimaal te beïnvloeden zorgt de groepsbehandelaar voor groepsstructuur, voldoende verbale interactie met de groepsleider en tussen de groepsleden en een adequate emotioneel klimaat in de groep (Burlingame et al., 2011).

4.5 Aanbevolen literatuur

Colijn, S. & Snijders, H. (1993). Therapeutische factoren. In T. Berk (Ed). *Handboek Groepspsychotherapie*, pag. A6.3 –A6.21, Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Haas, W. (2008). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg: een praktische handleiding op basis van de groepsdynamica*. Amsterdam: Boom Nelissen.

Snijders, J.A. (2006). *Werken met groepen. Interventies in behandelgroepen*. Utrecht: Bohn Stafleu Van Loghum.

Yalom, I. & Leszcz, M. (2005). *Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.

4.6 Geraadpleegde literatuur

- Barker, P. (2008). *Psychiatric and mental health nursing: the craft of caring*. CRC Press.
- Berk, T. (2011). *Groepstherapie toen en nu*. Berk. ISBN 978-1-4452-9747-7.
- Bernard, H., Burlingame, G., Flores, P., Greene, L., Joyce, A., Kobos, J. C., Leszcz, M., Mac Nair-Semands, R.R., Piper, W.E., Mc Eneaney, A.M., & Feirman, D. (2008). Clinical practice guidelines for group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58 (4), 455-542.
- Bloch, S., & Crouch, E. (1985). *Therapeutic factors in group psychotherapy*. Oxford University Press.
- Braaten, L. J. (1990). The different patterns of group climate critical incidents in high and low cohesion sessions of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40 (4) 477–93.
- Budman, S. H., Soldz, S., Demby, A., Feldstein, M., Springer, T., & Davis, M. S. (1989). Cohesion, alliance and outcome in group psychotherapy. *Psychiatry*, 52(3), 339-350.
- Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 34-42.
- Burlingame, M, Strauss, B. & Joyce, A.S. (2013). Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. In: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New Jersey, Wiley & Sons
- Colijn, S. & Snijders, H. (1993). Therapeutische factoren. In T. Berk (Ed). *Handboek Groepspsychotherapie*, pag. A6.3 –A6.21, Houten/Zaventem, Bohn Stafleu Van Loghum.
- Fehr, S. S. (2013). *Introduction to Group Therapy: A Practical Guide*. New York, The Haworth Press.
- Fuehrer, A., & Keys, C. (1988). Group development in self-help groups for college students. *Small Group Behavior*, 19(3), 325-341.
- Haas, W. (2008). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg: een praktische handleiding op basis van de groepsdynamica*. Amsterdam, Boom-Nelissen.
- Hayes, A. M., Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (1996). The study of change in psychotherapy: A reexamination of the process–outcome correlation paradigm. Comment on Stiles and Shapiro (1994). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64,5, 909-914.
- Hoijtink, T. A. E. (2001). *De kracht van groepen. Normen en rollen*. Groepspraktijk, (1). Houten-Diegem, Bohn, Stafleu, van Loghum.
- Kazdin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1–27

- Kivlighan, D.M. & Kivlighan III, D.M. (2014). Therapeutic factors. Current theory and research. In: J.K. Delucia-Waack (ed.). *Handbook of Group Counselling & Psychotherapy*. California: Sage.
- Leszcz, M., & Malat, J. (2012). The interpersonal model of group psychotherapy. In: J.L. Kleinberg (Ed.) *The Wiley-Blackwell handbook of group psychotherapy*, 33-58.
- MacKenzie, K. R. (1987). Therapeutic factors in group psychotherapy: A contemporary view. *Group*, 11(1), 26-34.
- MacKenzie, K. R., & Tschuschke, V. (1993). Relatedness, group work, and outcome in long-term inpatient psychotherapy groups. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 2(2), 147-156.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 438-450.
- MacNair-Semands, R.R. & Lese, K.P. (2000). Interpersonal problems and the perception of therapeutic factors in group therapy. *Small Group Research*, 31, 158-174.
- Rutan, J.S., Stone, W.N., & Shay, J.J. (2014). *Psychodynamic group psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Sharpe S. (2013). *Therapeutic factors, interpersonal learning and group cohesion*. Sternberg college Working in Groups.
- Snijders, J.A. (2006). *Werken met groepen. Interventies in behandelgroepen*. Utrecht: Bohn Stafleu van Loghum.
- Tschuschke, V., & Dies, R. R. (1994). Intensive analysis of therapeutic factors and outcome in long-term inpatient groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44(2), 185-208.
- Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Yalom, I & Leszcz, M. (2005). *Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York, Basic Books.

Hoofdstuk 5: Groepsprocessen en groepsdynamiek.

Monique Bekker en Els Loeb

5.1 Inleiding

Groepen bestaan uit een verzameling van mensen die om verschillende redenen samen komen. Maar een groep is meer dan de optelsom van haar leden. Binnen een groep gaan mensen interacties met elkaar aan, zij beïnvloeden elkaar wederzijds (Hoijtink, 2001). Sociaalpsychologisch onderzoek tussen 1950 en 1970 bevestigde het bestaan van de groep als een sociaal systeem (Remmerswaal, 2001).

Welke taak een groep ook heeft, het proces bepaalt hoe de taak wordt volbracht (De Haas, 2008). Bouwstenen of structuurelementen, zoals cohesie, interacties, normen en rollen, brengen het groepsproces op gang en spelen in alle groepen een rol. De wijze waarop deze elementen geordend zijn noemen we de structuur van de groep, de wijze waarop deze elementen met elkaar interacteren noemen we de dynamiek van de groep.

In dit hoofdstuk worden groepsprocessen en groepsdynamiek beschreven aan de hand van de structuurelementen cohesie, interactie, rollen en normen. Na het beschrijven van de theoretische achtergrond van ieder structuurelement wordt beschreven hoe de groepsbehandelaar deze dient te hanteren bij het vormgeven of beïnvloeden van de groepsprocessen en dynamiek in de dagelijkse praktijk. In de laatste paragraaf worden de implicaties voor de praktijk van het leiden van een behandelgroep integraal beschreven.

5.2 Cohesie

5.2.1 Achtergrond

Cohesie is een voorwaarde voor de werkzaamheid van de groep, zonder samenhang kan de groep niet functioneren. Als cliënten zich verbonden voelen met de groep is de kans groot dat zij zich meer durven laten zien en horen in de groep, wat de taak ten goede komt. Cohesie of verbondenheid is daarmee één van de belangrijkste werkzame factoren in groepen (AGPA, 2007; Burlingame et al., 2013) en is te vergelijken met de behandelrelatie in individuele therapie (Yalom & Leszcz, 2005).

Met cohesie wordt aangegeven hoe sterk de samenhang tussen groepsleden is. Cohesieve krachten kunnen zowel de leden aan de groep binden als weerstand bieden aan ontwrichting van de groep van buitenaf.

Wanneer de cohesie in een groep hoog is, voelen de groepsleden zich sterk met elkaar verbonden, is er een sterke samenhang, en voelen de groepsleden zich een groep. Zij voelen zich aangetrokken tot elkaar, wat interpersoonlijke cohesie wordt genoemd, en gecommitteerd aan het doel en de taak van de groep, wat taakcohesie wordt genoemd (Yalom & Leszcz, 2005).

Voelen groepsleden zich sterk met elkaar verbonden, dan heeft de groep een grotere invloed op hen. Er bestaat een samenhang op individueel en groepsniveau. Individuele verbondenheid, elkaar aardig vinden, elkaar respecteren en elkaar vertrouwen, uit zich op groepsniveau in een 'wij-gevoel'. In een sterk verbonden groep ervaren de leden meer plezier en tevredenheid, hebben meer zelfvertrouwen en ervaren minder angst (Lewin et al. in Forsyth, 1990).

Cohesie definieert de verschillende relaties die in groepen aanwezig zijn: tussen groepsleden onderling, tussen de groepsleden en de groep als geheel, en tussen de groepsleden en de groepsbehandelaar (AGPA, 2007). Voor de verschillende relaties in de groep worden verschillende soorten cohesie onderscheiden (De Haas, 2008), die in tabel 1 kort worden genoemd en in hoofdstuk 4 eveneens aan bod komen.

<i>Relaties binnen de groep</i>	<i>Soort cohesie</i>
Groepslid - Groep als geheel	Aanvaardingscohesie Taakcohesie Sociale cohesie Holdingscohesie
Groepslid - Groepslid	Interpersoonlijke cohesie
Groepslid - Groepsbehandelaar	Verticale cohesie

Tabel 1 Relaties binnen de groep en soorten cohesie

Het ervaren van de mate van cohesie in een groep speelt een grote rol in het willen verlaten van de groep. Wanneer groepsleden te weinig cohesie ervaren in een groep, kunnen zij overwegen om de groep te verlaten.

Hoeveel verbondenheid er nodig is in een groep hangt af van de taak en het doel van de groep. Onderzoek suggereert dat de optimale cohesie wordt bereikt bij een groep van vijf tot negen deelnemers, die minstens twaalf sessies bij elkaar komen (Burlingame, McClendon & Alonso, 2011, in Dijkstra, 2014).

5.2.2 De praktijk

Als de cohesie hoog is, zullen mensen graag in een groep blijven. Het is dus in elke groep belangrijk om bij het starten van groepen specifiek aandacht aan cohesie te besteden. In hoofdstuk 8 wordt uitgebreider ingegaan op hoe de groepsbehandelaar dat kan doen.

In een beginnende groep bevordert de groepsbegeleider de cohesie door duidelijk uitleg te geven over de taak van de groep en de werkwijze. In deze fase neemt de groepsbehandelaar een centrale positie in. Dit biedt veiligheid waardoor de interacties tussen groepsleden op gang kunnen komen. Later in het proces bevordert de groepsbehandelaar de cohesie door uit te nodigen, vragen te stellen en interactie te stimuleren. De positie van de groepsbehandelaar wordt minder centraal, en verschuift meer naar de rand.

Voor het ontstaan van een productieve cohesie heeft een groepsbehandelaar bij de start van een groep een belangrijke functie. Kennis van de ontwikkelingsfasen van een groep, met name van de startende groep, is daarbij onontbeerlijk. In hoofdstuk zeven wordt uitgebreider beschreven welke houding van de groepsbehandelaar in welke fase van de ontwikkeling van de groep het meest passend is.

5.3 Interactie tussen groepsleden

5.3.1 Achtergrond

5.3.1.1 Algemeen

Een groep kun je definiëren als een samenstelling van twee of meer van elkaar afhankelijke individuen die elkaar beïnvloeden door sociale interactie. Wanneer er interactie tussen groepsleden is, observeert men elkaar, praat en doet men met elkaar en leert men van elkaar. Deze interactie kan lichamelijk, verbaal, non-verbaal, emotioneel of zakelijk zijn.

Een groep functioneert pas als er sprake is van regelmatige interactie tussen de groepsleden, als twee of meer groepsleden zich verenigen om een doel te bereiken.

Daarbij is het voor het goed functioneren van een groep wel van belang, dat de interactie vrijwillig is en zelfsturend verloopt.

5.3.1.2 Interactie en de invloed van de individuele ontwikkelingsgeschiedenis van de groepsleden

Groepsleden reageren niet op wat er objectief in de interactie gebeurt, maar op de betekenis die ze er aan geven. Deze is subjectief. In de loop van het leven ontstaat een intern werkmodel (Bowlby, 1969), schema (Young, 2005), een blauwdruk waar vanuit iemand de wereld om hem heen, en dus ook de interacties, interpreteert. Verschillende groepsleden ervaren dezelfde gebeurtenis op verschillende manieren op grond van hun eigen blauwdrukken. Daarbij heeft ieder groepslid in de jeugd een eigen interactiestijl of hechtingsstijl ontwikkeld (Bowlby, 1969; Main, 1988). Deze is ontwikkeld in relatie met de belangrijkste hechtingsfiguren, zoals ouders, broers en zussen, of andere opvoeders, waarin het zelfbeeld en het beeld van de ander, de sociale wereld, wordt gevormd. Iemand met een veilige hechtingsstijl is beter in staat contact aan te gaan met anderen en zichzelf gerust te stellen bij oplopende spanningen dan iemand met een onveilige hechtingsstijl.

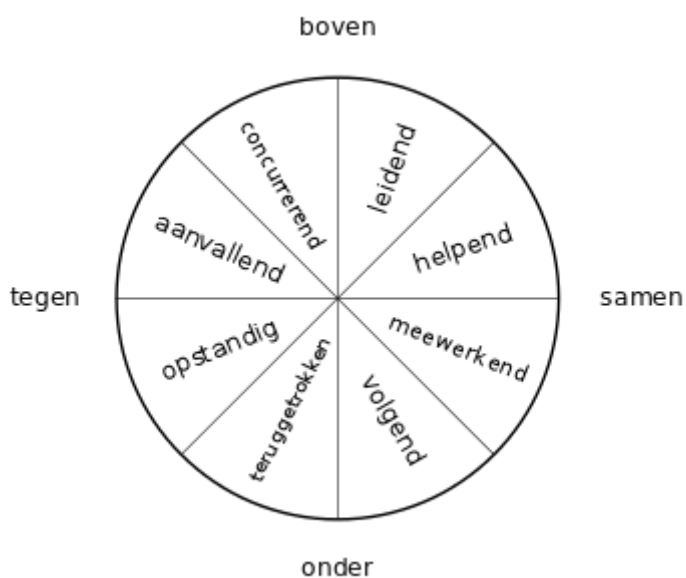
5.3.1.3 Interactie-modellen

Gedragingen, automatisch of niet, ontstaan als reactie op het gedrag van een ander. De specifieke interacties die ontstaan, kunnen een vast patroon hebben, waarbij gedrag van persoon A een reactie bij persoon B uitlokt. De interactie tussen de groepsleden, en de groepsleden en de groepsbehandelaar kan op verschillende manieren worden geobserveerd, geanalyseerd en beïnvloed. Hiervoor zijn verschillende interactie- of interpersoonlijke modellen beschreven, zoals bijvoorbeeld Bales' Interactie Proces Analyse, de Transactionele

Analyse (TA) of de Defensieve communicatiepatronen van Gibb (Oomkes, 2006). In deze richtlijnen wordt gekozen voor beschrijving van het model van de Roos van Leary (1959). Het model is goed uitgewerkt, in de loop van de tijd ook verder ontwikkeld, en sluit goed aan bij het doel van deze richtlijnen. Het model is direct toepasbaar bij hetgeen een groepsbehandelaar in de begeleiding van zijn groepen tegenkomt.

Meer recente uitwerkingen van de Roos van Leary zijn te vinden bij de Interpersoonlijke Theorie van Kiesler (1996; Hafkenscheid, 2004a en 2004b), en Interpersoonlijke Cirkel (Wubbels & Creton, 1993). Hiervoor verwijzen wij naar de aanbevolen literatuur.

De Amerikaanse psycholoog Timothy Leary ontwikkelde het model van een windroos met acht interpersoonlijke gedragsbeschrijvingen om sociaal gedrag in kaart te brengen (Leary, 1959). De indeling is gebaseerd op twee onderliggende gedragsdimensies: enerzijds invloed: dominant-submissief (boven-onder) en anderzijds nabijheid: haat-liefde (tegen-samen).



Figuur 1. Roos van Leary

Het model bleek goed bruikbaar om interactieverschijnselen te verklaren en te voorspellen. In onderstaande tabel worden achtereenvolgens de verschillende posities beschreven, daarnaast toegelicht in concreet en functioneel (leiderschaps-)gedrag, en vervolgens de valkuil of disfunctionele variant van deze positie.

<i>Sector in de Roos</i>	<i>Functioneel gedrag</i>	<i>Valkuil</i>
Boven-Samen (BS) Leidend	leiding en initiatief nemen, structureren, organiseren, problemen oplossen, overtuigen	betweter, niet luisteren, geeft altijd advies, bemoeizuchtig, ongeduldig, te sturend
Samen-Boven (SB) Helpend	positief reageren, belangstelling, waardering en begrip tonen, helpen, vertrouwen bieden, stimuleren en steunen	overbezorgd, overbeschermend, teveel ruimte aan anderen laten, conflicten niet serieus nemen, teveel op je schouders nemen
Samen-Onder (SO) Meewerkend	luisteren, meegaand, ruimte geven, begripvol; compromissen sluiten, aan de regels houden	te snel overstag gaan om de sfeer goed te houden, op sympathie uit, weinig kritisch, conflicten toedekken, teveel aanpassen
Onder-Samen (OS) Volgend	ruimte geven, respectvol, bescheiden, af kunnen wachten, groepsleden vooral zelfstandig laten werken, of hun gang laten gaan	zich wegcijferen, te bereidwillig, onzichtbaar, niet gelijkwaardig, op bevestiging uit, tegen anderen opkijken, hulpeloos en afhankelijk,
Onder-Tegen (OT) Teruggetrokken	verontschuldiging, afwachtend, afstand nemen, twijfel en onzekerheid toelaten	laat over zich heen lopen, passief vanuit desinteresse, klagen, mokken, verbitterd, onbenaderbaar
Tegen-Onder (TO) Opstandig	openlijk ontevreden, sceptisch, in discussie gaan, conflict niet uit de weg gaan	rebelleren, zwijgen uit onvrede, verbeteren, koppig, wantrouwend,
Tegen-Boven (TB) Aanvallend	streng zijn, irritaties uiten, grenzen stellen, op fouten wijzen, open en direct	Impulsief en kwetsend, sterk normatief en eisend, ongenuanceerd, zeer conflictueus, eigen belang eerst
Boven-Tegen (BT) Concurrerend	controleren en beoordelen, grenzen stellen, kan regels stellen en handhaven, competitie durven aangaan, onafhankelijk	bazig, snel in conflict, arrogant, te autonoom, weinig inlevend door overheersing, geen tegenspraak duldend

Tabel 2. Interpersoonlijke gedragsbeschrijvingen Roos van Leary, naar Remmerswaal(2004) en van Dijk (2015).

5.3.2 De praktijk

Een goede groepsbehandelaar kent zichzelf en kan taakgedrag en sociaal-emotioneel gedrag binnen een groep in beweging brengen. De groep brengt zijn taak tot een goed einde en heeft het bovendien prettig met elkaar gehad. Voor het beïnvloeden van de taakkant en de proceskant maakt de groepsbehandelaar gebruik van verschillende technieken (De Haas, 2008). Met gesprekstechnieken, verbale interventies, waarmee zowel op cognitief als op affectief niveau geïntervenieerd wordt, kan de groepsbehandelaar de taakkant beïnvloeden. Met relatietechnieken beïnvloedt de groepsbehandelaar de proceskant. Hier gaat het om de wijze waarop de groepsbehandelaar iets zegt, met welke lichamelijke houding en welke toon. In hoofdstuk 8 worden deze technieken verder besproken.

Hoe de groepsbehandelaar zich opstelt in het gesprek heeft automatisch gevolgen voor de houding van de groepsleden. Het gedrag van de groepsbehandelaar roept namelijk een specifiek passend (complementair of symmetrisch) gedrag bij de groepsleden op. In algemene zin doen zich in groepsinteracties de volgende wetmatigheden voor (De Haas, 2008):

- boven-gedrag nodigt uit tot onder-gedrag: teveel leiden, initiëren en beïnvloeden nodigt uit tot passief en afhankelijk gedrag
- onder-gedrag nodigt uit tot boven-gedrag: klagend gedrag nodigt uit tot adviserende reacties
- samen-gedrag nodigt uit tot samen-gedrag: openheid en enthousiasme nodigen uit tot delen van gelijksoortige ervaringen
- tegen-gedrag nodigt uit tot tegen-gedrag: overmatig kritiseren nodigt uit tot opstandige reacties

Om sturing te geven aan de interactie biedt de Roos van Leary goede aanknopingspunten voor de groepsbehandelaar. De groepsbehandelaar is zich bewust van de wetmatigheden en van het effect dat zijn handelen kan hebben op de groepsleden. Anderzijds kan de groepsbehandelaar er vanuit strategische overwegingen voor kiezen meer of minder sturend naar de groep te zijn, en daarmee de gewenste samenwerking met de groepsleden te ontwikkelen. De leider stuurt in het begin meer in de boven-positie. Later in het groepsproces, of bij verzet vanuit de groepsleden, kan hij er ook voor kiezen om meer samenwerking met de groep te zoeken, en stelt zich dan meer in een samen-positie op. Bij passief of vermijdend gedrag kan de groepsbehandelaar ervoor kiezen niet mee te gaan in de te verwachten leidende bovenpositie, maar meer vanuit een onder-samen-positie te reageren.

Als groepsbehandelaar en groepsleden op elkaar reageren vanuit hetzelfde kwadrant van de Roos, houden zij hetzelfde gedrag in stand en dreigt het gevaar van symmetrische escalaties. Per kwadrant ligt het volgende effect voor de hand:

- allen in het kwadrant Boven/Tegen: er kan een machtsstrijd ontstaan

- allen in het kwadrant Boven/Samen: ieder wil een eigen plan trekken
- allen in het kwadrant Onder/Samen: men komt niet veel verder, omdat initiatief ontbreekt
- allen in het kwadrant Onder/Tegen: men blijft stagneren in het wederzijds kritiek leveren

Een meer praktische beschrijving van oefeningen met de Roos van Leary is te vinden bij Bekker (2014) en Van Dijk (2015). Naast ondersteunend materiaal in de vorm van boeken en artikelen kan het ook zinvol zijn om bijvoorbeeld te werken met audiovisuele middelen waarbij het gedrag van de groep kan worden opgenomen en vervolgens worden geanalyseerd met behulp van de roos. Ook zijn er spelvormen en sjablonen beschikbaar om de diverse interacties in kaart te brengen.

5.4 Normen

5.4.1 Achtergrond

5.4.1.1 Algemeen

Tijdens de ontwikkeling van de groep ontstaan groepsnormen, duidelijke richtlijnen hoe men zich gedraagt in de groep. Normen ontwikkelen zich in de eerste sessies (Burlingame et al., 2013) en kunnen, in tegenstelling tot regels, niet worden opgelegd: ze ontstaan uit de interacties tussen de groepsleden en groepsbehandelaar.

Normen regelen de samenwerking in de groep (Hoijsink, 2001; De Haas, 2008). Een norm wordt bepaald door de waarde die de groep hecht aan bepaalde opvattingen en gedragingen. Deze waarde bepaalt hoe binnen de groep met elkaar wordt omgegaan, welk gedrag wordt gewaardeerd en verwacht én welk gedrag niet (Bond, 1983).

5.4.1.2 Functie van normen en de groepscultuur

De functie van normen is het reguleren van gedrag met als doel het in stand houden en het productief zijn van de groep. Voor het in standhouden van de groep worden praktische afspraken gemaakt over bijvoorbeeld aanwezigheid en vertrouwelijkheid. Om de taak goed te kunnen uitvoeren is het belangrijk dat er afspraken worden gemaakt over wie wat doet en hoe de taak wordt uitgevoerd. Bij een ongestructureerde groep is het bijvoorbeeld aan het groepslid om het woord te nemen, en bij een gestructureerde groep kan afgesproken worden dat de groepsleden tussen de zittingen huiswerk maken. Normen hebben daarnaast een functie in het regelen van de gewenste omgangsvormen.

De groepsnormen bepalen voor een belangrijk deel de cultuur van de groep. Als iemand zich sterk verwant voelt met de groep verschaffen de normen een sociale identiteit. Het groepslid voelt zich dan sterk verwant met de groep, zoals dat bijvoorbeeld het geval is bij een groep voor mensen die een naaste hebben verloren, óf mensen die deelnemen aan een gespreksgroep van een politieke partij. Tijdens een bijeenkomst kan een groepslid

toetsen aan de groep of een mening binnen de norm valt. Groepsleden die bijvoorbeeld geneigd zijn zich ondergeschikt op te stellen kunnen onderzoeken welk norm zij hanteren om vervolgens na te gaan op welke wijze het gepast is om op te komen voor zichzelf (Hoijtink, 2001; De Haas, 2008).

5.4.1.3 Formele en informele normen

In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen formele en informele normen. Van formele normen wordt gesproken als de norm als groepsregel wordt afgesproken, deze zijn expliciet. Een voorbeeld hiervan kan zijn dat groepsleden elkaar niet aanraken, ook niet als iemand heel erg verdrietig is en troost nodig heeft. Wellicht is dit expliciet met elkaar afgesproken, maar het is ook mogelijk dat deze norm zonder er met elkaar over te spreken is ontstaan. In dat geval spreken we van een informele norm, deze is impliciet. Dit zijn de ongeschreven regels die vaak krachtiger zijn dan de formele normen, omdat ze zijn ontstaan in het samenspel met de groepsleden en de groepsbehandelaar, en de groepsleden zich hieraan conformeren (Hoijtink, 2001; De Haas, 2008). Informele normen worden vaak onbewust gehanteerd en door gedrag van de groepsleden bekrachtigd met non-verbale en verbale reacties. Informele normen kunnen op een gegeven moment in strijd zijn met de formele normen.

5.4.2 De praktijk

Om de ontwikkeling van normen die ten dienste staan van het groepsproces, en de groepstaak te bevorderen zal de groepsbehandelaar het één bekrachtigen en het ander negeren. De groepsbehandelaar stelt vragen op een open en niet verdedigende of aanvallende manier. (AGPA, 2007). Niet wenselijke normen of normen die ontbreken worden door de groepsbehandelaars bespreekbaar gemaakt. Als eerste wordt onderzocht welke waarden ten grondslag liggen aan deze norm. Wat is belangrijk voor de groepsleden? Hierna kunnen groepsleden bespreken welk gedrag zij wenselijk vinden. Er kan gevraagd worden naar de waarde die de individuele groepsleden toekennen aan bepaald gedrag, en tegelijkertijd wat zij verwachten van elkaar in het uitvoeren van dit gedrag (Bond, 1983).

Ook impliciete normen kunnen wanneer zij belemmerend werken op het uitvoeren van de groepstaak door de groepsbehandelaar aan de orde worden gesteld. Door een impliciete norm te bespreken en deze expliciet te maken, kan de norm worden bijgesteld of als deze waardevol is door de groep worden omarmd. Expliciete normen kunnen zo vanzelfsprekend worden dat ze in de loop van de tijd impliciet worden. Denk bijvoorbeeld aan het vertrouwelijk omgaan met informatie van de groepsleden (Hoijtink, 2001; De Haas, 2008).

Bij de opzet en bij de start van de groep stellen de groepsbehandelaars zich de vraag hoeveel en welke regels er vooraf gesteld moeten worden om voldoende ruimte te geven aan het ontstaan van normen in de groep. Het antwoord hierop zal voortvloeien uit de taak die de groep heeft én de mogelijkheden van de groepsleden. Hele angstige groepsleden hebben baat bij duidelijkheid, terwijl bij veel vooraf opgelegde regels voor andere groepsleden te

weinig oefen- en ontwikkelruimte ontstaat. In het oog moet worden gehouden dat normen die ontstaan in de samenwerking met de groep krachtiger zijn dan opgelegde regels.

In een lopende groep is het de taak van de groepsbehandelaars om zich af te vragen welke normen er in de groep worden gehanteerd. Normen kunnen immers zowel een bevorderende als een belemmerende werking hebben. In een groep waarin groepsleden komen om geholpen te worden verlies te verwerken, is het wenselijk dat emoties worden geuit. Een norm dat huilen zwak is werkt belemmerend. In de analyse die de groepsbehandelaar maakt probeert de groepsbehandelaar te onderscheiden wat vastgestelde groepsregels zijn en normen die in de groep ontstaan zijn, tussen formele en informele normen, expliciete en impliciete normen.

Na deze analyse wordt een interventie gekozen.

De groepsbehandelaar heeft verschillende gesprekstechnieken om sturing te geven aan de normen in de groep: openlijk en expliciet in discussie gaan over de norm, expliciet instructie geven, voorstellen doen (ook voor procedures), waardering uit spreken voor het gewenste gedrag of door non-verbaal aanmoedigen, groepsleden erbij betrekken, het gedrag zelf uitvoeren of voordoen (De Haas, 2008; Hoijtink, 2011).

5.5 Rollen

5.5.1 Achtergrond

5.5.1.1 Algemeen

Bij het uitvoeren van de taak nemen groepsleden in de samenwerking een rol in de groep in. Zij laten een kenmerkende combinatie van gedragingen zien, die de groep in de loop van de tijd van een bepaald groepslid, en het groepslid van zichzelf, verwacht (De Haas, 2008). Groepsrollen zijn onderdeel van de structuur van de groep en maken dat, net zoals bij normen, de samenwerking voorspelbaar is. Deze voorspelbaarheid vergroot het gevoel van veiligheid en regelt het spanningsniveau in de groep. Tijdens de ontwikkeling van een groep ontstaat een rollenstructuur die gevarieerd is. Deze komt tegemoet aan wat de groep nodig heeft en waarin de rollen persoonlijk, op individueel niveau, worden ingevuld (de Haas, 2008).

Er bestaan verschillende modellen waarin rollen worden omschreven, zoals de teamrollen van Belbin (Bekker, 2016), en de leiderschapsrollen van Brusa gebaseerd op het model van Beck (Hoijtink, 2001).

5.5.1.2 Roldifferentiatie en leiderschapsrollen

Al in een beginnende groepsstructuur worden rollen van groepsleden duidelijk. Er zijn verschillende rollen nodig om de taak van de groep uit te kunnen voeren. Deze verschillen worden door Bales (in Johnson & Johnson, 2011) roldifferentiatie genoemd. De rollen zijn

gericht op taak- en emotionele aspecten in de groep. Iedere rol heeft bij passende verantwoordelijkheden, bevoegdheden, doelen en taken.

In een groep kunnen vier noodzakelijke leiderschapsrollen worden onderscheiden (Brusa, 1994, in De Haas, 2008). Deze rollen ontstaan in de samenwerking en zijn niet van tevoren met elkaar afgesproken. Zo is er iemand die de leiding op zich neemt ten aanzien van de taak de taakleider, iemand die het emotionele klimaat in de groep houdt de emotionele leider, iemand die een afwijkende mening heeft de deviant, of iemand die negatieve reacties over zich af roept de zondebok. Al deze rollen hebben een functie in het proces waarin de groep zit. De taakleider zorgt voor het uitvoeren van de taak en richt de aandacht op dit doel. De emotionele leider richt zich op de sfeer en de onderlinge betrokkenheid, en bevordert de cohesie. De deviant zorgt voor kritische distantie, belicht situaties vanuit verschillende invalshoeken en bevordert differentiatie en autonomie. De zondebok zorgt voor spanningsreductie bij oplopende spanningen in de interacties in de groep, en kan gezien worden als bliksemafleider.

Rollen kunnen formeel en informeel zijn, openlijk of verborgen, afgesproken of niet afgesproken (Hoijtink, 2011). Daarbij kunnen de formele leider en de informele leider elkaar versterken, en elkaar ondermijnen. De rol die iemand aanneemt ontstaat in de interactie met de groep. De groep heeft deze rol nodig én de rol past bij de eigenschappen van het groepslid. Dit wordt door De Haas (2008) dubbele dynamiek genoemd. Volgens Hoijtink (2001) wordt welke rol iemand op zich neemt bepaald door de kernconflicten van een groep; wanneer rollen ontwikkeld worden hangt samen met de fase van groepsontwikkeling en wie een bepaalde rol op zich neemt wordt bepaald door diens individuele eigenschappen.

Er zijn verschillende manieren waarop groepsrollen het groepsproces of de groepsontwikkeling kunnen belemmeren. Als een groepslid verstrikt raakt in een rol en niet meer in staat is van rol te veranderen kan er sprake zijn van rolfixatie. De gewenste flexibiliteit ontbreekt en er treedt verstarring op. Als gevolg van deze verstarring verliest de rol de functie in de interactie en gaat de interactie hinderen (De Haas, 2008). Er wordt gesproken van rolfixatie (Levine, 1983) als de rol die iemand heeft de individuele ontwikkeling of het groepsproces belemmert. Als er geen duidelijke rolverdeling ontstaat in de groep wordt er gesproken van rolvervaging. Dit kan samenhangen met de beperkte mogelijkheden van de groep en de groepsleden. Ook kan het betekenen dat er angst is om zichtbaar te worden (De Haas, 2008).

Ook de groepsbehandelaar heeft een rol in de groep. Over het algemeen is dit bij het begin van de groep de rol van formele leider. Afhankelijk van het doel en de taak van de groep is het nodig dat de groepsbehandelaar kan variëren in diens rol om zo de groep de ruimte te geven voldoende roldifferentiatie te ontwikkelen. Ook afhankelijk van de ontwikkelingsfase van de groep dient de groepsbehandelaar zijn rol te variëren. Dit wordt in hoofdstuk 6 uitvoerig beschreven.

5.5.2 De praktijk

Een groepsbehandelaar gaat na welke rollen in de groep aanwezig zijn en stimuleert functionele rollen en intervenueert bij disfunctionele rollen. De groepsbehandelaar bevestigt iemand in zijn rol door het gedrag aan te moedigen, verbaal of non-verbaal. Bij disfunctioneel rolgedrag maakt de groepsbehandelaar dit bespreekbaar in de groep. Er wordt onderzocht waarom de groep het nodig heeft dat dit groepslid in deze rol zit én er wordt onderzocht waarom deze rol het groepslid goed past. Hierna kan meer of minder expliciet afspraken worden gemaakt over het wenselijke gedrag.

Het is de taak van de groepsbehandelaar om tijdig te onderkennen wanneer een rol belemmerend wordt en de richting van de interactie te veranderen (Hoijsink, 2001). Groepen kunnen veel weerstand hebben tegen deze interventies, omdat de rolverdeling het resultaat kan zijn van onopgeloste onderlinge vraagstukken die beleefd kunnen worden als een conflict. Door iemand in bijvoorbeeld de zondebok positie te houden hoeft er niet gesproken te worden over onderlinge verschillen.

De groepsbehandelaar varieert in zijn eigen rolgedrag ten behoeve van de uitvoering van de taak of de ontwikkeling van de groep. De formele leiding wordt losgelaten als dat niet functioneel is. De groepsbehandelaar kan dan een meer afwachtende rol aannemen en aanmoedigen of bijsturen daar waar dat nodig is. De formele leiding wordt weer opgepakt als de groep stagneert in de ontwikkeling of in de uitvoering van een taak. Een voorbeeld hiervan is de groep die bij aanvang van de groep koffie drinkt en moeizaam een werkhouding aanneemt. De gezellige sfeer die is ontstaan en eerst de functie had van het creëren van veiligheid door op deze wijze met elkaar kennis te maken en vertrouwen op te bouwen, belemmert nu het werken aan de taak van de groep. De groepsbehandelaar kan dit bespreken door de groep te wijzen op de formele afspraak dat er tijdens de bijeenkomst niet wordt gegeten en gedronken, maar kan ook kiezen voor het bespreken van de sfeer in de groep en wat daarin helpend en belemmerend is voor de verschillende groepsleden.

5.6 Integratie van de structurelementen

Dat alle structurelementen en procesfactoren samenhangen is vanzelfsprekend. De wijze waarop de elementen interacteren zorgt voor de dynamiek van de groep. Hoe draagt de groepsbehandelaar zorg voor integratie van deze elementen?

De groepsbehandelaar evalueert iedere bijeenkomst aan de hand van de besproken structurelementen en stelt zichzelf de volgende vragen:

- Heeft de groep de taak waarvoor zij bij elkaar komen uit kunnen voeren?
- Welke structurelementen en procesfactoren hebben hieraan bijgedragen? Welke werken belemmerend?
- En welke interventies wil de groepsbehandelaar de volgende bijeenkomst uitvoeren om het groepsproces te bevorderen ten gunste van het uitvoeren van de taak van de groep?

De groepsbehandelaar moet in staat zijn processen te onderscheiden die werk-georiënteerd zijn ten opzichte van die afwerend en vermijgend zijn van de taak. Destructieve krachten moeten worden tegengegaan en constructieve krachten worden gestimuleerd (AGPA, 2007).

Een groep kan sterke weerstand hebben om te praten over de cohesie, interactiepatronen, normen en rollen omdat het evenwicht dat ontstaan is door het merendeel van de groep wordt geaccepteerd. Hier veranderingen in aanbrengen roept angst op. De groep heeft dan onvoldoende zicht op dat het hen belemmert in de ontwikkeling van de groep en daarmee de uitvoering van de taak. Het in standhouden van de gevestigde orde betekent stilstand. De groep komt niet in een volgende ontwikkelingsfase. De taak van de groep bepaalt of dit schadelijk is of niet. Een psycho-educatiegroep verlangt minder verdieping in de samenwerking dan een groep waarin ingrijpende levensgebeurtenissen worden verwerkt. De groepsbehandelaar kan met de interventies, die bij ieder structuurelement beschreven staan, het groepsproces in zijn geheel bevorderen. Van belang is dat alle elementen mee worden gewogen. Zo kan een informele leider sterke invloed hebben op een norm in de groep die de interactie tussen de groepsleden sterkt bepaalt en daarmee ook de mate van cohesie bepaalt. De groepsbehandelaar kan het groepslid dat de rol van deviant heeft in zijn gedrag gaan bekrachtigen en daarmee bijvoorbeeld de norm die ontstaan is over wat wel en niet besproken kan worden in de groep aan de orde stellen.

Wat een groepsbehandelaar zelf ervaart in het werken met de groep kan heel wisselend en indringend zijn. Zelfreflectie en zelfzorg zijn cruciaal in het omgaan met dat wat het werken met de groep oproept bij de groepsbehandelaar. De groepsbehandelaar zal zich bewust moeten zijn van hoe eigen reactiepatronen helpend dan wel remmend zijn voor het groepsproces. Zeker als de groepsbehandelaar alleen werkt is het raadzaam om deel te nemen aan intervisie, of zo nu en dan een collega te consulteren (AGPA, 2007).

5.7 Samenvatting

- Het groepsproces en de dynamiek van de groep wordt bepaald door de samenhang van de structuurelementen: cohesie, interactie, normen en rollen. De groepsbehandelaar is zich bewust van de structuurelementen, benadert ze in hun samenhang, en kan door interventies gericht op deze structuurelementen het groepsproces als geheel bevorderen.
- Onder cohesie wordt verstaan de mate van verbondenheid tussen de groepsleden en van de groepsleden met de taak van de groep. Het is de samenwerkingsrelatie op groepsniveau. In het bevorderen van cohesie neemt de groepsbehandelaar een meer centrale positie in; verderop in het proces verschuift diens positie meer naar de rand.
- Interacties zijn een noodzakelijke voorwaarde voor het functioneren van een groep en het volbrengen van een taak. Interacties worden bepaald door de interne werkmodellen en de gehechtheidsstijlen van de groepsleden.

Het interactiemodel *de Roos van Leary* is behulpzaam bij het analyseren en het sturen van de interacties in de groep.

- Normen dragen op groepsniveau bij aan de samenwerking, rollen doen dat op individueel niveau. Normen schrijven het gedrag voor dat voor het volbrengen van de taak gewenst is. Regels kunnen worden opgelegd, normen ontstaan uit de interactie van de groepsleden.

Als normen belemmerend worden in het bereiken van de taak zal de groepsbehandelaar dit ter sprake brengen.

- Rollen in de groep zijn behulpzaam bij de taakverdeling. Naast afgesproken rollen zijn er ook informele rollen die ontstaan in de interactie met elkaar én samenhangen met de persoonlijke stijl van het groepslid.

De groepsbehandelaar bevordert voldoende roldifferentiatie en gaat rolfixatie en rolvervaging tegen.

- Regelmatige intervisie of consultatie bij een collega is aan te bevelen om de ervaringen en opgeroepen gevoelens in het werken met de groep te kanaliseren en een constructief vervolg te geven.

-
-

5.8 Aanbevolen literatuur

Bekker, M.E. (2016). *Groepsdynamica: Werken in en met groepen*. Amsterdam: Boom.

Haas, W. de (2008). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Amsterdam: Boom Nelissen.

Hoijtink T.A.E. (2001). *De kracht van groepen; normen en rollen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kiesler, D.J. (1996). *Contemporary Interpersonal Theory and Research*. New York: Wiley.

5.9 Geraadpleegde literatuur

American Group Psychotherapy Association (2007). *Practice Guidelines for Group Psychotherapy, Science to Service Task Force*.

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.

Bekker, M.E. (2016). *Groepsdynamica: werken in en met groepen*. Amsterdam: Boom.

Bekker, M.E. (2014). *Focus op groepsdynamica*. Amsterdam: Boom Lemma.

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

Bond, G.R. (1983). Norm regulation in therapy groups. In R.R. Dries & K.R. MacKenzie (Eds). *Advances in group psychotherapy* (p. 171-190). New York: International Universities Press.

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Volume 1*. London: Penguin Books.
- Burlingame G.M., Mc Cleddon, D.T. & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy*, 48 (1), 34-42.
- Burlingame, G.M., Strauss B. & Joyce A.S. (2013). Change Mechanisms and effectiveness of small-group treatments. In M.J. Lambert (ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour*. 6th ed., p. 640-689.
- Dijk, A. van (2015). *Beïnvloed anderen, begin bij jezelf*. Zaltbommel: Thema.
- Dijkstra, P. (2014). *Sociale Psychologie*. Den Haag: Boom Lemma.
- Forsyth, D.R. (1990). *Group Dynamics*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing.
- Haas W. de (2008). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Amsterdam: Boom Nelissen.
- Hafkenscheid, A. (2004a). De interpersoonlijke communicatietheorie van Donald J. Kiesler (1). De theorie. *PsychoPraxis* 6 (1) 15-19.
- Hafkenscheid, A. (2004b). De interpersoonlijke communicatietheorie van Donald Kiesler (2). De praktijk. *PsychoPraxis* 6 (2), 56-61.
- Hoijtink T.A.E. (2001). *De kracht van groepen; normen en rollen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Johnson, D.W. & Johnson, F. (2011). *Groepsdynamica, theorie en vaardigheden*. Amsterdam: Pearson Education.
- Kiesler, D.J., (1996). *Contemporary Interpersonal Theory and Research*. New York: Wiley.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal Diagnosis of personality*. New York: The Ronald Press.
- Levine, B. (1982). *Groepspsychotherapie*. Deventer: van Loghum Slaterus.
- Main, M. & Goldwyn, R. (1988). An adult attachment classification system. Unpublished manuscript. University of California, Department of Psychology, Berkeley.
- Oomkes, F. (2006). *Communicatieleer*. Amsterdam: Boom.
- Remmerswaal J. (2001/2004). *Handboek Groepsdynamica*. Soest: Nelissen.
- Whitney, K. (1994). Improving Group Task Performance: The Role of Group Goals and Group Efficacy. *Human Performance*, 7 (1), 55-75.

Yalom, I.D. (2005). *Groepspsychotherapie in theorie en praktijk*. Deventer: Bohn Stafleu Van Loghum.

Young, J. E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie. Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Hoofdstuk 6: Ontwikkelingsfasen, de dynamiek van de groepsontwikkeling. Katelijne Robbertz en Roelof Wolters

6.1 Inleiding

Zoals alle groepen, veranderen en ontwikkelen behandelgroepen in loop van de tijd. Kennis van de groepsontwikkeling kan de groepsbehandelaar helpen te onderscheiden of het gedrag van de groepsleden persoonlijke kwesties weerspiegelt of dat er sprake is van kwesties betreffende de groepsontwikkeling. Kennis over groepsontwikkeling geeft handvatten interventies te doen die specifiek zijn voor de fase(n) waarin de groep zich bevindt (AGPA, 2007).

Er zijn veel groepsontwikkelingstheorieën, die ieder uitgaan van de aanname dat er een systematische verdieping van het groepswork optreedt, wanneer gebruik wordt gemaakt van fase-specifieke behandelstrategieën. Succesvolle groepen laten na verloop van tijd voorspelbare verschijnselen zien en weinig succesvolle groepen ervaren onderbrekingen of ontwikkelingsblokkades, die resulteren in terugval of zelfs desintegratie.

6.2 Achtergrond

Burlingame et al. (2004) beschrijven in hun research-overzicht over groepsbehandeling een grote mate van evidentie ten aanzien van het begrip groepsontwikkeling. Procespatronen, die congruent zijn met de theorie over groepsontwikkeling, zijn gevonden bij verschillende metingen, patiëntpopulaties en formele veranderingstheorieën, hetgeen niet alleen het belang van de theorie van groepsontwikkeling laat zien maar ook de kenmerken van het groepsniveau, onafhankelijk van de formele veranderingstheorie. Niet alle onderzoeksartikelen ondersteunen echter het bestaan van ontwikkelingsfasen.

Structurele factoren zoals een open versus een gesloten groep, wel of niet tijd-gelimiteerd en therapeutfactoren kunnen ontwikkelingsprocessen verhinderen of vertragen.

Daarnaast is er veel geschreven over de ontwikkeling van groepen en de fasen en crises waarmee deze ontwikkeling gepaard gaat. Dit heeft geleid tot een enorm aantal ontwikkelingsmodellen.

Hieronder vermelden we enkele van deze modellen (*in volgorde van jaar van publicatie*):

- Het drie fasen schema volgens Bales en Strodtbeck (1951);
- De twee hoofdfasen volgens Bennis en Shephard (1956);
- Het vier fasen model volgens Tuckman (1965);
- Het vijf fasen model volgens Hartford (1971);
- Het vier fasen model volgens Levine (1979);
- Het zes fasen model volgens Remmerswaal (1992);
- Het vijf fasen model volgens Oomkes (2004).

Uit de vele theorieën, die overigens veel overeenkomsten hebben, is hier gekozen voor de ver uitgewerkte ontwikkelingstheorie van behandelgroepen door Baruch Levine (1979). Deze keuze is op basis van consensus gemaakt door de klinische experts van de werkgroep en de adviesgroep (zie Hoofdstuk 1). Levine bracht alle belangrijke opvattingen over groepsontwikkeling van dat moment ingenieus samen in één model. Ook beschrijft hij hoe de groepsdynamische structuren, zoals cohesie, normen en rollen, mee veranderen in de loop van de faseontwikkeling. In elke fase hebben deze groepsdynamische verschijnselen hun eigen kenmerken. Samen vormen ze de groepsdynamische structuur die typisch is voor die fase (De Haas, 2008). Deze theorie wordt in Nederland vooral onderwezen in opleidingen voor de gezondheidszorg en is het meest bekend onder groepsbehandelaren.

In de komende paragrafen zullen de verschillende fasen en crises die de groepsontwikkeling kenmerken beschreven worden. Aan het eind van dit hoofdstuk zal voor iedere fase en crisis de consequenties voor de leiderschapsstijl en de interventies van de groepsbehandelaar besproken worden.

6.2.1 De verschillende fasen in de groepsontwikkeling

Achtereenvolgens komen de pré-fase, parallelfase, opnemingsfase, wederkerigheidsfase en eindfase aan de orde. Hoewel de hierna beschreven crises tijdens de hele groepsontwikkeling kunnen plaats vinden, wordt iedere faseovergang ook door een crisis gekenmerkt. Van parallelfase naar opnemingsfase is dat de autoriteitscrisis, van opnemingsfase naar wederkerigheidsfase de intimiteitscrisis en van wederkerigheidsfase naar eindfase de separatiecrisis. De problemen die zich in deze crises voordoen kunnen door de groepsleden en de groepsbehandelaar op een verruimende (de ontwikkeling bevorderende) of beperkende (de ontwikkeling remmende) manier worden opgelost.

6.2.1.1 De pré-fase

In hoofdstuk 2 en 3 is ruimschoots aandacht besteed aan de stappen die genomen worden voordat een behandelgroep van start gaat.

Uit onderzoek blijkt een goede en concrete voorbereiding op groepsbehandeling een positief effect te hebben op therapietrouw en duur van de behandeling. De voorbereiding kan gedaan worden door de verwijzer, door degenen die de groep leiden en middels schriftelijke voorlichting. Ook kennismaking met groepsbehandeling in een voorbereidingsgroep geeft positief effect (Yalom & Leszcz, 2005). Het positieve effect uit zich in een grotere inzet bij de groepstaak, een lager angstniveau en een groter vertrouwen in de groepsbehandeling. De werkrelatie (therapeutische alliantie) wordt versterkt.

In de AGPA-praktijkrichtlijnen voor groepsbehandeling wordt groot belang gehecht aan een zorgvuldige voorbereiding en worden diverse mogelijkheden aangegeven voor een

goede voorlichting aan verwijzers en patiënten. Ook wordt het belang van goede voorlichting aan en een goede samenwerking met het management onderstreept. Hoe beter de organisatie rondom de groep, hoe effectiever de behandeling (Burlingame et al., 2002).

6.2.1.2 De parallelfase

De parallelfase, vaak aangeduid als beginfase, wordt zo genoemd, omdat alle interacties gericht zijn op de groepsbehandelaar en parallel aan elkaar lopen. Ook als er interactie is tussen de groepsleden, zijn ze feitelijk bedoeld voor de groepsbehandelaar. In deze fase toont de groep zich afhankelijk van externe sturing door de groepsbehandelaar en zal de groep afgaan op de normen die de groepsbehandelaar stelt. De groepsleden zijn zoekende, vragen zich af wat wel en wat niet mag, wat van hen verwacht wordt, wat de bedoeling is en in hoeverre je jezelf mag blijven in de groep. 'In hoeverre kan en wil ik bij deze groep horen?' De mate waarin de groepsbehandelaar de leiding neemt, zal sterk bepalend zijn voor de mate van onzekerheid die zal heersen in de groep. Hoe meer sturing, op niet-autoritaire wijze, hoe minder onzekerheid, hoe optimaler het werkklimaat. Vooral bij groepen die bestaan uit groepsleden met een beperkte draagkracht (ik-sterkte) zal de mate waarin de groepsleden zich veilig voelen hierdoor worden bepaald. Te veel angst zal stagnerend werken op de groepsontwikkeling.

In groepen waarvan de leden geneigd zijn zich terug te trekken en passief te worden, of vluchtreacties te hebben, zal bij te weinig sturing de sfeer stroperig worden, zullen er lange onproductieve stiltes vallen, staren de groepsleden voor zich uit, terwijl degenen die iets inbrengen dit aarzeland en weinig concreet doen, en wordt boosheid geuit via passief-agressief gedrag. In groepen waarvan de leden meer temperamentvol zijn, wordt bij te weinig sturing de sfeer vijandig: de leden vragen heftig om meer duidelijkheid of gaan de groepsbehandelaar devalueren. Dit 'angstbijtgedrag' wordt door groepsbehandelaren nogal eens verward met de zogenoemde autoriteitscrisis. Bij de autoriteitscrisis (Zie 6.2.1.3) gaat het er om dat de groep meer invloed wil over de gang van zaken in de groep, meer inspraak. Als er sprake is van angstbijtgedrag, hebben de groepsleden behoefte aan meer sturing, een meer aanwezige groepsbehandelaar.

Bij veel cliënten die voor behandeling komen, zal de mythe van de behandelaar als almachtige redder een grote rol spelen. Deze mythevorming kan in een groep gemakkelijk versterkt worden, zeker in de parallelfase. Groepsleden met een voorgeschiedenis van verwaarlozing hebben vaak de hoop dat een 'ideale ouder' alles goed komt maken. Groepsleden kunnen deze ideale ouder gaan zien in de behandelaar, en als deze niet zo ideaal blijkt te zijn, kan men de verwaarlozende ouder in de groepsbehandelaar gaan zien. Door het belang van de eigen inzet te benadrukken en te vragen naar de behandel doelstellingen wordt de realiteit ingebracht dat de groepsbehandeling een samenwerkingsklus is, waarbij van iedereen inzet verwacht wordt en het niet zo is dat het heil komt van de groepsbehandelaar.

Naarmate het vertrouwen in de groepsbehandelaar groeit en het onderlinge vertrouwen toeneemt, zal (een deel van) de groep de behoefte krijgen meer invloed uit te oefenen. De groepsleden zullen komen met kritiek op de groepstherapeut of voorstellen doen voor een andere manier van werken dan de groep tot nu toe gewend is. Deze overgang naar een volgende fase wordt wel de autoriteitscrisis genoemd.

6.2.1.3 De autoriteitscrisis

Het begin van de autoriteitscrisis wordt gekenmerkt door de wens van de groep om meer invloed te krijgen. Groepsleden gaan niet aan de slag met de taak van de groep, en gaan het conflict aan met de groepsbehandelaar om tot meer autonomie te komen. Autoriteitscrisis klinkt heftig als benaming, maar hoewel de spanning in de groep tijdelijk zal toenemen, verloopt deze strijd om de macht meestal relatief rustig. Tijdens de autoriteitscrisis is het enerzijds van belang dat de groepsbehandelaar toestaat dat de groep met kritiek komt, met wensen tot verandering, maar anderzijds dat de groepsbehandelaar niet zonder meer alle wensen inwilligt. Om sterker, autonomer te worden is het goed als de groep ook kan 'stoeien' met de behandelaar, zoals een puber kan stoeien met zijn ouders om de volwassenheid te kunnen bereiken.

Belangrijk is dat ieder groepslid uitgenodigd wordt dit conflict aan te gaan. Het risico

bestaat anders dat een deel van de groep meegaat in het proces door aanpassing. Het kan ook zijn dat een deel van de groep reeds toe is aan deze stap terwijl een ander deel van de groep pas later deze stap kan maken en voorlopig nog in de parallelfase blijft.

Als de groep of een deel van de groep competent genoeg blijkt te zijn het heft in eigen

hand te nemen en het veilig genoeg is hierover het conflict aan te gaan met de

groepsbehandelaar, zal er voldoende veiligheid in de groep ontstaan om ook meer onderling het conflict aan te gaan en dit tot een goed einde te brengen. Ontstaat deze veiligheid niet, bijvoorbeeld omdat de groepsbehandelaar door de groep als te onveilig of te

autoritair wordt ervaren, dan bestaat het gevaar dat de groep de oplossing zoekt in een zondebok. Conflictstof dat de nodige irritatie en agressie oplevert, wordt dan afgereageerd via deze bliksemafleider. Als de groepsbehandelaar daarop de zondebok niet ontlast door de agressie naar zich toe te trekken om zo de groep alsnog de kans te geven het conflict met hem aan te gaan, bestaat het risico dat een groepslid daadwerkelijk uitgestoten wordt.

Omdat het groepsconflict daarmee niet daadwerkelijk is opgelost, zal een volgende groepslid mogelijk in de rol van zondebok komen, waarmee dit onopgeloste conflict voor stagnatie van de groepsontwikkeling blijft zorgen. Als de groep deze fase goed doorloopt en kans ziet de conflicten rondom status en macht met de groepsbehandelaar op te lossen, zal de groep hechter worden, zich autonomer gaan gedragen en de overstap maken naar de opnemingsfase.

6.2.1.4 De opnemingsfase

In deze fase zal de competentie van de groep om te werken aan hun groepstaak, zodat ieder zijn doelen kan realiseren, toenemen. Verder zullen de groepsleden onderling uitmaken hoe persoonlijk ze met elkaar willen omgaan, welke mate van intimiteit men met elkaar wil hebben en in hoeverre gevoelens van sympathie en antipathie met elkaar worden gedeeld. De groep is meer in staat de eigen veiligheid in de gaten te houden. Alleen op momenten dat de angst in de groep hoog oploopt en er mogelijk sprake is van terugval naar de parallelfase zal de groepsbehandelaar voor voldoende veiligheid in de groep zorg moeten dragen.

Naarmate de groep competentier is om de groeiende intimiteit en het toenemend vertrouwen te

kunnen verdragen, zal het gemakkelijker zijn toe te groeien naar de wederkerigheidsfase. Veel behandelgroepen zullen grote moeite hebben zo ver te komen. Groepsleden met een geschiedenis van verwaarlozing of met persoonlijkheidsstoornissen zullen, voor zover ze deze fase überhaupt bereiken, veel moeite hebben zich te ontwikkelen tot een groepslid dat voldoende gedifferentieerd is en voldoende vertrouwen durft te hebben in zijn

medegroepsleden. Het moet echter niet worden onderschat hoe belangrijk het voor deze

cliënten kan zijn deel uit te maken van een groep ook al doorloopt de groep niet alle fasen. Ergens bij te horen of over iets van mening te kunnen verschillen zonder dat het contact wordt beëindigd, kan een nieuwe en helende ervaring zijn.

6.2.1.5 De intimiteitscrisis

De vele angsten die gepaard gaan met groeiende intimiteit veroorzaken regelmatig een crisisachtige sfeer in de groep. Daarbij zal het naast angst voor verlies van autonomie, identiteit of controle vooral gaan om de angst voor totale afwijzing. Vroegere ervaringen met bestraffing, vijandigheid, afwijzing of verlating gaan opnieuw spelen.

Tijdens de gehele ontwikkeling van de groep zullen er zich intimiteitscrises voordoen die kunnen leiden tot steeds rijpere vormen van interactie en intimiteit. Tijdens de overgang van opnemingsfase naar wederkerigheidsfase zal er steeds meer acceptatie zijn van de onderlinge verschillen en zal men bij conflicten steeds meer in staat zijn in contact met elkaar te blijven en zal de onderlinge empathie toenemen.

6.2.1.6 De wederkerigheidsfase

Dit is de fase waarin de groep zichzelf verantwoordelijk maakt voor de structuur waarbinnen

de groepsleden kunnen werken aan hun persoonlijke doelen. Deze fase wordt ook wel de rijpe fase in de groepsontwikkeling genoemd. De onderlinge empathische banden zijn de basis van de wederkerigheidsfase.

Tegenstrijdige gevoelens, zoals gevoelens van boosheid en empathie jegens een ander, kunnen naast elkaar bestaan. Terugvallen naar eerdere fasen zijn meestal kortdurend van

aard. De groep is over het algemeen in staat de autoriteitscrises, intimiteitscrises en separatiecrises tijdens de wederkerigheidsfase zelfstandig op te lossen.

Levine (1982) noemt als fundamenteel verschil tussen de wederkerigheidsfase en de andere fasen de niveaus van empathie en differentiatie tussen de leden: "Empathie vertegenwoordigt het hoogtepunt van de intimiteit en dient in toenemende mate als kern van de relaties tussen de leden. Empathie begint met de eerste oplossing van een intimiteitscrisis en verdiept zich bij elke opvolgende intimiteitscrisis tijdens de wederkerigheidsfase. De empathische band verandert de manier waarop de groepsleden elkaar zien en met elkaar communiceren, ruziën of zich identificeren. Tijdens de wederkerigheidsfase zien zij andere leden als mensen die hun eigen emoties goed begrijpen en deel hebben aan het basisgevoel dat zij op dat moment hebben. Verschillen tussen groepsleden worden niet alleen verdraaglijk, maar belangrijk en nuttig tegen de achtergrond van wat de individuele leden voor elkaar voelen. Ieder lid hoeft zich niet langer te verdedigen tegen de gedachten en meningen van anderen, omdat hij de gevoelens van de andere leden ervaart. Alle leden ervaren een basisgevoel van acceptatie en opgenomen zijn in de groep op grond van het empathisch contact en de niveaus van differentiatie." (p.173).

6.2.1.7 De separatiecrisis en de eindfase

Het begin van de eindfase wordt weer gekenmerkt door (soms grote) onzekerheid. Dit deel van de eindfase wordt de separatiecrisis genoemd. Bij sommige individuele groepsleden lijkt er sprake van terugval, doordat groepsleden zich afvragen of ze voldoende bereikt hebben om zelfstandig verder te kunnen gaan. Er kan ook sprake zijn van teleurstelling en boosheid over wat er niet bereikt is of vanwege het feit dat men de groep moet loslaten: mensen waarmee men een band heeft opgebouwd, iets wat mogelijk voor het eerst in hun leven heeft plaatsgevonden. Voor groepsleden die eerder niet geleerd hebben afscheid te nemen, zich voldoende los te maken (separeren) of waarbij de losmaking (separatie) altijd met heftige conflicten verliep, is dit een lastige fase, die echter ook leerzaam kan zijn. Om deze reden is het van belang voor deze fase voldoende tijd te nemen. In hoofdstuk 7 komt deze fase uitvoerig aan bod.

6.2.2 Het cyclische verloop van groepsprocessen |

Bij gesloten groepen – groepen die een van tevoren bepaald aantal keren bijeenkomen, gezamenlijk starten en afronden – zal het groepsproces vaker dan bij open groepen volgens elkaar opeenvolgende fasen verlopen. Bij open groepen zal het verloop eerder cyclisch zijn. Hetzelfde geldt voor groepen waarvan de leden gevoelig reageren op het angstniveau van de groep. Bij deze groepen kan het vóórkomen dat het angstniveau dusdanig oploopt dat de groep terugvalt naar de parallelfase. Diverse oorzaken kunnen het angstniveau doen oplopen, zoals een onderling conflict tussen twee groepsleden, groeiende intimiteit in de opnemingsfase, een naderend afscheid of tijdelijke afwezigheid van de groepsbehandelaar. Nadat de groepsbehandelaar of mogelijk groepsleden die verder zijn in hun ontwikkeling interventies hebben gedaan die weer meer veiligheid in de groep brengen, kan de groep

terugkeren naar de opnemingsfase. Het gevolg is een snel cyclisch verloop van de fasen, waardoor de groep tijdens een sessie een aantal malen verschillende fasen kan doorlopen. Als er sprake is van een open groep, zullen de groepsleden die korter in de groep zitten zich nog in de parallelfase bevinden, terwijl de groepsleden die al langer deel uitmaken van de groep zich vaker in de opnemingsfase bevinden. Dit heeft als consequentie dat de groepsbehandelaar bij een snel cyclisch verloop van de fasen telkens zal moeten wisselen van leiderschapsstijl en daarbij ook nog rekening moet houden met het feit dat een deel van de groep een andere leiderschapsstijl vraagt dan een ander deel van de groep.

6.2.3 Diverse groepen en hun verloop in fasen

Het verloop in fasen en crises zal mede bepaald worden door de duur, vorm en samenstelling van de groep.

Zeer kortdurende groepen zullen nauwelijks fasen kennen. Wel blijft het van belang de

pré-fase zo goed mogelijk te laten verlopen zodat de groepsleden grondig voorbereid

zijn om de effectiviteit van de groep te bevorderen en drop-outs te voorkomen. Dergelijke groepen zullen voornamelijk in de parallelfase blijven. Normaal gesproken zal er sprake zijn van toenemende veiligheid, waarbij in de eindfase de onzekerheid weer zal toenemen.

Dit geldt ook voor sterk gestructureerde groepen. De kans dat de groep meer het heft in eigen handen zal nemen blijft door de hoge mate van structuur gering. Groepen met leden met ernstige psychopathologie, die veel sociale beperkingen kennen, zullen meestal eveneens in de parallelfase blijven omdat een dergelijke groep te weinig competente leden heeft om het heft in eigen hand te nemen.

6.3 De Praktijk

6.3.1 Leiderschapsstijl en interventies

In de komende paragrafen komt per fase en crisis aan de orde welke leiderschapsstijl adequaat is en welke interventies daarbij wenselijk zijn. Het model van Fiedler, later uitgewerkt door Hersey en Blanchard blijkt hiervoor een geschikt model (zie Remmerswaal, 2013 en Remmerswaal, 2015). De keuze van leiderschapsstijl van de groepsbehandelaar wordt bepaald door de mate waarin de individuele groepsleden en de groep als geheel in staat zijn samen te werken aan de groepstaak of het doel. Zoals de fasen elkaar geleidelijk opvolgen, zo gaat ook de groepsbehandelaar geleidelijk over op een andere bij de volgende fase passende leiderschapsstijl.

6.3.1.1 Leiderschapsstijl en interventies in de parallelfase:

Bij een beginnende, onveilige groep, die dus nog in de parallelfase verkeert, past de directieve leiderschapsstijl. Hierbij richt de groepsbehandelaar zich vooral op de taak en geeft daarbij structuur. In mindere mate zal de groepsbehandelaar zich richten op de

onderlinge samenwerking. Hij geeft heldere aanwijzingen hoe de taak dient te worden uitgevoerd, geeft concrete informatie en geeft op niet autoritaire wijze richting, is aanwezig en actief.

Interventies die van belang zijn in deze fase betreffen het scheppen van heldere kaders aangaande de taak en interventies die de onderlinge cohesie bevorderen. Vroege cohesie blijkt een belangrijke factor om een positief behandelresultaat te bereiken (Burlingame, et al., 2011).

Om heldere kaders betreffende de taak te scheppen is het van groot belang regels en afspraken te introduceren die de groep helpen zich te ontwikkelen naar een groep die effectief is. Deze regels en afspraken kunnen zich ontwikkelen tot groepsnormen. Als de groepsbehandelaar daarin te weinig sturend is, bestaat de kans dat de groep vroegtijdig eigen normen ontwikkelt om zich zodoende houvast te verschaffen. Dit zijn vaak normen die dienen om nog meer angst in de groep te voorkomen, maar die tegelijkertijd op de langere termijn beperkend zijn. De groepsbehandelaar is tevens model en introduceert een cultuur waarin je elkaar, en ook de groepsbehandelaar, kunt aanspreken op het naleven van de groepsregels en de groepsafspraken (Yalom, I.D., & Leszcz, M. 2005). De groepsbehandelaar zal de groepsleden uitleggen wat hun taak is in deze specifieke groep, hoe zij kunnen werken aan hun persoonlijke doelen, wat zij daarin voor elkaar kunnen betekenen en wat de rol van de groepsbehandelaar(s) is (De Haas, 2008).

Om in een vroeg stadium cohesie te bereiken zorgt de groepsbehandelaar voor een goede onderlinge kennismaking en verbreedt hij regelmatig door te vragen naar herkenning. De groepsbehandelaar heeft aandacht voor de ambivalente gevoelens van groepsleden ten aanzien van de behandeling en zorgt er actief voor dat deze besproken worden, zodat deze door onderlinge herkenning genormaliseerd worden en gezien worden als horend bij het proces. Om snel een veilige sfeer in de groep te krijgen beschrijft Berk (2005) een aantal nuttige interventies die het risico op dropout verkleinen (zie ook Wolters, 2011):

- Gratificeren van de behoefte van de groepsleden om stagnatie op te heffen, zoals stiltes doorbreken of conflicten begrenzen;
- Steunen en structureren, zoals valideren van de emoties van het moment, of een rondje maken;
- Transparant zijn, om niet-realistische waarnemingen over de groepsbehandelaar te voorkomen of te corrigeren;
- Individualiseren: als de groepsbehandelaar de groep als geheel aanspreekt, voelt vaak niemand zich aangesproken; als iemand persoonlijk wordt uitgenodigd iets te zeggen, is de kans groter dat er een reactie komt;
- Realiteit inbrengen, zoals het benadrukken van de taak om aan je behandeldoelen te werken of de eindigheid van de groep.

6.3.1.2 Leiderschapstijl en interventies tijdens de autoriteitscrisis:

Autoriteitscrises doen zich tijdens de gehele levensloop van de groep voor. Om de overgang te kunnen maken naar de opnemingsfase is het van belang dat de groep de autoriteitscrisis aangaat, en deze op een onderzoekende manier doorwerkt. De houding van de groepsbehandelaar is daarbij doorslaggevend. Het is van belang dat hij zich niet gaat verdedigen of geïrriteerd en aanvallend reageert, maar de kritiek verwelkomt, spiegelt, met vragen uitdiept, zodat de sfeer veilig genoeg wordt om met kritiek en veranderingsvoorstellen te komen. Normaal gesproken wordt het dan ook veilig genoeg in de groep om onderlinge kritiek te uiten. Een geslaagde autoriteitscrisis waarbij de groep gevoeld heeft dat ze meer het heft in eigen hand mogen nemen zorgt voor een steviger fundament onder de opnemingsfase en zal de groep minder snel terug vallen naar de parallelfase.

De leiderschapstijl verschuift in deze fase van meer taakgericht naar meer relatiegericht, van directief naar overtuigend.

6.3.1.3 Leiderschapstijl en interventies tijdens de opnemingsfase.

Als de groep meer inzicht heeft in de taak en meer het heft in eigen handen neemt, dan kan de groepsbehandelaar overschakelen naar de overtuigende leiderschapstijl. De groepsbehandelaar zal zich steeds meer richten op het groepsproces, op de wijze waarop de groep samenwerkt ten aanzien van de taak. De groepsbehandelaar die de overtuigende leiderschapstijl hanteert is motiverend en inspirerend naar de groepsleden om een bijdrage te leveren aan het realiseren van de beoogde doelstellingen en draagt ten aanzien van de taak steeds meer macht over aan de groep. Waar nodig verduidelijkt hij de taak of brengt hij het gesprek op gang hoe ieder de invulling van de groepstaak ziet. De overtuigende leiderschapstijl wordt vooral toegepast in de opnemingsfase van de groep.

De groepsbehandelaar heeft in de opnemingsfase bovenal de functie van interactiehelper en vertaler van de boodschappen tussen de groepsleden onderling. Technieken waarvan hij gebruik maakt zijn interactieve gesprekstechnieken, vooral verbinden maar ook verbreden, vragen, onderzoeken en verdiepen (De Haas, 2008).

Het is van belang dat de groepsbehandelaar ondersteunend en behulpzaam is bij het oplossen van conflicten die in de groep ontstaan, waardoor gemakkelijk gevoelens van buiten- of uitsluiting kunnen ontstaan bij de groepsleden (Levine, 1982). Tevens is van belang dat de groepsbehandelaar de groep helpt te komen tot acceptatie van boze gevoelens naar elkaar, van onderlinge conflicten, zodat de groep zich verder kan ontwikkelen. Om deze reden is het belangrijk dat de groepsbehandelaar een goed model biedt tijdens de autoriteitscrises.

6.3.1.4 Leiderschapsstijl en interventies tijdens de intimiteitscrisis.

Naarmate de groepsleden meer het heft in eigen handen nemen betreffende de groepstaak kan de groepsbehandelaar steeds meer overschakelen naar de participerende leiderschapsstijl, waarbij de onderlinge relaties en omgang centraal staan. Hij is gericht op onderlinge betrekkingen, omgangsvormen, sfeer en het bevorderen van een groepsklimaat waarin de onderlinge verhoudingen centraal staan.

Tijdens de intimiteitscrisis hoeft de groepsbehandelaar niet zo actief te zijn als in een autoriteitscrisis. De groepsleden kunnen en doen veel zelf en willen er zelf ook uitkomen. Daarom is het erg belangrijk dat de groepsbehandelaar zijn eigen mening of wens in eerste instantie buiten de discussie houdt. Die stoort namelijk eerder dan dat die helpt. De groepsleden zijn immers zelfstandig genoeg om er zelf uit te komen. De groepsbehandelaar kan helpen door te spiegelen, te verbinden en de interactie helpen te verduidelijken – meer niet (de Haas, 2008).

Het is van groot belang dat de groepsbehandelaar de groep niet forceert tot een te hoge mate van intimiteit waardoor de angst te hoog oploopt en stagnatie ontstaat in de groepsontwikkeling (Levine, 1982).

6.3.1.5 Leiderschapsstijl en interventies tijdens de wederkerigheidsfase.

In de overgang van de opnemingsfase naar de wederkerigheidsfase wordt vooral de participerende leiderschapsstijl toegepast. Er ontstaat steeds meer een veilige sfeer waarbinnen kritische feedback mogelijk wordt en de individuele leden zich verder kunnen ontwikkelen. Er ligt steeds meer regie bij de groep.

Als de groep binnen de wederkerigheidsfase zo competent is geworden dat ze overgaat op zelfsturing dan gaat de groepsbehandelaar over op de delegerende leiderschapsstijl. Hij kan de taak overlaten aan de groep en is meer op afstand. Een groepsbehandelaar die de delegerende leiderschapsstijl hanteert zal dit alleen doen als de groep daartoe voldoende in staat is. Indien door wisselingen in de groep, bijzondere gebeurtenissen, of door nieuwe doelen die worden gesteld, de groep terugvalt in een eerdere ontwikkelingsfase zal de groepsbehandelaar overschakelen naar een leiderschapsstijl die passend is bij het ontwikkelingsniveau van de groep op dat moment.

6.3.2.5 De situationele leiderschapsstijl

Als een groepsbehandelaar in staat is te schakelen tussen de verschillende leiderschapsstijlen passend bij de groepsfase, het ontwikkelingsniveau van de groep dan beheerst deze groepsbehandelaar de situationele leiderschapsstijl. Het beheersen van de situationele leiderschapsstijl is van belang als er sprake is van een snel cyclisch verloop van de fasen of wanneer sommige groepsleden zich in een andere fase bevinden dan de andere groepsleden.

6.4 Samenvatting

- Er is een grote mate van evidentie ten aanzien van het begrip groepsontwikkeling.
- Kennis van de groepsontwikkeling kan de groepsbehandelaar helpen te onderscheiden of het gedrag van de groepsleden persoonlijke en individuele kwesties weerspiegelt of dat er sprake is van kwesties betreffende de groepsontwikkeling.
- Verder geeft de kennis van de groepsontwikkeling handvatten voor een situationele leiderschapsstijl: die interventies te doen die specifiek zijn voor de fase(n) waarin de groep zich bevindt.
- Interventies vanuit een directieve leiderschapsstijl passen bij de beginfase, wanneer de nadruk vooral op verduidelijking van de taak ligt.
- Interventies vanuit een overtuigende leiderschapsstijl passen bij de middenfase, wanneer de nadruk ligt op zowel de taak als de onderlinge relaties van de groepsleden.
- Interventies vanuit een participerende leiderschapsstijl passen bij de gevorderde fase, wanneer de nadruk verschoven is naar de onderlinge relaties van de groepsleden.
- Interventies vanuit een delegerende leiderschapsstijl passen bij de fase waarin de groep zelfsturend functioneert en empathisch contact de onderlinge verhoudingen kenmerkt.

6.5 Aanbevolen literatuur

Haas, W. de (2008). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*, Amsterdam: Boom Nelissen.

Wolters, R. en Van Aken - van der Meer, M. (2009) Hoofdstuk 21: Groepsdynamische processen. In Colijn, S., Snijders, H. & Thunnissen, M. *Leerboek Psychotherapie*. Utrecht: de Tijdstroom.

Wolters, R. (2011) Hoofdstuk 13: Groepsdynamica in behandelgroepen en teams. In Verbraak, M., Visser, S., Muris, P., & Hoogduin, C. (red.). *Handboek voor gz-psychologen*. Amsterdam: Boom.

6.6 Geraadpleegde literatuur

American Group Psychotherapy Association(AGPA) (2007). *Practice Guidelines for Group Psychotherapy, Science to Service Task Force*.

Bales, R.F., & Strodtbeck, F.L. (1951). Phases in group problem solving. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 46, 485–495.

Berk, P.J.C. (2005). *Leerboek groepspsychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Bennis, W.G., & Shepard, H. A. (1956). A theory of group development. *Human Relations*, 9, 415-457.

Burlingame, G.M, Fuhrman, A. & Johnson, J.E. *Cohesion in Group Psychotherapy*. In Norcross J.C.(ed.)(2011). *Psychotherapy relations that work. Evidence-based responsiveness*, (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.

Bernard, H., Burlingame, G., Flores, P., Greene, L., Joyce, A., Kobos, J. C., Leszcz, M., Mac Nair-Semands, R.R., Piper, W.E., Mc Eneaney, A.M., & Feirman, D. (2008). Clinical practice guidelines for group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58 (4), 455-542.

Burlingame, G.M., MacKenzie, K.R., & Strauss, B. (2004). Small-group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In M.J. Lambert (ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, (5th ed.). 647-696. New York, Wiley.

Burlingame G.M., Strauss B. & Joyce A.S. (2013). Change Mechanisms and effectiveness of small-group treatments. In: Lambert M.J.(ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (6th ed.). 640-689. New York: Wiley.

Haas W. de (2008). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Amsterdam, Boom Nelissen.

Haas W. de (2015). Samenvatting Burlingame et al., 2013.
www.groepspsychotherapie.nl/research-groepstherapie.

Levine, B. (1979). *Group psychotherapy, practice and development*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Levine, B. (1982). *Groepspsychotherapie: Praktijk en ontwikkeling*. Deventer: Van Loghum en Slaterus.

Oomkes, Frank R. (2004). *Training als beroep: sociale en interculturele vaardigheid*. Amsterdam: Boom uitgevers.

Reijen, J. van, & Haans, T. (2008). *Groepsdynamica in gedragstherapeutische en psychodynamische groepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Remmerswaal, J. (2013). *Handboek Groepsdynamica Een inleiding op theorie en praktijk*. 11^e ed. Amsterdam, Boom/Nelissen.

Remmerswaal, J. (2015). *Begeleiden van groepen: groepsdynamica in praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Steering Committee of the Division 29 Task Force (2001). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice & Training*, 38, 495-498.

Tuckman, B. (1965). *Developmental sequence in small groups*. *Psychological Bulletin*. 63 (6), 384–399.

Wolters, R. en Van Aken - van der Meer, M. (2009) Hoofdstuk 21: Groepsdynamische processen. In Colijn, S., Snijders, H. & Thunnissen, M. *Leerboek Psychotherapie*. Utrecht: de Tijdstroom.

Wolters, R.(2011). Hoofdstuk 13: Groepsdynamica in behandelgroepen en teams. In Verbraak, M., Visser, S., Muris, P., & Hoogduin, C. (red.). *Handboek voor gz-psychologen*. Amsterdam: Boom.

Yalom, I.D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5e editie). New York: Basic Books.

Hoofdstuk 7: Beëindiging en afscheid.

Marc Daemen en Frans van Paassen

7.1 Inleiding

Het menselijke leven is een opeenvolging van fasen; telkens begint men aan iets nieuws en neemt men afscheid van het oude. De baby neemt afscheid van de veilige, warme baarmoeder en komt in een onbekende, externe wereld. Na de eerste ervaringen die beperkt blijven tot het huiselijke milieu gaat de peuter naar de peuterspeelzaal. Vervolgens gaat de kleuter naar de basisschool en stapt de puber over naar de middelbare school. De adolescent verlaat het gezin om op zichzelf te gaan wonen. Hij blijft alleen of vindt een levenspartner en mogelijk ontstaat uit die relatie een nieuw gezin. De volwassene verandert van werk, veroudert en gaat met pensioen. Er is verlies van relaties en vriendschappen door uiteengaan of door de dood. Hij blikt terug op het eigen leven en moet ten slotte in het reine komen met de eindigheid van het bestaan.

Verlies en loslaten hoort dus bij het leven, maar het roept ook existentiële angst op. Om ons dagelijks leven te kunnen leiden houden we onszelf een illusie van onkwetsbaarheid voor.

In behandelgroepen is dit niet anders. Groepsleden gaan zich aan elkaar hechten en creëren met elkaar een illusie van oneindigheid. Wanneer deze bedreigd wordt door een vertrekkend groepslid (bij groepen met een open einde) of het naderende einde van de behandeling (bij tijd-gelimiteerde groepen), kunnen de groepsleden zich hier onbewust tegen verzetten. Ze vallen terug in afhankelijk gedrag – ‘het zal me alleen nooit lukken’ – of juist overdreven onafhankelijk en afstandelijk gedrag – ‘zo belangrijk was deze groep nu ook weer niet voor me.’ Levine (1982) noemt dit de separatiecrisis: enerzijds leeft de wens om de groep los te laten en zelfstandig verder te kunnen, anderzijds is er de angst voor het onbekende en zal men de steun van de groep missen.

Veel groepsleden zouden het afscheid liefst overslaan of willen zich er snel van afmaken. Wellicht omdat weggaan uit een groep bij ieder individu zeer basale gevoelens mobiliseert: de diepste angsten en verlangens van het groepsdier mens. ‘Heb ik er wel echt bij gehoord? Word ik niet alsnog uitgesloten? Wat heb ik betekend voor deze groep? Hoe hebben anderen mij gezien?’ Het individu dat de groep verlaat, is kwetsbaar. Even staat men alleen voor de groep, in de *spotlights*. Er kan een herhaling plaatsvinden van vroegere onopgeloste conflicten rond afscheid en separatie, en van de problemen die zich daarbij hebben voorgedaan.

Daarom is het van belang de groepsleden een kader aan te reiken om hun deelname aan de groep goed af te ronden en bewust afscheid te nemen.

In dit hoofdstuk wordt besproken waar bij de beëindiging van een groepsbehandeling aandacht voor moet zijn. Belicht wordt welke psychodynamische processen kunnen plaatsvinden bij het afscheid nemen in een groep. Er wordt onderscheid gemaakt tussen het afscheid bij een gesloten tijd-gelimiteerde behandelgroep en bij een open langdurende behandelgroep. Het afscheid kan in verschillende fasen van de behandeling plaatsvinden. Besproken wordt het voortijdig vertrek in de beginfase, in latere fasen en het afscheid bij een succesvolle behandeling.

Het afscheid kan eenzijdig door het groepslid in gang worden gezet, maar ook de behandelaar kan dit initiëren. De meest radicale vorm van afscheid is door suïcide. Tenslotte kan ook de behandelaar zelf afscheid nemen van de groep.

7.2 Achtergrond

Op basis van een uitvoerige review van de literatuur noemen Joyce, Piper, Ogrodnisczuk en Klein (2007, geciteerd in de AGPA *Practice Guidelines for Group Psychotherapy*, 2007) drie belangrijke vragen waarvoor bij het beëindigen van een groepsbehandeling aandacht moet zijn.

1. Heeft het groepslid de vooraf gestelde behandeldoelen bereikt?
2. Krijgt het groepslid de mogelijkheid om afscheid te nemen van de behandelaar en van de groepsleden?
3. Is het groepslid in staat om toekomstige problemen het hoofd te bieden met behulp van hetgeen hij in de behandeling heeft geleerd en verworven?

7.2.1 Evaluatie van behandeldoelen

Mensen komen in behandeling omdat zij een probleem hebben waarvoor ze een oplossing zoeken. Deelname aan een groepsbehandeling is zinvol als dit een antwoord biedt op de individuele hulpvraag van elke groepslid. Bij een afronding van de behandeling dient men zich dus af te vragen: is het doel voor dit groepslid bereikt? Wat is het resultaat? De Haas (2017) noemt dit de taakevaluatie.

7.2.2 Afscheid nemen van behandelaar en groepsleden

Daarnaast is het goed om samen met de groep terug te kijken op de afgelegde weg. Niet alleen: 'Wat heb ik door mijn deelname aan deze groep bereikt?' Maar ook: 'Hoe heb ik dit resultaat bereikt?' Men evalueert het proces. In veel gevallen zullen de andere groepsleden hierin een grote rol hebben gespeeld.

Naarmate er in de groep meer expliciete aandacht is voor de interpersoonlijke relaties zal de band tussen de groepsleden sterker worden en zal ook het proces van afscheid nemen ingrijpender zijn. Het vertrekkende groepslid is zich gaan hechten aan de anderen en omgekeerd. Maar ook bij meer geprotocolleerde groepsbehandelingen kan er – weliswaar op veeleer impliciete wijze – een gevoel van verbondenheid zijn ontstaan. Ook al is de focus in deze groepen niet expliciet op de onderlinge relaties gericht, toch dient men stil te staan

bij wat het beëindigen van de behandeling met het groepslid doet. Zij moeten de gelegenheid krijgen zich hierover uit te spreken en zich te onthechten.

7.2.3 Lessen voor de toekomst

Zelfs als men tevreden is over het bereikte resultaat en over het proces er naartoe kan het aanstaande vertrek uit de groep spanning oproepen. In de eindfase wordt het groepslid zich extra bewust van zijn relatie met de behandelaar en de andere groepsleden. In het bewerken van deze relaties oefent het groepslid met nieuw gedrag wat hem handvatten biedt voor de toekomst. Het groepslid leert om te gaan met toekomstige vormen van afscheid.

7.2.4 Zorg voor de groep

Bovenstaande redenen om expliciet aandacht te besteden aan de beëindiging van een groepsbehandeling zijn geformuleerd vanuit het perspectief van het individuele groepslid.

Als groepsbehandelaar dient men tevens oog te hebben voor de belangen van de andere groepsleden. Anders dan bij individuele behandeling zijn er bij groepsbehandeling anderen betrokken bij het proces van beëindiging. In een open, doorlopende groep heeft het vertrek van een groepslid altijd impact op het behandelproces van de achterblijvers.

En bij een problematisch, vroegtijdig vertrek dient de groepsleider extra alert te zijn. De andere groepsleden kunnen zich schuldig voelen en denken dat ze iets verkeerd hebben gezegd of gedaan, of nalatig zijn geweest. Hun vertrouwen in de groepsbehandeling of in de behandelaar kan afnemen. Een voortijdig vertrek kan besmettelijk zijn; de andere groepsleden gaan zichzelf afvragen of ze zullen blijven of niet.

Kortom: de fase van beëindiging van een groepsbehandeling is een periode waarin veel betekenisvol werk kan worden verzet. Omdat oude verlieservaringen opnieuw kunnen worden opgeroepen, houden de meeste mensen niet van afscheid nemen en hebben zij zo hun eigen manieren om dit uit de weg te gaan. De behandelaar zal daarom het voortouw moeten nemen en de groepsleden actief moeten stimuleren om dit proces met elkaar aan te gaan.

7.3 De praktijk

Er is een enorme verscheidenheid aan groepsbehandelingen. De manier waarop de groepsbehandelaar het proces van beëindiging en afscheid begeleidt, is afhankelijk van het gehanteerde behandelkader of methode en de duur van de groep. Hieronder wordt stilgestaan bij het afscheid zoals dat vorm krijgt in gesloten tijd-gelimiteerde behandelgroepen en open langdurende behandelgroepen. Daarnaast wordt aandacht besteed aan voortijdige beëindiging van deelname aan een groepsbehandeling.

7.3.1 Gesloten tijd-gelimiteerde behandelgroepen

De gesloten tijd-gelimiteerde groep komt bijeen voor een bepaald aantal zittingen of voor

een bepaalde periode. Het moment van afscheid is dus al bij het begin duidelijk en geen individuele beslissing. Het afscheid gebeurt collectief; alle groepsleden en ook de behandelaar nemen afscheid. Het gelijktijdig stoppen kan een goede ervaring zijn, omdat men met elkaar het verlies en de separatie kan verwerken. Anderzijds kan een groepslid het gevoel hebben dat hij hier nog niet aan toe is.

Als groepsleden aandringen op voortzetting van de groep, omdat ze vinden dat ze nog niet genoeg hebben bereikt, zal de behandelaar moeten onderzoeken of de vraag reëel is. De weerstand om te stoppen kan samenhangen met het gevoel van verlies, het moeilijk aanvaarden van de beperking in de tijd, of een onvoldaan gevoel over datgene wat de behandeling heeft opgeleverd. De behandelaar kan ook zelf denken dat er nog meer te bereiken is en dat nu stoppen niet juist is. Echter: bij een tijd-gelimiteerde groep moeten zowel de groepsleden als de behandelaar aanvaarden dat de problemen niet altijd zijn opgelost als de behandeling stopt. Als verdere behandeling echter nodig of zinvol lijkt, kan de behandelaar zorgen voor een passende vervolgbehandeling.

Omdat de groepsleden in een gesloten groep geen voorbeelden hebben hoe je omgaat met afscheid nemen, zal men als behandelaar actief een procedure moeten voorstellen.

Dit kan een combinatie zijn van een gestructureerd evaluatierondje over ieders behandelresultaten (bijvoorbeeld aan de hand van een klachtenvragenlijst), en een terugblik op de samenwerking in de groep en de gevoelens die het afscheid bij eenieder oproept.

In sommige protocollen voor tijd-gelimiteerde groepsbehandeling wordt een afspraak gemaakt voor één of meerdere follow-up sessies. In de tussenliggende periode wordt geen behandeling aangeboden zodat de groepsleden ervaren hoe zij zonder behandeling het geleerde in de praktijk kunnen brengen. Het definitieve afscheid vindt plaats tijdens de laatste follow-up sessies, bijvoorbeeld zes maanden na het beëindigen van de reguliere sessies.

Bij het werken met follow-up sessies kan men vanuit een groepsdynamisch perspectief vraagtekens plaatsen. De ervaring leert dat op deze follow-ups vaak een deel van de groep wegblijft en het dus een soort mislukte reünie wordt voor wie wél is gekomen. Bovendien bestaat het risico dat tijdens de laatste echte behandelbijeenkomst het afscheid wordt ontkend, omdat er immers toch nog een sessie zal volgen. Meestal is dan de kans verkeken om stil te staan bij wat de groep en de groepsleden voor elkaar hebben betekend.

7.3.2 Open langdurende behandelgroepen

In een langdurende, doorlopende behandelgroep kunnen groepsleden net zo lang deelnemen als zinvol en nodig is. Er is vooraf geen tijdslimiet met de groepsleden afgesproken. Dit neemt niet weg dat, afhankelijk van de doelstellingen en werkwijze, elke groep in de praktijk wel een impliciete norm zal ontwikkelen over hoe lang een gemiddelde behandeling hoort te duren. Naarmate het doel van de groep meer ondersteunend van aard

is en het accent ligt op lotgenotencontact, kan iemand meerdere jaren deelnemen. Men spreekt dan veeleer over begeleidingsgroepen of zelfhulpgroepen.

Bij een goed verlopen behandeling zal het groepslid afscheid gaan nemen als hij zijn persoonlijke doelen heeft bereikt. Een indicatie voor een succesvolle beëindiging is het vermogen van het groepslid om zijn gedachten over het afscheid zelf in de groep ter sprake te brengen. Hij staat open voor de mening van de groepsleden en de behandelaar en laat deze meewegen in zijn besluitvorming, maar uiteindelijk maakt hij zijn eigen keuze. Vervolgens wordt een einddatum vastgelegd zodat alle betrokkenen naar het afscheid toe kunnen leven.

In langer lopende groepen heeft men tijd om een groepscultuur rond afscheid op te bouwen. Al tijdens het introductiegesprek spreekt de behandelaar de verwachting uit dat de groepslid tijdig zijn vertrek zal aankondigen en hierna nog een minimaal aantal sessies (bijvoorbeeld nog vier sessies) zal blijven om afscheid te nemen. Telkens als iemand de groep verlaat, besteedt de behandelaar uitgebreid aandacht aan de gevoelens die dit bij iedereen oproept en is hij ook zelf transparant over wat dit met hem doet. Hiermee geeft hij de groepsleden de boodschap: 'Dit is belangrijk, zo wil ik dat we in deze groep omgaan met een vertrekkend groepslid'. Als eenmaal een goede cultuur rond afscheid tot stand is gekomen, zullen nieuwe groepsleden het voorbeeld van oudere groepsleden overnemen wanneer zij zelf de groep verlaten. Een goed afscheid van een vertrekkend groepslid kan nieuwkomers bovendien hoop geven en motiveren.

De behandelaar dient echter alert te blijven: ook al is er een goede cultuur gevestigd, toch zal er steeds een zekere weerstand zijn tegen het bespreken van de pijnlijke, ambivalente gevoelens rond gemis en verlies. Elke vermoedelijke weerstand moet actief worden bewerkt. Deze kan verschillende vormen aannemen. Groepsleden kunnen het afscheid ontkennen door het er gewoon niet over te hebben, door in de laatste weken voor hun vertrek sessies te missen, of door voortijdig te vertrekken. Zij kunnen de groep en de behandelaar idealiseren, zodat elk negatief affect achterwege blijft. Of ze kunnen de groepsbehandeling devalueren, zodat er werkelijk niets goeds van overblijft en een gevoel van teleurstelling overheerst. Allereerst is het van belang de groepsleden duidelijk te maken dat deze reacties, net als een eventuele terugkeer van oude symptomen, verband houden met het naderende afscheid. Vervolgens vraagt men niet óf het afscheid gevoelens oproept, maar wélke gevoelens het oproept. De boodschap is: 'We gaan ervan uit dat een afscheid iets met je doet, onderzoek dat eens bij jezelf.'

Wanneer iemand zijn vertrek tijdens de laatste sessie niet zelf ter sprake brengt, dient de behandelaar dit tijdig aan de orde te stellen. Hij kan de groep uitnodigen om het groepslid feedback te geven. Bij onvoldoende respons kan de behandelaar als mediator optreden door te vragen wat iemand heeft bereikt, wat men hem of haar nog zou willen toewensen, en waaraan iemand nog zou kunnen werken. Terwijl het in de beginfase van de groep belangrijk was om overeenkomsten te benadrukken, is het nu aangewezen om verschillen tussen

groepsleden aan de orde te stellen, en duidelijk te maken dat deze er ook mogen zijn. Mogelijke vragen aan het vertrekkende groepslid zijn: 'Hoe is het nu voor je om bij ons weg te gaan? Wat zal je missen? Wie van ons zal je missen? Is er nog iets wat je een van ons zou willen meegeven?'

Soms ontstaat er in de groep een afscheidsritueel dat traditie wordt. Een van de groepsleden begint ermee, waarna het wordt overgenomen door de andere groepsleden. Na enige tijd kan het ritueel ook weer uitdoven. Voorbeelden hiervan zijn: een traktatie, een kaart met een persoonlijke tekst of een presentje. Door iets tastbaars terug te geven aan de groep toont het vertrekkende groepslid zijn dankbaarheid. Bij acceptatie zal men rekening houden met de betekenis die het geschenk heeft en worden gedachten en gevoelens die men hierbij heeft, onderzocht en besproken. De behandelaar zal geen geschenken van groepsleden aanvaarden die een betrekkelijk kleine waarde te boven gaan. Hij zal ook rekening moeten houden met het beleid van de instelling waar hij werkt, ten aanzien van het aanvaarden van geschenken.

7.3.3 Voortijdige beëindiging

Voortijdige beëindiging (drop-out) is het beëindigen van de behandeling door het groepslid op een niet in overleg met de behandelaar en de groep vastgesteld moment. Het besluit wordt eenzijdig door het groepslid genomen. Een voortijdig vertrek kan in alle fasen van de groep voorkomen. Hoewel er overeenstemming is over de definiëring van het begrip, maakt het verschil in operationalisering bij onderzoek het moeilijk een goed beeld te krijgen van de prevalentie. McMurrin, Huband & Overton (2010) vonden bij een systematische review onder 25 studies een drop-out percentage range van 15-80%, met een gemiddelde van 37% voor zowel individuele als voor groepsbehandeling. Swift en Greenberg (2012) komen bij een meta-analyse van 669 studies tot een percentage van ongeveer 20 procent. In een recent onderzoek naar drop-out bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen komt Kamerling (2017) tot een percentage van 50,3%.

Een voortijdige beëindiging is voor het vertrekkende groepslid meestal een onprettige ervaring. Hij heeft niet van de behandeling geprofiteerd en zijn negatieve gedachten over zichzelf en zijn relaties kunnen worden bevestigd. De andere groepsleden kunnen zich er evenzeer onmachtig en gefrustreerd bij voelen. Mede afhankelijk van de fase van de behandeling, het vermogen tot reflectie van de groepslid en de groepsdynamiek, dient de behandelaar de groep te helpen hiermee om te gaan.

Bij de aankondiging van een voortijdig vertrek laat men de groepsleden feedback geven. Daarbij moet er wel voor worden gewaakt dat het vertrekkende groepslid niet alsnog wordt uitgestoten. Wanneer een voortijdig vertrekkend groepslid veel agressie naar zich toe krijgt, kan de behandelaar zich hardop afvragen of de groep misschien ook boos is omdat de behandelaar zijn werk niet goed heeft gedaan (Berk, 2005). Hierdoor trekt de behandelaar de agressie naar zich toe en wordt mogelijke onvrede met de groepsbehandeling geëxploreerd. In één beweging zet je hiermee het aangevallen groepslid uit de wind en

verbind je hem weer met de groep. Je herdefinieert namelijk de geïsoleerde dissident als een waardevolle vertolker van kritische geluiden die door meer groepsleden worden gevoeld, maar die ze zelf niet durfden te uiten.

Soms zal de behandelaar zich noodgedwongen moeten beperken tot het achteraf kaderen van een vertrek waarbij een groepslid niets meer van zich laat horen. De achterblijvende groepsleden worden uitgenodigd om hun gevoelens te ventileren en aan te geven wat het wegblijven van de ander voor hen betekent. Vaak is zo'n vertrek aanleiding om expliciet stil te staan bij de groepscultuur.

7.3.3.1 Voortijdige beëindiging in de beginfase

Een goede voorbereiding op de groepsbehandeling kan voortijdige uitval voorkomen (Yalom & Leszcz, 2005). Het is belangrijk om te bespreken dat de groepsbehandeling een proces is van vooruitgang maar ook van stagnatie, van voldoening maar ook van teleurstelling, bijvoorbeeld als de indruk ontstaat dat de problemen niet af- maar toenemen. De groepsleden wordt verzocht gedachten over stoppen aan te kaarten in de groep. Dan zal hij merken dat ook anderen hiermee in het begin hebben geworsteld, en van hen horen hoe zij hiermee zijn omgegaan. Het belangrijkste thema is: 'hoor ik thuis in deze groep?' – en afhankelijk van het antwoord op die vraag zal de twijfelaar al dan niet alsnog aanhaken.

Soms spelen conflicten rond gezag en autoriteit een rol. Een twijfelend groepslid kan de rol van de behandelaar of de zin van de behandeling ter discussie stellen. Het is belangrijk dat negatieve gevoelens en reacties geuit kunnen worden, en dat de behandelaar dit standvastig kan verdragen.

Als iemand toch voortijdig vertrekt, helpt de behandelaar de achtergebleven groepsleden te onderzoeken welke rol zij in het proces hebben gespeeld. Vragen als: 'Hebben we de nieuwkomer wel goed genoeg ontvangen? Was ik niet te confronterend? Wat is de taak van de behandelaar?' komen aan bod.

De behandelaar bekijkt kritisch de eigen rol: 'Is de indicatie voor groepsbehandeling juist geweest of was het beter geweest om met een individuele behandeling te starten? Is er wel goed gekeken of het groepslid zou matchen met deze groep? Zijn de mogelijkheden tot verandering voldoende onderzocht? Waarom is het niet gelukt om een goede werkkrelatie met dit groepslid op te bouwen?' Het kan goed zijn het resultaat van deze zelfreflectie met de groep te delen.

7.3.3.2 Voortijdige beëindiging later in de behandeling

Een prematuur en onverwacht vertrek later in de behandeling draait meestal om dieperliggende thema's. Een groepslid kan besluiten om te vertrekken omdat er in de groep een toenemende intimiteit of persoonlijk contact ontstaat. Toename van rivaliteit kan een andere reden zijn. De groepsleden komen voor de vraag te staan of hij dit conflict aandurft.

De behandelaar probeert hierbij zowel het individuele groepslid als de groep te helpen om dit proces te onderzoeken, te begrijpen en te leren van deze ervaring. Andermaal is het essentieel om als behandelaar te verdragen dat het groepslid besluit om de behandeling te stoppen, terwijl men zelf nog groeimogelijkheden ziet. Men kan deze overwegingen aan het vertrekkende groepslid voorleggen, maar dient tegelijk diens keuze te respecteren.

Een voortijdig vertrek kan in gang gezet worden door onverwachte gebeurtenissen zoals een verhuizing, verandering van baan of van werkuren. Evenals bij andere gebeurtenissen in de groep dient te worden onderzocht welke betekenis dit heeft. De aanleiding kan reëel zijn maar kan ook een reactie zijn op wat zich in de groep afspeelt. Als er geen sprake is van vermijding of vluchtgedrag, zal de behandelaar de groepsleden helpen bij het zoeken naar een mogelijkheid om de behandeling elders of in een andere groep voort te zetten.

7.3.3.3 Gedwongen vertrek

Wanneer iemands gedrag destructief is voor de voortgang van de groep dient de behandelaar dit groepslid de wacht aan te zeggen en zo nodig zijn deelname te beëindigen.

Dit gebeurt natuurlijk alleen als pogingen om het problematische gedrag te bespreken geen resultaat hebben. Voorbeelden hiervan zijn agressief gedrag, herhaaldelijke intimidatie en seksueel agressief gedrag, waarbij het groepslid geen oog heeft voor de gevolgen voor de andere groepsleden.

In deze gevallen is het belangrijk om de casus uitgebreid te bespreken met collega's of in supervisie, om te vermijden dat men teveel wordt meegesleept door eigen gevoeligheden.

Men dient de beweegredenen die tot dit besluit hebben geleid helder in de groep te formuleren. Zowel de gevoelens van de groepslid als die van de andere groepsleden worden besproken en gevalideerd. Onderzocht wordt wat de impact is op de relatie met de behandelaar en met de groep.

De indicatie voor een groepsbehandeling is blijkbaar niet de juiste geweest. Dit kan ook het geval zijn als een groepslid zich te gespannen blijft voelen, zich blijft terugtrekken in zwijgend gedrag, herhaaldelijk onverminderd auto-destructief gedrag vertoont of blijft externaliseren. Het groepslid zal dan onvoldoende van de behandeling kunnen profiteren en

zijn gedrag kan ook het proces voor de andere groepsleden belemmeren. De behandelaar zal in overleg met het groepslid nagaan op welke wijze de behandeling elders, in een andere setting, kan worden voortgezet. Ook dit proces zal uitgebreid met de groepsleden besproken moeten worden. Bij groepsleden kan angst dat hij de volgende is die uit de groep zal worden gezet, gaan spelen. De behandelaar kan ruiterlijk toegeven dat hij bij de indicatiestelling voor de groep onvoldoende oog heeft gehad voor bepaalde aspecten.

Soms hebben groepsleden een extra zetje van de behandelaar nodig om de groep te verlaten. Een groepslid kan bijvoorbeeld langer dan wenselijk in de groep blijven vanwege een innerlijk conflict rond afhankelijkheid en autonomie. Door dit tactvol bespreekbaar te

maken en de groepslid te helpen goed afscheid te nemen van de groep, biedt men hem een ultieme leerervaring

7.3.3.4 Buitengewoon afscheid

Het is een ingrijpende ervaring voor de groep als een groepslid psychotisch wordt of zodanig regressief gedrag vertoont dat hij niet meer kan functioneren in de groep en moet worden opgenomen. Ook kan een groepslid ziek worden, een ongeluk krijgen en overlijden.

De psychose van een groepslid kan bij andere groepsleden angst voor controleverlies en desintegratie oproepen. Het overlijden van een patiënt confronteert zowel de groep als de behandelaar met hun eigen sterfelijkheid en existentiële angst voor de dood.

Het verlies van een patiënt door suïcide is voor alle achterblijvers, inclusief de behandelaar, een zeer ingrijpende ervaring die gevoelens en reacties teweeg brengt van shock, ontkenning, ongeloof, verdriet, rouw, boosheid en woede, schaamte en schuld, machteloosheid en zelfverwijt. In deze situatie is crisismanagement aan de orde. Voor zover de suïcide nog niet bekend is, wordt de mededeling van de gebeurtenis bij voorkeur in de groep gedaan. Details over de suïcide zelf zijn minder relevant, wel wat eraan is voorafgegaan. Men vraagt de groepsleden om hun gevoelens te delen en staat stil bij eventuele voortekenen. Dit vraagt om een actieve houding van de behandelaar die erop let dat ieder groepslid aan de beurt komt. De behandelaar exploreert bij de groepsleden eigen suïcidale wensen en angsten en de mate van steun of bescherming die men nodig heeft. De sessie wordt indien nodig afgesloten met concrete afspraken voor de komende periode. Mogelijk willen groepsleden de begrafenis bijwonen. De behandelaar kan met de groepsleden onderzoeken wat de onderliggende betekenis ervan is, wat de mogelijke voor- en nadelen zijn. Het is belangrijk dat ieder groepslid zich vrij voelt om hierin zijn eigen keuze te maken en niemand zich gedwongen voelt (Motherwell & Shay, 2014).

In de groepsbijeenkomsten die volgen gaat men samen op zoek naar een gepast evenwicht tussen rouwen en de draad weer oppakken. Welke afsluitend ritueel men ook bedenkt, het belangrijkste is dat men in een gezamenlijke inspanning het verlies tracht te hanteren en het afscheid zo goed mogelijk vorm geeft. Dan nog zal de invloed direct of indirect lang merkbaar blijven.

Bij een suïcide kan de behandelaar zich vanuit zijn professionele rol afvragen of zijn klinische oordeel wel juist is geweest. Het gevoel wellicht te hebben gefaald, raakt hem in zijn gevoel van eigenwaarde. Hij kan gaan twijfelen aan zijn therapeutische vaardigheden. Hij vreest het oordeel van zijn collega's of het onderzoek van de Inspectie voor Volksgezondheid. Zeker in deze situatie is het belangrijk dat de behandelaar meer dan gewoonlijk zijn eigen ervaringen en gevoelens met de groep kan delen. Het gezamenlijk delen van gevoelens bij deze traumatische verlieservaring kan zowel de groep als de behandelaar helpen om het verlies te verwerken en verder te groeien. Het belang om eigen gevoelens regelmatig met collega's en in supervisie of consultatie te bespreken is evident.

Een bijzonder situatie is ook als een groep beëindigd moet worden omdat dit vanuit beleidsoverwegingen door het management is besloten. We kunnen deze situatie zien als het omgekeerde van de situatie waarin een groepslid eenzijdig het contact opzegt. Ook in deze situatie is het belangrijk dat de behandelaar gepast transparant kan zijn over hoe hij met deze situatie omgaat en wat het voor hem betekent. Hij kan vertellen wat hij heeft geprobeerd om dit besluit aan te vechten. Het gezamenlijk delen van met name gevoelens van machteloosheid kan helpen om de situatie te accepteren en samen te zoeken naar mogelijkheden hoe men verder kan gaan.

7.3.3.5 Vertrek van de behandelaar

Een onaangekondigd en voortijdig vertrek van de behandelaar is schadelijk voor de groep en dient te worden vermeden. Als leider heeft men een voorbeeldfunctie en elke schending van het vooropgestelde kader zal afbreuk doen aan het vertrouwen van de groepsleden.

Wermers (1999) beschrijft mooi hoe ook behandelaren zelf het afscheid kunnen vermijden en uitstellen. Zij beveelt aan het vertrek minsten drie maanden van tevoren aan te kondigen en alert te zijn op indirecte gevoelsuitingen van groepslid die hiermee verband houden.

Wie als enige behandelaar een groep begeleidt, zal moeten zorgen voor een correcte afwikkeling wanneer door zijn vertrek ook de behandelgroep ophoudt te bestaan. Dit kan zijn wanneer een vrijgevestigde behandelaar zijn praktijk beëindigt, langdurig ziek wordt of, nog erger, overlijdt. Firestein (1994) stelt terecht de vraag wat de behandelaar met een eigen praktijk heeft geregeld in zijn testament. Als de behandelaar werkzaam is in een instelling of groepspraktijk, kan de zorg voor de groep door een collega worden overgenomen.

Eén van de voordelen van het samen begeleiden van een groep is dat de andere behandelaar voor continuïteit kan zorgen bij het vertrek van een co-behandelaar. Dat is ook het geval wanneer een behandelaar aan de groep deelneemt in het kader van opleiding of stage. De groep dient hiervan op de hoogte te zijn en vooraf te weten hoe lang de deelname zal zijn.

Naderend afscheid van één van beide behandelaren is voor een behandelkoppel een uitgelezen kans om de groep te tonen hoe men afscheid kan nemen. Men geeft het goede voorbeeld door open te zijn over de gevoelens die het afscheid met zich meebrengt, door vragen hierover niet uit de weg te gaan, en door naar elkaar uit te spreken hoe men de samenwerking heeft ervaren.

7.4 Samenvatting

- Het is de taak van de behandelaar de groepsleden een kader aan te reiken om hun deelname aan de groep goed af te ronden en bewust afscheid te nemen.
- De beëindiging kan best worden beschouwd als een aparte fase in het groepsproces met de volgende taken:

1. Er wordt nagegaan of het groepslid de vooraf gestelde behandeldoelen heeft bereikt.
 2. Het groepslid wordt in de gelegenheid gesteld om afscheid te nemen van de behandelaar en van de andere groepsleden
 3. Er wordt vooruitgekeken naar hoe de groepslid toekomstige levensvragen kan aanpakken met behulp van hetgeen hij in de behandeling heeft geleerd en verworven.
- Bij tijd-gelimiteerde groepsbehandeling zorgt de behandelaar voor een procedure waarbij een gestructureerd evaluatierondje over ieders behandelresultaten wordt gecombineerd met een meer groepsdynamisch gesprek over het ontbinden van de groep.
 - In een open langdurige behandelgroep bevordert de behandelaar een afscheidscultuur waarin oude conflicten rond verlies en verlaten zo mogelijk alsnog kunnen worden doorgewerkt in het hier en nu van de groep.
 - Bij voortijdig vertrek exploreert de behandelaar de beweegredenen van het vertrekkende groepslid en de gevoelens van de achterblijvers. Hij helpt de groep het voortijdige vertrek te kaderen en voor zover van toepassing ruimte te maken voor nieuwe groepsleden.
 - Buitengewone en onverwachte gebeurtenissen zoals een psychose, overlijden of suïcide van een groepslid zijn ingrijpend voor zowel groepsleden als behandelaar. Het gezamenlijk delen van gevoelens bij deze traumatische verlieservaring kan zowel de groep als de behandelaar helpen om het verlies te verwerken en verder te groeien.
 - Afscheidsrituelen helpen groepsleden om te gaan met gevoelens van verlies en verlaten.
 - Het vertrek van een behandelaar dient ruim van tevoren te worden aangekondigd en biedt de mogelijkheid om groepsleden te laten zien hoe men goed afscheid neemt.

7.5 Aanbevolen literatuur

Daemen, M. (2010). Koningin Afscheid. Over het beëindigingsproces bij groepstherapie.

Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie, 5 (1), 9-16

Kraayenoord, M. (2001). Beëindiging van groepspsychotherapie. In Berk, T. et al. (red), *Handboek Groepspsychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Paassen, F. van. (2013). Afscheid nemen. Over het beëindigen van psychotherapie, met name in de open psychodynamische groep. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 8 (1), 63-75.

Paassen, F. van. (2013). Afscheid nemen. Over het beëindigen van psychotherapie; afscheid in een kortdurende groep, voortijdig afbreken door patiënt of therapeut en afscheidsrituelen. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 8 (3), 19-29.

Roozeveld van der Ven, J. (2001). Over afscheid: een onderschat mechanisme. *Groepspsychotherapie*, 35 (4), 195-200.

7.6 Geraadpleegde literatuur

American Group Psychotherapy Association (2007). *Practice Guidelines for Group Psychotherapy, Science to Service Task Force*

Berk, T. (2005). *Leerboek Groepspsychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Firestein, S.K. (1994). On thinking the unthinkable: Making a professional will. *The American Psychoanalyst*, 27(4), 16.

Haas, W. de (2017). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*, Soest: Nelissen.

Joyce, A.S., Piper, W.E., Ogrodnisczuk, J.S. & Klein, R.H. (2007). *Termination in psychotherapy: A psychodynamic model of processes and outcomes*. Washington, DC: American Psychological Association Press.

Kamerling, R.J. (2017). *Drop-out onder patiënten met persoonlijkheidsstoornissen; Voorspellers uit de voorgeschiedenis*. Masterthese, University of Twente.

Levine, B. (1982). *Groepspsychotherapie: praktijk en ontwikkeling*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

McMurran, M., Huband, N., & Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review*, 30 (3), 277-287.

Motherwell, L. & Shay, J.J. (2014). *Complex dilemmas in group therapy: Pathways to resolution*. New York: Routledge.

Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (2018). Beroepscode voor psychotherapeuten, werkgroep Actualisering Beroepscode van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. <https://assets.psychotherapie.nl/p/229378/files/NVPdocs/beroepscode%202018.pdf>

Swift, J.K., & Greenberg, R.P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80 (4), 547-559.

Wermers, E. (1999). Afscheid van een co-therapeut. *Groepspsychotherapie*, 33 (2), 87-95.

Yalom I.D. & Leszcz, M. (2005). *Groepspsychotherapie in theorie en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Hoofdstuk 8: Behandelstrategieën en interventies.

Ineke de Groot en Hans de Ruiter

8.1 Inleiding

Het is je taak als groepsbehandelaar de groepsprocessen in de gewenste richting te sturen, de therapeutisch werkzame kwaliteiten te bevorderen, en de negatief werkende factoren te vermijden of te verminderen. Hoe doe je dit? Wat doe je eigenlijk in een groep? Welke strategie en welke soorten interventies zorgen voor het beste resultaat in de groep?

In hoofdstuk 4 en 5 werd beschreven welke processen zich in een groep voordoen, en welke de positieve en therapeutische kwaliteiten een groep in zich heeft. Dit hoofdstuk bespreekt in het eerste deel welke interventies en strategieën bewezen nuttig zijn. Het tweede deel van deze bijdrage beschrijft hoe de groepsbehandelaar de strategie bepaalt, en de soorten technieken en interventies die de groepsbehandelaar kan toepassen om de strategie te laten slagen.

8.2 Achtergrond

In deze paragraaf wordt allereerst besproken welke overwegingen een rol spelen in het bepalen van de strategie of aanpak voor een groepsbehandeling. Vervolgens worden de resultaten van de twee belangrijkste onderzoeken naar de basistaak van een groepsbehandelaar besproken en de domeinen waarin deze taak onderverdeeld kan worden.

8.2.1 Algemeen

Therapeutische interventies en de strategie die de groepsbehandelaar hanteert moeten logischerwijs volgen uit een aantal eerdere stappen in het ontwerpproces van de groep (De Haas, 2008). Strategie en interventies moeten passen bij de doelgroep van de deelnemers, het doel dat zij willen bereiken en het behandelkader dat gekozen is.

Centrale bevinding in onderzoek naar groepsfunctioneren is dat de groepstaak gebaat is bij een goed beheerd groepsproces. De basis van dit groepsproces is de verbondenheid, de cohesie, die de groepsleden met elkaar en met de groepstaak voelen. Onderzoek wijst uit dat de belangrijkste algemene werkzame factor voor groepsbehandeling de groepscohesie is (Burlingame, 2004, 2013). Los van de doelgroep, het doel van de groep of de fase waarin een groep zich bevindt is de kernstrategie van de groepsbehandelaar dan ook gericht op het ontstaan, bevorderen en handhaven van een productieve cohesie. Cohesie wordt gezien als de kern en een voorwaarde voor de andere factoren, als de bedding die vereist is voordat groepsleden moeilijker werk kunnen doen.

Groepsleden verwachten aandacht van de groepsbehandelaar op twee gebieden: het relationele klimaat, en het psychologisch werk (Dierick & Lietaer, 2002, 2003). Psychologisch werk kan sterk verschillen bij verschillende soorten groepen, afhankelijk van doel, aanpak en soort groepsleden. Aandacht voor het relationele klimaat is in alle groepen essentieel als basis voor het werken aan de groepstaak. Om het relationele klimaat te bevorderen en interpersoonlijk leren mogelijk te maken gebruikt de groepsbehandelaar zowel elementen die steunen, als elementen die ontdekkingen en nieuwe ervaringen stimuleren. Door deel te nemen aan een groepsbehandeling kunnen de groepsleden zo een corrigerende emotionele ervaringen opdoen (Yalom & Leszcz, 2005). Door in de veilige context van de groep te

oefenen met nieuw gedrag kunnen patronen die in eerdere levensfasen en -situaties ontstaan zijn hersteld worden in relaties in het heden (Yalom & Leszcz, 2005).

8.2.2 Onderzoek naar strategieën of soorten van interventies

Uit onderzoek blijkt dat de taak of strategie van de groepsbehandelaar onderverdeeld kan worden in drie domeinen (Burlingame, 2002; Sternberg & Trijsburg, 2005; Chapman et al., 2010): het bieden van structuur, het faciliteren van verbale interactie en het scheppen en onderhouden van een therapeutisch emotioneel groepsklimaat.

De groepsbehandelaar structureert het groepsproces door afspraken of regels te omschrijven, groepsnormen te bevorderen, en uitleg te geven over de taak en rollen van de groepsbehandelaar en die van de groepsleden. Daarnaast biedt de groepsbehandelaar structuur door vanuit een specifiek behandelkader en volgens een bepaalde, door hem gekozen, methodiek te werken.

In de meeste groepen is het belangrijk om de groepsleden de kans te geven hun ervaringen te verwoorden, ook als praktisch oefenen centraal staat in de behandeling. Kunnen vertellen en uitwisselen wat groepsleden beleven is belangrijk voor het integreren van die ervaring. Dat betekent dat de groepsbehandelaar deze verbale interactie moet faciliteren. Dat doet hij door de groepsleden uit te nodigen zich uit te spreken, open te zijn over wat er in hen omgaat, op elkaar te reageren en wederzijds feedback te geven.

Een belangrijke taak voor de groepsbehandelaar is hierbij het groepsklimaat te bewaken. Het therapeutisch klimaat moet voldoende veilig zijn voor deze uitwisseling. Dit houdt onder meer in dat de groepsbehandelaar ervoor zorgt dat de spanning en angst niet te groot zijn. Hij vermindert eventuele vijandigheid, leidt conflicten in goede banen en helpt groepsleden om te gaan met onzekerheid. Ook helpt en bekrachtigt hij pogingen van groepsleden om met nieuw gedrag of rol te experimenteren en heeft hij aandacht voor positieve ontwikkelingen in de groep en van de groepsleden (Gans, 2005).

Een nadere uitwerking van deze domeinen is te vinden bij Karterud (2015).

De taken van de groepsbehandelaar worden in de praktijkrichtlijnen van de American Group Psychotherapy Association (AGPA, 2007) beschreven zoals ze naar voren komen in het onderzoek van Lieberman, Yalom en Miles (1973). In dit onderzoek wordt onderscheid gemaakt in vier basisfuncties van de groepsbehandelaar: uitvoerende functies, zorgzaamheid of genegenheid geven, emotionele stimulatie en betekenis toekennen. Deze basisfuncties overlappen gedeeltelijk de hierboven genoemde domeinen.

Uitvoerende functies zijn onder meer het bieden van structuur, zoals het handhaven van groepsregels, het aangeven van grenzen, en het verduidelijken en bewaken van de gekozen behandel aanpak.

Zorgzaamheid of genegenheid geven gaat over de houding van de groepsbehandelaar die warm, accepterend en eerlijk is. Daarnaast geeft hij zorg aan de groepsleden, steun bij onzekerheid, en bescherming bij confrontaties, conflicten of vijandigheid. Door zorgzaam te zijn geeft hij emotionele invulling aan de veiligheid die hij met de uitvoerende functies uitoefent. Emotionele stimulatie is die activiteit van de groepsbehandelaar die de groepsleden aanmoedigt gevoelens te uiten of verwoorden. Als voorbeeld voor de groepsleden is de groepsbehandelaar zelf waar nodig ook transparant over wat er in hemzelf omgaat. Hierbij begeleidt hij ook de wederzijdse feedback en mogelijke confrontaties, die helpend en nodig kunnen zijn om meer diepgang te bereiken wanneer de verbale interactie aan de oppervlakkige kant blijft.

Met de functies van zorgzaamheid en emotionele stimulatie geven de praktijkrichtlijnen van de AGPA wat meer concreet houvast voor hoe de groepsbehandelaar invulling geeft aan de domeinen verbale interactie en therapeutisch klimaat.

De vierde basisfunctie die onderscheiden wordt, betekenis toekennen, ontbreekt bij de domeinen van het eerste onderzoek. Daarom staan we er hier uitgebreider bij stil. Betekenis toekennen betreft het toevoegen van cognitief begrip aan wat beleefd wordt. De groepsbehandelaar onderzoekt expliciet en samen met de groepsleden de betekenis van het gedrag en van de emoties van de groepsleden en van de groep als geheel. Gevoelens en gedrag worden vertaald in denkbeelden. Hiermee helpt de groepsbehandelaar de groepsleden zichzelf en anderen beter te begrijpen. Betekenis toekennen kan gaan over de ontstaansgeschiedenis van ideeën en gedrag en over de functies van gedrag in het hier-en-nu van een groepslid of van de groep. Wat techniek betreft heeft een meer vragende dan stellende manier meer de voorkeur.

In het onderzoek van Lieberman, Yalom en Miles (1973, in Berk, 2005) blijkt dat behandelresultaten het best zijn van groepsbehandelaars die matig scoren op uitvoerende functies en emotioneel stimuleren en hoog scoren op zorgzaamheid en betekenis toekennen.

Ook is uit onderzoek duidelijk geworden dat groepsbehandelaars er goed aan doen sommige reacties te vermijden. Een afstandelijke houding, gedistantieerd reageren en veel zwijgen, maar ook zich als autoriteit opstellen en hoofdzakelijk groepsduidingen doen, creëren een klimaat van afhankelijkheid, angst en chaos in een behandelgroep (Bion, in Berk, 2005).

8.3 De praktijk

Er is een heel aantal specifieke situaties te omschrijven die in de praktijk van veel groepen voorkomen, zoals onder andere de start of afsluiting van een groepssessie, langdurige stiltes, conflicten of confrontaties tussen groepsleden, groepsleden die de bijeenkomst domineren, zondebokvorming, absentie van groepsleden. Het is zinvol voor de groepsbehandelaar om op deze specifieke situaties voorbereid te zijn. In hoofdstuk 9 van deze praktijkrichtlijnen wordt een aantal van deze specifieke situaties besproken en in de aanbevolen literatuur wordt verwezen naar literatuur waarin deze specifieke situaties aan bod komen (Motherwell & Shay, 2014).

In deze paragraaf komen handvatten voor de algemene praktijk aan de orde. Allereerst de basis van een adequate samenwerking tussen de groepsleden en de groepsbehandelaar, en de basishouding van de groepsbehandelaar. Vervolgens wordt besproken hoe de groepsbehandelaar zijn aanpak of strategie bepaalt aan de hand van het doel van de groep en de gekozen methodiek, en wordt een ordening beschreven van concrete en specifieke interventies die de groepsbehandelaar ter beschikking staat. Tenslotte wordt stilgestaan bij hoe de groepsbehandelaar zijn aanpak afstemt op de fase van ontwikkeling waarin de groep verkeert, en op het spanningsniveau in de groep.

8.3.1 Samenwerking en basishouding van de groepsbehandelaar

De groepsleden presteren beter als ze zich in goede handen weten. De context voor de strategieën en interventietechnieken van de groepsbehandelaar krijgt een fundament door een aantal algemene voorwaarden voor samenwerking en verandering, zoals aanwezigheid, actieve deelname, wederzijds respect, nakomen van financiële verplichtingen en algemeen

aanvaarde sociale omgangsvormen (Colijn & Snijders, 1993). Het is de taak van de groepsbehandelaar deze basisvoorwaarden steeds in de gaten te houden.

De groepsbehandelaar heeft grote invloed op het verloop van een groepsbehandeling. Als basishouding in alle behandelingen, zowel individueel als in een groep, noemt Snijders (2006) de 'voorwaardenscheppende houding' van de groepsbehandelaar. Deze houding bestaat erin dat hij empathisch is in zijn luisteren, dat hij onvoorwaardelijk positieve belangstelling en aanvaarding toont, dat hij congruent en transparant is wat betreft eigen gedachten en bedoelingen. Een positieve relatie tussen behandelaar en cliënt is essentieel, en bestaat uit zorg, acceptatie, echtheid en empathie (Yalom & Leszcz, 2005): 'deze houding is de basis voor alles wat de groepsbehandelaar doet' (p. 117).

Naast deze basishouding is de groepsbehandelaar zich bewust van de werkzame groepsfactoren, en probeert hij deze waar mogelijk te bevorderen en te benutten. Op basis van met name een productieve cohesie zal de groepsbehandelaar vervolgens werken met de voor zijn doelgroep gekozen strategie.

8.3.2 Ontwikkeling van een strategie

Er zijn oneindig veel interventies te bedenken die de groepsbehandelaar kan doen. Maar leidend bij de keuze van een interventie is de strategie die de groepsbehandelaar hanteert. De strategie die de groepsbehandelaar ontwikkelt of kiest wordt bepaald door het antwoord dat hij formuleert op de volgende vragen (De Haas, 2008; Karterud, 2015):

- Welk doel beoogt de groep?
- Welke methode is gekozen om dat doel te bereiken?
- In welke fase van ontwikkeling verkeert de groep?

Na invulling van deze vragen kan de groepsbehandelaar bepalen in welke mate de eerder genoemde domeinen of basisfuncties vruchtbaar zijn voor de concrete groepsbehandeling. Bijvoorbeeld: hoeveel structuur dient de groepsbehandelaar te geven en hoeveel vrije interactie is wenselijk, in welke mate is het nuttig zorg en genegenheid te bieden, hoeveel emotionele stimulatie heeft deze groep nodig en hoeveel nadruk dient gelegd te worden op het toekennen van betekenis?

Bij het ontwikkelen van een strategie kan het helpend zijn om een ordening aan te brengen in de interventies die de groepsbehandelaar ter beschikking heeft. De Haas (2008) geeft een heldere ordening: organisatietechniek, gesprekstechniek en relatietechniek.

Organisatietechniek betreft de concrete, consequente en stapsgewijze opbouw van de taakorganisatie. Denk hierbij aan: doelstelling en werkwijze, deelnemerstaak, deelnemersselectie en samenstelling van de groep. In hoofdstuk 2 wordt uitgebreid ingegaan op de randvoorwaarden voor het starten van een groep en komen deze aspecten voor een beginnende groep aan de orde. Organisatietechniek is ook belangrijk voor de praktijk van het leiden in een groepsbijeenkomst. Elke groep heeft structuur nodig, alleen de mate waarin verschilt per groep en is afhankelijk van wat in de groep gebeurt. Door de taakstructuur te vergroten zal er minder ruimte zijn voor spontane interactieprocessen. Hierover kan de groepsbehandelaar voorafgaand aan de groep een besluit nemen, maar ook tijdens het groepsproces. Als er bijvoorbeeld in de groep een onveilige sfeer lijkt te bestaan kan het helpen om de taakstructuur wat te vergroten. De houding van de therapeut kan hierbij variëren van meer sturend, tot meer begeleidend en steunend. Begeleidende

interventies helpen groepsleden te begrijpen wat er speelt of waar de groep mee worstelt. Sturende interventies suggereren de gewenste richting of oplossingen. Het is belangrijk dat de groepsbehandelaar zich er van bewust is dat wat hij zegt of doet een model vormt voor de groepsleden (Dierick & Lietaer, 2003).

Gesprekstechniek betreft de verbale technieken van de groepsbehandelaar. Deze zijn een belangrijke manier om invloed op de loop van de groep uit te oefenen. De groepsbehandelaar kan hiermee onder andere informatie over de taak sturen, onderzoek starten over emoties van groepsleden, of verduidelijken dat individuele gevoelens door anderen herkend worden. De Haas (2008) noemt een serie technieken: verbinden, verbreden, de-isoleren, uitnodigen, selectief negeren en belonen, die alle gebruikt kunnen worden om de samenhang (cohesie) tussen groepsleden te stimuleren. Hij noemt ook technieken die de groep aanzetten tot activiteit, bijvoorbeeld door met elkaar in interactie te gaan of door zich te verdiepen: ruimte geven met stilte, spiegelen, (door)vragen, verdiepen, overtuigen, uitdagen, confronteren, uitleggen, verbanden leggen en betekenis verlenen. Deze interventies kunnen gericht worden op een individu, een subgroep of de groep als geheel, en als er met twee groepsbehandelaars gewerkt wordt ook op de co-leider. Essentieel is de techniek van het actief luisteren, waarbij luisteren in het geval van een groep betekent dat de groepsbehandelaar op meerdere niveaus luistert. De groepsbehandelaar luistert naar het verhaal van de groepsleden én naar wat er op groepsniveau gebeurt. Hij luistert hierbij zowel naar wat er wél als wat er níet gezegd wordt. Wat een groepslid zegt en doet kan namelijk uitdrukking geven aan iets individueels van dat groepslid, maar ook uitdrukking geven aan een onderwerp of thema dat door meer groepsleden onbewust wordt gedeeld.

De groepsbehandelaar luistert actief naar wat er in de groep speelt door empathisch te spiegelen (De Haas, 2008; Levine, 1982). Hij kan daarbij op verschillende lagen van de communicatie spiegelen: feiten en meningen van groepsleden, gevoelens die benoemd worden of in toon of houding tot uiting komen, en processen die zich tussen de groepsleden afspelen.

Voor de ontwikkeling van de groep verdienen vijandige gevoelens aandacht, zeker als die op de groepsbehandelaars gericht zijn. Door die te spiegelen kan er ruimte ontstaan voor nieuwe oplossingen (Levine, 1982).

Actief luisteren in de groep is iets anders dan in individueel contact, omdat de terugkoppeling of de bespiegeling van de groepsbehandelaar ook aan de andere leden van de groep wordt voorgelegd. De groepsleden moeten daarom het gevoel krijgen dat de groepsbehandelaar een bondgenoot is, die samen met hen op onderzoek is naar wat ze beleven en waar ze mee worstelen, en helpt te zoeken naar oplossingen voor hun problemen. Dat kan hij doen door respect en interesse te tonen, aandacht te besteden aan kleine blijken van vooruitgang, erkenning te geven voor wat groepsleden meemaken, iemands inbreng te vertalen opdat groepsleden zich kunnen verbinden. Het is daarbij belangrijk vanuit gezond verstand te werken, lichtheid in het groepswerk te brengen en humor niet te schuwen, betrouwbaar, echt en vooral niet teruggetrokken of kunstmatig te zijn (Berk, 2005).

Relatietechniek betreft non-verbale technieken die de groepsbehandelaar gebruikt om een goede samenwerkingsrelatie te scheppen met de groep. De relatietechniek bestaat uit twee componenten: het aanvoelen van de houdingen van de groepsleden en daarnaast het

variëren met de eigen houding. De Haas (2008) gebruikt *de Roos van Leary* om te verduidelijken dat de groepsbehandelaar met relatietechniek het proces van een groep in een richting kan 'sturen'. In hoofdstuk 5 wordt dit nader beschreven.

8.3.3 Strategie aanpassen aan de ontwikkelingsfase van de groep

In hoofdstuk 6 is uitgebreid aandacht besteed aan de theorie van Levine, die in de ontwikkeling van een groep fasen onderscheidt en crises, waardoor de groep in een nieuw stadium van ontwikkeling kan komen. Omdat het hier niet een lineair proces betreft, maar de verschillende fasen en crises zich vaker kunnen aandienen, doet de groepsbehandelaar er goed aan zijn strategie aan te passen aan de ontwikkelingsfase waarin de groep zich presenteert.

Remmerswaal (2015) geeft een indeling die richting geeft als de groepsbehandelaar rekening houdt met de ontwikkelingsfase van de groep. Hij noemt drie soorten interventies: taakgerichte, groepsgerichte en persoonsgerichte interventies (Remmerswaal, 2015).

Taakgerichte interventies zijn vooral nuttig in de eerste fasen van een groep. Ze zijn vooral gericht op inhouds- en procedureniveau. Het plan van de groep wordt verhelderd en de informatie wordt georganiseerd en gestructureerd door de groepsbehandelaar. Hij inventariseert bij de groepsleden en betreft hen, hij weet om te gaan met dominante groepsleden en zwijgers, hij checkt ieders reactie en geeft samenvattingen van wat er uitgewisseld wordt.

Groepsgerichte interventies zijn geschikt als de groepsontwikkeling al enigszins op gang is gekomen. Dan wordt de onderlinge interactie bevorderd. Hoe functioneert de groep, hoe ervaren de groepsleden elkaar bij het werken aan de groepstaak, wat vindt men ervan? Hierbij heeft de groepsbehandelaar een modelfunctie en kan hij productieve normen bewerkstelligen. Hij bevordert het uiten van gevoelservaringen en helpt de groep zich te oriënteren op de emotionele uitingen van groepsleden. Hij kan met zijn kennis van rolvorming de groep helpen flexibel om te gaan met ieders inbreng en eigenheid.

Persoonsgerichte interventies zijn behulpzaam in de latere fasen van de groep. De groepsbehandelaar helpt groepsleden persoonlijk te zijn en openheid te geven aan elkaar. In deze fasen is er voor groepen die op ontwikkeling van capaciteiten gericht zijn kans feedback te geven en te krijgen die voor elk groepslid waardevol en nodig is.

8.3.4 Strategie aanpassen aan het spanningsniveau van de groep

De capaciteit van de groepsleden om te ervaren en tegelijkertijd te denken wordt bedreigd door te hoog oplopende spanning. Groepsleden en de groep als geheel tolereren spanning tot een bepaald niveau. Boven dit spanningsniveau kiest de groepsbehandelaar ervoor eerst de spanning te reguleren naar een draagbaar niveau. In de literatuur wordt hiervoor de term *window of tolerance* gebruikt (Ogden, 2003). Er is ook een ondergrens aan de groepsspanning. Een bepaalde mate van spanning is nodig om het werk te doen waar de groep voor bijeenkomt, en om niet alleen cognitief maar ook emotioneel te leren.

Zoals vele experts benadrukt Karterud (2015) dat te weinig spanning en interactie ten koste gaat van de taak en het resultaat van de groep, en teveel spanning ten koste gaat van de samenhang van de groep en de voortgang van de groep onder druk zet. Om de spanning weer op een werkbaar, en voor de uitvoering van de groepstaak wenselijk, niveau te krijgen dient de groepsbehandelaar te bespreken wat er in het groepsproces speelt. Hiervoor zijn geen algemeen geldende technieken. Soms is het nodig de kaders en regels van de groep nogmaals uit te leggen. Soms ligt de nadruk juist op het zoeken naar de betekenis van de

situatie. De manier waarop de groepsbehandelaar de spanning reguleert zal, zoals eerder genoemd, afhangen van het gekozen behandelkader, de soort groep, en van de fase van ontwikkeling waarin de groep zich bevindt. Het is wel zo dat de groepsbehandelaar de verantwoordelijkheid heeft om in deze situaties actief voor een oplossing te zorgen die de stagnatie van het groepsproces opheft. Meestal is het nodig het verloop van de groep stil te zetten en de aandacht te richten op wat gebeurt en wat ieders reactie daarop is.

Naast de groepsleden kan ook de groepsbehandelaar spanning ervaren. Vanuit deze spanning kan hij een sterk appèl ervaren iets te doen dat hij anders niet zou doen vanuit de geplande strategie voor de groep. Taak van de groepsbehandelaar is in deze situatie zich dit te realiseren en deze gevoelens en het appèl te verdragen en te begrijpen. Pas dan kan de groepsbehandelaar reageren in lijn met de vooraf bepaalde strategie.

8.4 Samenvatting

- Afhankelijk van het doel en de gekozen methode bepaalt de groepsbehandelaar een passende balans tussen taakgericht en procesgericht werken. Daarnaast wordt de aanpak of strategie bepaald door de fase van ontwikkeling waar de groep in verkeert.
- Los van de methode wordt het succes van een groep vooral bepaald door een goede cohesie. In het begin van de groepsbehandeling heeft de ontwikkeling van cohesie prioriteit in de interventies van de groepsbehandelaar.
- Wat een goede groepsbehandelaar concreet doet past in vier domeinen: hij biedt structuur, stimuleert verbale emotionele uitwisseling, zorgt voor een veilig en therapeutisch klimaat, en helpt betekenis te verlenen aan emoties en gedrag van de groepsleden.
- De groepsbehandelaar is verantwoordelijk voor het reguleren van een optimaal niveau van spanning, nodig voor de deelnemers om te leren en de groepstaak met succes uit te voeren.
- De groepsbehandelaar luistert actief en spiegelt empathisch, op verschillende niveaus: zowel het verhaal van de groepsleden (feiten, meningen en gevoelens), als ook de processen tussen de groepsleden.
- Afgewogen transparantie door de groepsbehandelaar heeft een belangrijk positief effect in een groepsbehandeling en kan helpen bij het reguleren van het spanningsniveau in de groep.
- Het is behulpzaam je voor te bereiden op situaties die zich vaak in groepen voordoen. Dat heeft een positieve invloed op het vertrouwen van de groepsbehandelaar en de veiligheid van de groep.

8.5 Aanbevolen literatuur

Fehr, S.S. (ed.) (2010). *101 Interventions in group therapy*. New York/London: Routledge.

Haas, W. de (2008). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Soest: Nelissen.

Karterud, S. (2015). *Mentalization-based group therapy (MBT-G)*. Oxford: University Press.

Motherwell, L.L. & Shay, J.J. (2014). *Complex dilemmas in group psychotherapy: pathways to resolution*. New York: Routledge.

Snijders, J.A. (2006). *Interventies in behandelgroepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

8.6. Geraadpleegde literatuur

American Group Psychotherapy Association (2007). *Practice Guidelines for Group Psychotherapy*, Science to Service Task Force.

Berk, T.J.C. (2005). *Leerboek groepspsychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Burlingame, G.M., Fuhrman, A. & Johnson, J.E. (2002). Cohesion in group psychotherapy. In: Norcross, J.C. (ed.). *Psychotherapy relationships that work*. Oxford: University Press.

Burlingame G.M., K.R. McKenzie, Strauss B. (2004). Groepsbehandeling: evidentie voor effectiviteit en veranderingsmechanismen (vert. T. Thijssen). In Lambert M.J. (ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5th ed., pp. 647-696.

Burlingame, G.A., Strauss, B. & Joyce, A.S. (2013). Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. In Lambert M.J. (ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 6th ed., pp. 640-668.

Chapman, C.L., Baker, E.L., Porter, G., Thayer, S.D., & Burlingame, G.M. (2010). Rating group therapists interventions: validation of the group psychotherapy intervention rating scale. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 14 (1), 15-31.

Colijn, S. & Snijders, J.A. (1993). Therapeutische factoren. In Berk, T.J.C., Bolten, M.P., Gans, E. & Koksma, H.G.Y. (eds.). *Handboek Groepspsychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Dierick P. & Lietaer G. (2003). Clientbeleving van therapeutische factoren in verschillende types en oriëntaties groepstherapie: vergelijkend onderzoek. In Berk, T.J.C., Bolten, M.P., Gans, E. & Koksma, H.G.Y. (eds.). *Handboek Groepspsychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Dierick P (2003). Clientbeleving van therapeutische factoren in groepspsychotherapie en groeigroepen: onderzoek en ontwikkeling van een structuurmodel. In Berk, T.J.C., Bolten, M.P., Gans, E. & Koksma, H.G.Y. (red.). *Handboek Groepspsychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Fehr, S.S. (ed.) (2010). *101 Interventions in group therapy*. New York/London: Rotledge.

Gans, J.S. (2005). A plea for greater recognition and appreciation of our group members' courage. *International Journal of Group Psychotherapy*, 55 (4), 575-592

Haas, W. de (2008). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Soest: Nelissen.

Karterud, S. (2015). *Mentalization-based group therapy (MBT-G)*. Oxford: University Press.

Levine, B. (1982). *Groepspsychotherapie. Praktijk en ontwikkeling*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Lieberman, M.A., Yalom, I.D. & Miles, M. (1973). *Encounter groups: first facts*. New York: Basic Books.

Motherwell, L.L. & Shay, J.J. (2014). *Complex dilemmas in group psychotherapy: pathways to resolution*. New York: Routledge.

Remmerswaal, J. (2015). *Handboek groepsdynamica. Een inleiding op theorie en praktijk*. 11^e editie. Amsterdam: Boom Nelissen.

Snijders, J.A. (2006). *Interventies in behandelgroepen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Sternberg, S. & Trijsburg, W. (2005). The relationship between therapeutic interventions and therapeutic outcome. Unpublished manuscript.

Yalom, I.D. & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. Fifth edition. New York: Basic Books.

Hoofdstuk 9: Destructieve groepsprocessen en negatieve effecten van groepsbehandeling.

Door Cor de Haan en Silvia Pol

9.1 Inleiding

De complexiteit van het werken met groepen wordt vaak ernstig onderschat. De kracht van de groep kan zeer bevorderend zijn en van grote toegevoegde waarde voor de ontwikkeling van de groep en de individuele groepsleden. De kracht van de groep kan echter ook een belemmerende uitwerking hebben, leiden tot verslechtering of zelfs tot destructie, wanneer niet aan bepaalde voorwaarden is voldaan of op de juiste wijze wordt ingegrepen (De Haan, 2012; Hoijtink, 2001).

Een groep biedt niet alleen een veilige omgeving, er is altijd dynamiek aanwezig waarbij verschillen tussen leden per definitie leiden tot angsten, botsing en conflict, zowel intern of binnen, als tussen de deelnemers. Wanneer conflicten goed kunnen worden opgelost dan ontwikkelt zich de samenwerking. De leden leren nieuw gedrag en de groep als geheel ontwikkelt zich tot een hoger niveau van functioneren (De Waal, 2017). Dit is de constructieve kracht van groepen die we als behandelaren willen aanwenden voor een behandel doel. Er kan echter ook stagnatie optreden in de groepsontwikkeling wanneer conflicten niet goed kunnen worden opgelost en de spanning binnen de groep onnodig hoog oploopt. Wanneer dit langer aanhoudt wordt gesproken van een *anti-group* (Nitsun, 2002; 2015); een groep waarin destructieve krachten op de voorgrond treden, leden niet langer veilig zijn en de groep als geheel uit elkaar kan vallen. Een recent voorbeeld dat de internationale pers haalde, is een onderzoek dat werd ingesteld nadat twee personeelsleden van Amnesty International relatief kort na elkaar zelfmoord hadden gepleegd. Geconcludeerd werd dat er een “giftige bedrijfscultuur” heerst op het hoofdkantoor in Londen. De onderzoekers spreken van een cultuur waarin sprake is van geheimhouding, wantrouwen, discriminatie, pesten en machtsmisbruik (NRC, 2019). Dit voorbeeld laat zien dat in groepen waarin je de aanwezigheid van empathie voor de medemens mag verwachten, alsmede kennis van risico’s die verbonden zijn aan machtsverhoudingen, er toch destructieve processen kunnen optreden in de samenwerking.

In behandelgroepen kunnen zich eveneens destructieve processen voordoen die moeilijk bij te sturen zijn en die tot negatieve effecten leiden.

Het werken met groepen vereist kennis van het krachtige potentieel van groepen en vraagt vaardigheid om groepen op een goede manier te begeleiden. Dit hoofdstuk bespreekt de achtergrond van destructieve groepsprocessen en negatieve effecten van deelname aan groepsbehandeling, en de wijze waarop deze voorkomen en verminderd kunnen worden. Aan het einde van het hoofdstuk wordt in de samenvatting een opsomming gegeven van de belangrijkste handvatten en aandachtspunten gericht op het verminderen van risico’s.

9.2 Achtergrond

De groep wordt door Nitsun (2002) beschreven als een complexe en vaak onvolledige ervaring, dat wil zeggen een ervaring die qua betekenis niet altijd goed begrepen wordt. Een groep wordt gevormd door een verzameling vreemden en zorgt per definitie voor een confrontatie met individuele verschillen. Beïnvloed door haar leden laat een groep afwisselend een opgaande en neergaande ontwikkeling zien. Groepen kunnen daardoor bij momenten onvoorspelbaar zijn. Deze factoren tezamen brengen spanningsvolle interpersoonlijke situaties met zich mee die mogelijkheden bieden om te leren, maar die ook tot negatieve ervaringen kunnen leiden. Het risico hiervoor is het grootst in ongestructureerde groepen waarin verwarring en angst kan ontstaan, wanneer een agenda ontbreekt en de leden als het ware op zichzelf worden teruggeworpen.

9.2.1 Negatieve effecten in de groep

Het doel van een groepsbehandeling is dat deelnemers meer zicht krijgen op zichzelf en de problemen waar ze mee worstelen, vooruitgang boeken in het loslaten van dysfunctionele patronen, en in het ontwikkelen van betere vaardigheden en een sterker gevoel van eigenwaarde. Daarmee kunnen betere vooruitzichten ontstaan voor de toekomst, en de mogelijkheid om te groeien in warme en betekenisvolle relaties (Yalom & Leszcz, 2005). Patronen waarmee groepsleden worstelen zijn doorgaans ontstaan en bekrachtigd in de dynamiek van de sociale groep, het gezin van herkomst en de bredere sociale omgeving waarin de deelnemers zijn opgegroeid. Voor sommige groepsleden kan de groep een omgeving vormen waarin herkenning optreedt aan vroegere ervaringen. Het is een zo krachtig medium dat dieperliggende emoties en pijnlijke herinneringen, waaronder doorgemaakte trauma's kunnen worden geraakt en naar boven komen. Daarbij is het soms moeilijk om onderscheid te maken tussen emoties en belevingen die bij het verleden horen, en die bij het heden en het contact met de groep in het hier-en-nu horen. Als deze verwarring ontstaat en vaardigheden te kortschieten, kan het moeilijk zijn om emoties toe te laten en te beleven, en kunnen deelnemers terecht komen in een uitleven van emoties. Wanneer dit fenomeen niet tijdig herkend en begrensd wordt, kan dat leiden tot destructieve processen waarbij negatieve ervaringen uit het verleden herhaald worden. Het uitleven van emoties kan dan leiden tot hernieuwde beschadiging, verslechtering en vroegtijdige beëindiging van de behandeling (drop-out). Karterud (2015) bespreekt naar aanleiding hiervan voorbeelden van negatieve effecten in de groep:

- uitleven van emoties door emoties niet bespreekbaar te maken, maar zich ernaar te gedragen in woede, verliefdheid, verveling etcetera;
- subgroepsvorming door met enkele deelnemers nabij contact aan te gaan en zich af te keren van andere deelnemers;
- overmatige afhankelijkheid waarbij verantwoordelijkheid uit de weg wordt gegaan;
- overmaat aan samenhang en nabijheid waarbij conflicten uit de weg worden gegaan;
- zondebokvorming door een deelnemer buiten te sluiten of te diskwalificeren;

- vecht-vlucht reacties waarbij geen ruimte ontstaat voor reflectie en bewustwording;
- rigide interactiepatronen en rolfixatie waarbij geen ruimte ontstaat voor ontwikkeling naar nieuw gedrag.

Voor een bespreking van verschillende vormen van vroegtijdige beëindiging of dropout en het wetenschappelijk onderzoek daarnaar verwijzen wij naar Hoofdstuk 8.

9.2.2 Negatieve processen in de groep

Bion heeft het ontstaan van negatieve processen in groepen uitgebreid beschreven (Berk, 2005; Roth, 2013). Elk groepslid komt in de groep met emotionele basisvragen die gaan over doelen en behoeften, vragen over identiteit en groepslidmaatschap, vragen over macht, controle en beïnvloeding, en vragen over intimiteit. In antwoord op deze vragen ontwikkelt elke groep een aantal basisovertuigingen. Bion onderscheidt drie basisovertuigingen: 1) vechten/vluchten; 2) paarvorming; en 3) afhankelijkheid. Het gaat bij vechten/vluchten om het reageren op spanning met kritiek, agressie en rivaliteit, of juist met ontwijken, intellectualiseren en wegblijven. Bij paarvorming wordt steun gezocht bij elkaar, soms met afscherming van de groep. Bij afhankelijkheid wordt geleund op de leider, wordt gevraagd om structurering, of treedt juist rebellie op en weerstand tegen gezag. Groepsleden zijn zich van deze overtuigingen niet bewust maar de bijbehorende gedragingen kunnen herkend worden in de sfeer en in het klimaat waarin gewerkt wordt. De cultuur van een groep wordt gevormd door de taak in combinatie met de basisovertuiging die heerst in de groep (Remmerswaal, 2013). Bion beschreef hoe deze basisovertuigingen er in groepen toe kunnen leiden dat intense emoties van primitieve aard op de voorgrond komen te staan. Emotionele processen uit de vroege ontwikkeling van groepsleden worden dan bepalend en leiden binnen de groep tot een onderlinge verstrengeling van de groepsleden. De sfeer in de groep kan gekenmerkt worden door haat en vijandigheid, door een samensmelten en negeren van actuele problemen, en/of door idealisatie en vervolgens devaluatie van de groepsbehandelaar, waarbij leden zich hulpeloos, waardeloos en onbeschermd voelen. Dan is er sprake van een destructief groepsproces.

Tegenwoordig wordt echter onderkend dat elke basisovertuiging zijn waarde kent. Onderzoek laat zien dat de meest productieve groep alle genoemde emotionele tendenties bevat (Remmerswaal, 2013). Vechten brengt vitaliteit, betrokkenheid en creativiteit in de groep, paarvorming draagt bij aan de samenhang in de groep, en afhankelijkheid past wanneer er onvoldoende competentiegevoel bestaat in de groep, en er een behoefte bestaat aan steun. Geconcludeerd kan worden dat emotionele gedragingen van groepsleden een constructieve of een destructieve uitwerking kunnen hebben op het groepsproces, afhankelijk van de omstandigheden waarin de groep op dat moment verkeert.

Nitsun (2002; 2015) is een andere belangrijke auteur als het gaat om negatieve processen in groepen. Hij beschrijft een functionele, of natuurlijke anti-groep die een fase kenmerkt in de groepsontwikkeling. De anti-groep staat voor het destructieve aspect van groep, is variabel van groep tot groep maar vormt een onderdeel van de meeste, of misschien zelfs alle

groepen. De anti-groep bedreigt de samenhang van de groep en het doorwerken ervan activeert de creatieve kracht en de ontwikkeling van de groep. In een functionele anti-groep is er sprake van expressie van emoties, hetgeen vraagt om een bespreekbaar maken en een accepteren van de soms heftige emoties die leven. In deze groep volstaan de gebruikelijke interventiestrategieën. Er kan echter ook een dysfunctionele, of pathologische anti-groep ontstaan als gevolg van een stagnatie in de groepsontwikkeling. In deze groep is sprake van angst en wantrouwen voor het groepsproces. De groep wordt ervaren als verwaarlozend en ondermijnend, waarbij er directe en indirecte agressie plaatsvindt tussen groepsleden en de leden negatieve ervaringen opdoen en de groep zelfs uiteen kan vallen. Voor de groepsbehandelaar is het van belang de anti-groep te herkennen en te lokaliseren (individueel, subgroep, groep als geheel), grenzen te bevestigen en te herstellen en op zoek te gaan naar de stagnatie in de groep. De groepsbehandelaar vestigt de aandacht op het trauma in de groepsontwikkeling en helpt groepsleden hun gedachten, emoties en gedrag te verbinden. Het interveniëren in een dergelijk spanningsveld is zeer complex en daarbij dient steun beschikbaar te zijn voor de groepsbehandelaar in de vorm van collegiale consultatie of intervisie.

9.2.3 Negatieve effecten en leiderschap

De groepsbehandelaar zet de groep in als veranderingsmiddel en besteedt daartoe aandacht aan de dynamiek van het individuele groepslid, aan de interpersoonlijke dynamiek en aan de dynamiek in de gehele groep. Tezamen vormen deze componenten een geheel en het is de taak van de groepsbehandelaar om deze integreren (Berk, 2011). Het doel van de leider is de groep te ondersteunen in haar groepstaak en de groep bijeen te houden als groep. Gevoelens en interpersoonlijke relaties kunnen echter heftige vormen aannemen in de groep, waarbij groepsbehandelaars voor de uitdaging staan een evenwicht te vinden tussen vermijding en confrontatie. Daarin slagen groepsbehandelaars soms onvoldoende. Karterud (2015) noemt een aantal voorbeelden van negatieve effecten van de leider:

- onvoldoende helderheid bieden over het kader waarbinnen de groep wordt geboden;
- onvoldoende helderheid bieden over de groepstaak;
- onvoldoende bewaken van veilige grenzen in de interactie tussen deelnemers;
- onvoldoende herkennen van een negatief effect van het eigen handelen;
- onvoldoende aanwenden van eigen invloed ter bijsturing van negatieve effecten;
- onvoldoende afstemmen in de co-therapie, of co-begeleidingsrelatie.

Groepsbehandelaars dienen zich eveneens bewust te zijn van de machtspositie die ze hebben als leider van een groep, en het risico dat deze positie qua macht, invloed en status met zich meebrengt (AGPA, 2007; Leszcz, 2004). Groepsbehandelaars kunnen deelnemers teveel onder druk zetten, of verzuimen een interventie te bieden wanneer zich een risicovolle interactie ontwikkelt tussen groepsleden. Groepsbehandelaars hebben derhalve strategieën nodig waarmee ze hun eigen negatieve tendensen kunnen tegenhouden, en

deelnemers kunnen helpen om te profiteren van de interpersoonlijke uitwisseling die plaatsvindt in de groep (Karterud, 2015).

9.3 De praktijk

Hieronder wordt stil gestaan bij enkele basisvoorwaarden waaraan een groepsbehandeling of –behandelaar moet voldoen om destructieve groepsprocessen en negatieve effecten van de behandeling te voorkomen. Vervolgens komt een aantal specifieke situaties of onderwerpen aan bod die het groepsproces negatief kan beïnvloeden en waar de groepsbehandelaar in de dagelijkse praktijk regelmatig mee temaken krijgt.

9.3.1. Basisvoorwaarden om negatieve effecten te voorkomen

Niet alle individuen profiteren van een groepssetting. Het risico dat groepsleden slechter worden van deelname aan een groep, doordat ze het spanningniveau dat in de groep ontstaat niet kunnen verdragen, moet worden beperkt. Dat vraagt om het doen van goede diagnostiek zonodig met behulp van adequate instrumenten (AGPA, 2007). Indicatiestelling voor deelname aan een groep begint daarom met verheldering van de problematiek of diagnostiek, tezamen met een passende rationale voor behandeling. Zorgvuldige selectie van deelnemers, eventueel met steun van selectie- en monitoring instrumenten, alsmede een goede opzet van een groep zijn voorwaarden om een groepsbehandeling kans van slagen te bieden, en negatieve effecten zoveel mogelijk te voorkomen (De Haas, 2008; AGPA, 2007). De afweging die gemaakt is om tot een indicatie voor groepsbehandeling te komen dient besproken te worden met de deelnemer. Een heldere taakstructuur voorkomt dat het voor groepsleden onduidelijk is wat er van hen verwacht wordt en vermindert gevoelens van onzekerheid (Karterud, 2015). Sommige instellingen geven informatie in de vorm van een bijsluiters over de groepsbehandeling. We verwijzen naar hoofdstuk 2 voor aspecten die aandacht behoeven bij het opzetten van een groep, en naar hoofdstuk 3 voor het onderwerp selectie en samenstelling van de groep.

Bij het aanbieden van groepen vanuit een specifiek behandelkader, is het van belang dat er naast het aanbieden van het protocol, ruimte bestaat voor het bewerken van de interactie in de groep, waarmee een evenwicht wordt aangebracht tussen inhoud en proces. Wanneer te weinig aandacht wordt besteed aan de groepsdynamiek kunnen dreigende destructieve processen worden gemist, en wordt teveel verwacht van uitsluitend de toepassing van een inhoudelijke behandelmethode (De Haan, 2011). We verwijzen voor een nadere uitwerking van dit thema naar hoofdstuk 11.

Groepsbehandeling vormt een bijzondere interpersoonlijke situatie doordat van deelnemers wordt verwacht dat ze veelal schaamtevolle aspecten van henzelf delen in de groep. Een algemene voorwaarde voor het slagen van een groep is derhalve dat er vertrouwelijkheid bestaat binnen de groep en dat deelnemers zich committeren aan de gemaakte afspraken daarover, zodat op veilige wijze persoonlijke informatie in de groep kan worden gedeeld (AGPA, 2007). Besproken dient te worden hoe de deelnemers over eigen ervaringen in de groep kunnen vertellen aan derden zonder deze regels te schenden. Het behoort duidelijk te

zijn hoe er wordt omgegaan met regels en afspraken, contact binnen en buiten de groep, sociale media en eventuele opnames voor supervisie doeleinden (AGPA, 2007). Deelnemers beschikken over een overeenkomst voor deelname en worden geïnformeerd dat verslaglegging plaatsvindt over de groep en over elk individu zonder dat daarbij namen worden genoemd van andere deelnemers. Ook wordt het deelnemers duidelijk gemaakt hoe er wordt omgegaan met aanraking, cadeautjes en openheid (disclosure) van de kant van de leider (AGPA, 2007).

Het is duidelijk dat een goede voorbereiding veel negatieve effecten kan voorkomen. Maar elke groep kent dynamiek en in elke groep kan deze, mits onvoldoende herkend en tijdig bijgestuurd, leiden tot destructieve groepsprocessen en negatieve effecten. Hieronder gaan we in op het praktisch omgaan met veelvoorkomende situaties.

9.3.2 De groep die niet op gang komt

Ook bij de beste voorbereiding kan het toch dat de groep niet op gang komt. Het is bij een beginnende groep belangrijk dat de groepsbehandelaar geen te lange stiltes laat ontstaan en de groep bij de hand neemt. De groepsbehandelaar zorgt daarbij voor duidelijkheid over de taak van de groep door uitleg te geven over het doel van de groep, de werkwijze, de groepsregels en andere afspraken.

Een duidelijke en veilige start is bepalend voor het succes van de groep. Om een beginnende groep op gang te brengen of een nieuw groepslid goed te laten invoegen is de eerste kennismaking essentieel. Door gebruik te maken van een vast ritueel of een voorgestructureerde kennismaking zorgt de groepsbehandelaar voor optimale veiligheid en heldere grenzen. Bij de kennismaking moet voorkomen worden dat groepsleden persoonlijke of intieme informatie over zichzelf delen zonder dat zij zich veilig of verbonden voelen met de groep en de andere groepsleden. Zelfonthulling moet in overeenstemming zijn met het opgebouwde vertrouwen in en de relatie met de groep.

Als er in de beginfase van een groepsbehandeling sprake is van sterke passiviteit vanuit angst dan past de groepsbehandelaar zijn activiteit hierop aan. Lange stiltes werken angst verhogend en worden voorkomen door structuur aan te bieden. De groepsbehandelaar maakt een rondje langs alle groepsleden en verbindt de groepsleden met elkaar door de aandacht te vestigen op gezamenlijke thema's. Daarnaast geeft hij uitleg over veel voorkomende thema's en gevoelens die horen bij een beginnende groep, zoals het samengaan van de wens om te veranderen en de angst voor verandering, of twijfel aan het nut van de groep.

9.3.3 Omgaan met belemmerende rollen

De groep stagneert in haar ontwikkeling wanneer er vaste patronen ontstaan en een groepslid gevangen raakt in een rol. Bepaalde rollen van groepsleden kunnen zelfs een belemmering vormen voor de groepsontwikkeling en een destructieve werking op het groepsproces hebben (Janzing & Kerstens, 2012; Yalom & Leszcz, 2005, Rutan, Stone & Shay,

2014; Berk, 2005; Remmerswaal, 2013). Wanneer belemmerende rollen optreden is het belangrijk om niet alleen de rol van het groepslid maar ook de dynamiek, dat wil zeggen de wisselwerking met de groep, te bespreken. Rollen kunnen een functie vervullen voor de groep (zie ook hoofdstuk 6). Pas als er onvoldoende verklaring kan worden gevonden vanuit de groepsdynamiek, moet worden gekeken naar de kenmerken van de roldrager. Hoe past bij de rol bij diens voorgeschiedenis en welke betekenis heeft de rol op dit moment?

In onderstaande tabel bieden we een overzicht van belemmerende rollen, de context waarin deze kunnen ontstaan, de functie van de rol voor de groep, en een handreiking voor de aanpak van de ontstane situatie.

<i>Rol</i>	<i>Functie</i>	<i>Context</i>	<i>Risico</i>	<i>Aanpak</i>
Zondebok	Kanaliseren van spanning (angst en agressie)	Angstige en onzekere groep	Diskwalificering, uitstoting, hernieuwd slachtoffer	Zondebok is vaak angstig om erbij te gaan horen; vertrouwd met de zondebokrol. Bespreken functie van het kanaliseren van woede/ onvrede van andere groepsleden.
Overheersend en/of oorlogszuchtig groepslid	Afschermen eigen kwetsbaarheid	Groep wordt overweldigd, valt stil	Onveilige sfeer, groepsleden haken af	Inhoud omarmen maar breedvoerigheid, toon, en emotie begrenzen: je punt is duidelijk, laat het hier maar even bij. Wat je vertelt is duidelijk, maar probeer het eens gewoon te zeggen zonder die heftigheid
Grappenmaker	Zorgt voor wat luchtigheid, voor een goede sfeer.	Vermijdende groep	Onderminning doelstellingen en serieuze karakter van de groep	Zowel de positieve kant als de vermijdende kant benoemen, met (gepaste) waardering
Behulpzame groepslid	Spanningsreductie	Groep die behoefte heeft aan verzorging	Belemmering zelfstandigheid en autonomie van andere groepsleden	Begrenzen, maakt onnodig afhankelijk. Het groepslid dat onmiddellijk te hulp schiet met een zakdoekje: Laat dat maar even, huilen (bij verdriet) mag
Dwarsligger	Benoemen van de keerzijde	Groep die verschillen lastig vindt	Conflict, strijd	Inhoud omarmen, kwaliteit van dwarsligger benutten
Bliksemafleider	Spanningsreductie	Angstige en onzekere groep	Agressie gaat naar roldrager	Bespreken van functie van bliksemafleider voor de groep
Zwijger	Angstig groepslid	Groep kan ervaren worden als bedreigend	Drop-out	Vriendelijk uitnodigen tegen einde van de groep (zodat iemand niet te lang centraal staat)
Narcistische groepslid	Maakt groep tot verlengstuk van eigen grootheid	Groep kan ervaren worden als bedreigend	Groep kan ervaren worden als agressor.	Prijzen, uitnodigen tot zelfreflectie. Licht narcisme in de groep kan in de groep; bij ernstig narcisme sluit individuele behandeling vaak beter aan
Afwezige groepslid	Tast stabiliteit van de groep aan	De groep dient veilige basis te zijn	Fragmentatie, 'duiventil'	Direct bespreken, positieve normregulering
Wantrouwende groepslid	Afstand houden	Groep kan ervaren worden als bedreigend	Hoge spanning in groep, drop-out	Veiligheid van de groep checken, selectie/diagnostiek, ervaringen in voorgeschiedenis valideren

tabel 1: Overzicht van belemmerende rollen, met functie en aanpak

Ook groepsbehandelaren kunnen vast komen te zitten in een rol. In die situatie kan de groepsbehandelaar veel steun ontleen aan de medegroepsbehandelaar om daaruit los te komen. Groepsbehandelaren kunnen een goed model bieden aan groepsleden door makkelijk te wisselen van rol, zodoende verschillende kanten van zichzelf te laten zien en speelt met hun rol om te gaan (Hojtink, 2001).

9.3.4 Omgaan met incidenten

Incidenten in de groep kunnen angst en boosheid oproepen bij de groepsleden en handelingsverlegenheid veroorzaken bij groepsleden en groepsbehandelaars. We staan hier stil bij incidenten waarin sprake is van agressiviteit. Daarna benoemen we een aantal incidenten van verschillende aard en bieden we een handreiking voor een passende aanpak (tabel).

Als het gaat om agressie spreekt Molnos (1995) over een onderscheid tussen genezende en destructieve agressie. Genezende agressie houdt in uiting geven aan je boosheid tegen de juiste persoon, over het juiste onderwerp en op het juiste moment. Destructieve agressie staat voor uiting geven aan je boosheid tegen de verkeerde persoon, over een kleine aanleiding, op een moment dat de druppel de emmer doet overlopen. Het meest destructief is volgens Molnos de woede die niet als zodanig herkend wordt, maar uitgeleefd wordt. Binnen de groep kan deze woede naar buiten komen via schending van groeps grenzen, via zondebokfenomenen, en aanvallen op de groepsbehandelaar. De veiligheid en stabiliteit van de groep staat dan onder druk. Om destructieve agressie in de groep te voorkomen en te zorgen voor voldoende veiligheid is het belangrijk om duidelijk te zijn over regels en afspraken: boos zijn mag, met de bereidheid dat te bespreken en te onderzoeken, maar dreigen of fysieke agressie is niet toegestaan.

INCIDENT	AANPAK
Dreigen met agressie of wraakacties	– onmiddellijk stoppen van de interactie – begrenzing bieden – groepsregels herhalen
Heftige emotionele uitbarsting	– emotie bevestigen – uitnodigen deze onder woorden te brengen – ondersteunen van individu en groep – temporiseren
Weglopen uit de groep	– ondersteunen middels valideren van gevoelens en neiging in actie te komen – uitnodigen te vertellen over reden neiging zich te onttrekken aan groep – structureren door te temporiseren
Te laat komen of helemaal wegblijven	– uitnodigen het gedrag te onderzoeken – samenhang onderzoeken met interactie met de groep – stilstaan bij (goede) samenwerking – uitleg geven over het belang van aanwezigheid ten behoeve van samenhang en continuïteit – verantwoordelijkheid groepsleden onderstrepen
Suïcidaliteit	– normaliseren, gedachten over suïcide komen vaak voor, zijn menselijk – uitleg en afspraken maken over verantwoordelijkheden individuele groepsleden en groepsbehandelaar – afspraken maken ten aanzien van veiligheid overweeg individueel contact
Suïcidepoging of suïcide	– ondersteunen middels valideren van verschillende gevoelens – bespreekbaar maken van betekenis van het incident voor de groepsleden (Kerkhof & van Luyn, 2010; Robbertz, 2011).
Dissociatie of conversie	– uitleg en afspraken maken over verantwoordelijkheden individuele groepsleden en groepsbehandelaar – vriendelijk maar duidelijk uitnodigen om met de aandacht terug te keren naar de groep.
Ontregeling bij kwetsbare groepsleden (verwardheid, psychose)	– uitleg bieden over kwetsbaarheid en bespreken wat het groepslid, maar ook de groep nodig heeft – afspraken maken over verantwoordelijkheden individuele groepsleden en groepsbehandelaar
Uit de hand gelopen contacten buiten de groep (ook digitaal)	– bespreekbaar maken van enerzijds verlangen naar mee contact, en anderzijds belang van groepsgrenzen – de groepsregels herhalen
Verliefdheid en seksueel contact tussen groepsleden	– bespreekbaar maken in de groep en onderzoeken van de betekenis van de gevoelens en gedragingen voor betrokkenen, en de groep als geheel – de groepsregels herhalen

tabel 2: Overzicht van veelvoorkomende incidenten met aanpak

9.3.5 Omgaan met leiderschap

In een goed functionerende groep ontvangt een deelnemer meer steun en feedback dan een individueel behandelaar ooit kan bieden. Dat maakt groepsbehandeling een uitermate

krachtige interventie die we op verantwoorde wijze willen aanbieden. Zodra het groepsproces start, gaan krachtige werkzame factoren hun werk doen (Yalom & Leszcz, 2005) en dat vraagt van de groepsbehandelaar deskundigheid in het leiden van groepen.

Het uitgangspunt is dat het type leiderschap moet passen bij de doelen van de groep. Hoe trainingsgerichter de groep, hoe meer structuur de groepsbehandelaar aanbrengt en hoe minder ruimte wordt gelaten voor het ontwikkelen van groepsdynamiek (De Haas, 2008). De groepsbehandelaar zal de eigen houding en interventies afstemmen op wat de groep nodig heeft. Deze behoefte verschilt voor beginnende en gevorderde groepen, en is tevens afhankelijk van de ontwikkelingsfase (zie hoofdstuk 7) waarin de groep zich bevindt. Gedurende de ontwikkeling van de groep is het van belang dat de groepsbehandelaar een deel van de verantwoordelijkheid aan de groepsleden overdraagt en groepsleden meer zelfstandig de groepsdoelen dragen. Hieronder staan de groepsontwikkelingsfasen (Levine, 1982) beschreven met de bijbehorende valkuil en taak voor de leider.

ONTWIKKELINGSFAS E GROEP	VALKUIL	TAAK VOOR LEIDER
Parallelfase	Te weinig sturing en verbinding bieden, spanning teveel laten oplopen	Taak en werkwijze verhelderen, sturing bieden, samenhang bevorderen
Autoriteitscrisis	Gaan uitleggen, geruststellen of verdedigen in plaats van boosheid en angst in ontvangst nemen, agressie kan dan geen constructieve vorm krijgen	Boosheid en angst benoemen, deze zonder verdedigen in ontvangst nemen
Opnemingsfase	Te weinig ruimte bieden voor verschillen, angst om af te wijken van de groep	Erkennen dat verschillen mogen bestaan
Intimiteitscrisis	Te weinig ruimte bieden voor verdieping van contact	Steun bieden bij aangaan van verdieping contact
Wederkerigheids-fase	Te veel sturing bieden, teveel aanwezig zijn	Ruimte laten voor vooral uitwisseling door groepsleden
Beëindigingsfase	Te weinig ruimte bieden voor bespreken van loslaten van contact	Stilstaan bij betekenis van beëindiging contact

Tabel 3: Ontwikkelingsfasen met valkuil en taak voor de leider

Wanneer er aanwijzingen zijn dat de groepsdynamiek het taakgerichte functioneren van de groep belemmert, dan is het van belang om het ontstaan van een groep die gedomineerd wordt door een basisovertuiging te voorkomen. De groepsbehandelaar doet dit door (Remmerswaal, 2013):

- te kiezen voor een actieve opstelling, minder te zwijgen of minder een gedistantieerde houding aan te nemen;
- het bieden van meer structuur en aan te sturen op taakgericht functioneren;
- betrokkenheid te tonen en een minder autoritaire opstelling aan te nemen;
- naast groepsinterventies op het individuele groepslid gerichte interventies aan te bieden;
- gebruik te maken van selectieve zelfonthulling.

Het voorkomen van een pathologische anti-groep wordt bereikt door ruimte te bieden aan het doorwerken van conflicten, het als leider in ontvangst nemen van gevoelens van boosheid en het proberen tijdig te herkennen wanneer de groep stagneert in haar ontwikkeling. Een groep leiden waarin destructieve processen spelen is moeilijk en ondersteuning van collega's is onontbeerlijk. Voorkom een professioneel isolement, het

inschakelen van consultatie staat juist voor een hoge graad van professionaliteit (AGPA, 2007, p. 49-50). Supervisie of intervisie (zie hoofdstuk 16) leent zich bij uitstek voor deze collegiale ondersteuning (Leszcz, 2004).

9.4 Samenvatting

- Een groep biedt niet alleen een veilige omgeving omdat altijd aanwezige verschillen tussen leden kunnen leiden tot angst, botsing en conflict zowel binnen als tussen de deelnemers.
- Wanneer conflicten goed kunnen worden opgelost dan ontwikkelt zich de samenwerking in de groep.
- Wanneer conflicten onvoldoende worden opgelost, kan een stagnatie optreden in de samenwerking waardoor destructieve krachten ontstaan, onveiligheid optreedt en de groep uiteen kan vallen.
- Zorgvuldige selectie van deelnemers en een goede opzet van een groep zijn voorwaarden om groepsbehandeling kans van slagen te bieden, en negatieve effecten zoveel mogelijk te voorkomen.
- Om het uitleven van emoties te voorkomen en te zorgen voor voldoende veiligheid is het van belang om duidelijk te zijn over regels en afspraken.
- Boze, conflictueuze of agressieve gedragingen van groepsleden kunnen een constructief (functioneel) en een destructief (disfunctioneel) effect hebben op het groepsproces.
- Groepsbehandelaars herkennen negatieve effecten, maken deze bespreekbaar en begrenzen deze waar nodig. Groepsbehandelaars kunnen door teveel of te weinig te interveniëren op conflictueuze gedragingen zelf bijdragen aan destructieve processen in de groep.
- Bij het aanbieden van groepen vanuit een specifiek behandelkader, is het van belang dat er naast het aanbieden van het protocol, ruimte bestaat voor het bewerken van de interactie in de groep, waarmee een evenwicht wordt aangebracht tussen inhoud en proces.
- Voorkomen van negatieve groepsprocessen wordt bereikt door ruimte te bieden aan het doorwerken van angstgevoelens en conflicten, het als leider in ontvangst nemen van gevoelens van boosheid en het proberen tijdig te herkennen wanneer de groep stagneert in haar ontwikkeling.
- Supervisie of intervisie is van belang als steun voor de groepsbehandelaar wanneer deze wordt geconfronteerd met destructieve krachten en processen in groepen.

9.5 Aanbevolen literatuur

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

Haas, de W. (2008). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Soest: Nelissen.

Hoijtink, T.A.E. (2001). *De kracht van groepen. Normen en rollen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Nitsun, M. (2015). *Beyond the anti-group. Survival and transformation*. London: Routledge.

9.6 Geraadpleegde literatuur

AGPA (2007). *Practice Guidelines for Group Psychotherapy*. Part: Reducing Adverse Outcomes and the Ethical Practice of Group Psychotherapy, 47-52. The American Group Psychotherapy Association Science to Serve Task Force.

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

Berk, T (2011). *Over groepstherapie. Groepen, groepsdynamiek, groepsanalyse en wat therapeutisch werkt*. ISBN: 978-1-4709-9229-3.

Burlingame, G.M., Strauss, B. & Joyce, A.S. (2013). Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., p. 647-696). New York: Wiley & Sons

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

Haan, C.G. de (2012). Destructieve processen: de groep onder pressie, leeggezogen, uitgeput. In *25 jaar klinisch psychotherapie, van een rampenscenario tot een warme bedding*. Warnsveld: GGNet. ISBN: 978-94-6191-542-9.

Haas, de W. (2008). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Soest: Nelissen.

Hoijtink, T.A.E. (2001). *De kracht van groepen. Normen en rollen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

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

Karterud, S. (2015). *Mentalization Based Group Therapy (MBT-G). A theoretical, clinical, and research manual*. Oxford: Oxford University Press.

Kerkhof, A. & van Luyn, B. (2010). *Suicidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Leszcz, M. (2004). Reflections on the abuse of power, control, and status in group therapy and group therapy training. *International Journal of Group Psychotherapy*, 54 (3), 389-400.
- Levine, B. (1982). *Groepspsychotherapie: Praktijk en ontwikkeling*. Deventer: Van Loghum en Slaterus.
- Molnos, A. (1995). Destructiviteit in groepen: een groeps-analytische benadering. *Groepspsychotherapie*, 29 (2), 40-46.
- Nitsun, M. (2015). *Beyond the anti-group. Survival and transformation*. London/New York: Routledge.
- Nitsun, M. (2002). *The Anti-Group. Destructive forces in the group and their creative potential*. London/New York: Routledge.
- NRC Handelsblad (2019). *Over Amnesty International: discriminatie, pesterij en machtsmisbruik*. Extern onderzoek, 7 februari 2019.
- Remmerswaal, J. (2013). *Handboek groepsdynamica. Een inleiding op theorie en praktijk*. Elfde herziene druk. Amsterdam: Boom/Nelissen.
- Robbertz, K.P. (2011). Omgaan met suïcide op een psychiatrische dagkliniek voor depressie. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 6 (3), 29-37.
- Roth, B. (2013). Bion, basic assumptions, and violence: a corrective reappraisal. *International Journal of Group Psychotherapy*, 63 (4) 525-43.
- Rutan, J., Stone, W., & Shay, J. (2014). *Psychodynamic group psychotherapy* (5th ed.). New York: Guilford Press.
- Snijders, H. (2010). Een blik over de grenzen. De stand van zaken van onderzoek naar groepspsychotherapie. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 5 (2), 28-37.
- Snijders, H. (2006). *Interventies in behandelgroepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Yalom, I.D. & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.

Hoofdstuk 10: Het combineren van groepsdynamiek en specifieke psychotherapeutische behandelmethoden.

Helga Aalders en Ingrid Krijnen

10.1 Inleiding

De voorafgaande hoofdstukken uit deze richtlijn zijn van toepassing op groepsbehandelingen in de volledige breedte van de gezondheidszorg. In dit hoofdstuk gaan we in op de integratie van groepsbehandeling met specifieke psychotherapeutische referentiekaders en daarmee richten we ons vooral op de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Kenmerkend voor de Nederlandse GGZ van de laatste decennia is dat psychotherapeutische behandelmethoden veelvuldig in een groepssetting aangeboden worden. Daarbij kan het gaan om een wekelijkse poliklinische behandeling, maar ook om een meer intensieve ambulant-plus, deeltijd- of klinische setting (zie ook hoofdstuk 11). Het betreft dan specifieke methoden die afgeleid zijn van een cognitief-gedragstherapeutisch, een psychodynamisch of een integratief referentiekader. Voorbeelden hiervan zijn: Schematherapie (SFT), Mentalisatie bevorderende therapie (MBT), Dialectische gedragstherapie (DGT), Interpersoonlijke therapie, Acceptance and Commitment Therapie (ACT) en Affectfobie therapie (AFT). In het onderstaande staan we stil bij dergelijke groepsbehandelingen, waarin de behandelaar een van die behandelmethoden combineert met een weloverwogen gebruik van groepsprocessen.

Een vaak gehoord argument voor deze gecombineerde vorm is dat groepsbehandelingen kosteneffectiever zijn dan wanneer de methode individueel wordt aangereikt (Burlingame et al., 2013). Minstens zo belangrijk, zo niet belangrijker, is dat uit diverse onderzoeken en studies naar voren komt dat het groepsgewijs aanbieden van een psychotherapeutische behandelmethode, mits de groepsdynamiek adequaat wordt gehanteerd, de uiteindelijke resultaten van de behandeling versterkt (Burlingame, et al., 2004; Farrell et al., 2009; Burlingame et al., 2013; Karterud, 2014; Koks, 2015).

In de huidige praktijk blijkt echter een lacune te bestaan: de meeste behandelaren die een groepsbehandeling aanbieden zijn wel goed getraind in de specifieke methode, maar nauwelijks onderlegd in het therapeutisch gebruik maken van de groep waarmee zij werken. Hoe je een groep op verantwoorde wijze leidt is in de andere hoofdstukken reeds uitvoerig aan de orde gekomen. Hier zal de vraag centraal staan hoe je als behandelaar een goed evenwicht vindt tussen het groepsdynamisch kader en de specifieke psychotherapeutische methode die je hanteert. Een belangrijke insteek daarbij is hoe de groepsprocessen als katalysator te laten dienen van de methode en hoe die methode zo te integreren dat de uitkomst een vruchtbare groepsdynamiek oplevert. Het gericht zijn op een passende balans tussen groepsdynamica en methode zorgt dan voor een behandelresultaat dat groter is dan dat van de specifieke behandelmethode op zich. Dit is evenwel geen makkelijke opgave. De behandelaren zullen hierin voortdurend dilemma's tegenkomen en keuzes moeten maken. In dit hoofdstuk zullen we starten met een kort overzicht van onderzoek dat is verricht naar het combineren van groepsdynamica en specifieke behandelmethoden. Vervolgens

bespreken we een aantal dilemma's die de groepsbehandelaar in de praktijk kan tegenkomen bij het combineren van een specifiek, individueel kader en een groepskader. Daarbij gaan we in op welke afwegingen hij met betrekking tot deze dilemma's kan maken. Aan het slot van dit hoofdstuk volgen een korte samenvatting en aanbevolen literatuur.

10.2 Achtergrond

In deze paragraaf staan we achtereenvolgens stil bij wat bekend is over factoren die bijdragen aan het effect van een individuele psychotherapeutische behandeling en factoren die bijdragen aan het effect van een groepsbehandeling. Ook komen recent ontwikkelde meetinstrumenten voor de groepsvarianten van enkele specifieke behandelmethodes aan bod.

10.2.1 Algemeen

Uit diverse studies (Duncan & Miller, 2006; Godley et al., 2004; De Haan, 2011; Bergin & Garfield, 2013) is gebleken dat de specifieke gehanteerde methode in een individuele behandeling slechts 8% tot 15% bijdraagt aan het effect van de behandeling en dat de kwaliteit van de behandelrelatie een aanmerkelijk groter aandeel op het uiteindelijke effect heeft. Ook therapietrouw en participatie van patiënten verklaren een deel van de uitkomst.

Natuurlijk vraagt het hanteren van een goede, effectieve behandelrelatie met een groep en haar groepsleden om andere kennis en vaardigheden dan bij een individuele behandeling. Dat zelfde geldt voor het bevorderen van therapietrouw en participatie.

Uit onderzoek is, zoals in 10.1 genoemd, bekend dat het groepsgewijs aanbieden van een behandelmethode de resultaten van de behandeling kan versterken. Als voorwaarde voor deze versterking geldt de toevoeging: mits de groepsdynamiek adequaat wordt gehanteerd. Helaas is er nog geen enkele studie verschenen waarin duidelijk wordt geoperationaliseerd wat goed hanteren van groepsdynamica precies inhoudt, noch waarin een vergelijking wordt gemaakt tussen groepsbehandeling gegeven door behandelaren met én zonder specifieke kennis van groepsdynamica. Toch zijn er uit onderzoek en de praktijk voldoende aanwijzingen dat specialistische kennis over en ervaring met groepsdynamica een belangrijke bijdrage levert aan betere behandelresultaten. Deze aanwijzingen zetten we hieronder op een rij.

10.2.2 Onderzoek naar groepsfactoren en specifieke methoden

Uit diverse studies en onderzoek is bekend dat behandelgroepen door een aantal gemeenschappelijke factoren een non-specifiek, maar belangrijk behandeleffect kunnen hebben (Bloch en Crouch, 1985; Lieberman, 1983; Kvilighan, 1988; Colijn & Snijders, 1993). In hoofdstuk 4 is hier uitvoerig op ingegaan. Colijn en Snijders maken onderscheid tussen factoren die werkzaam zijn in elke vorm van psychotherapie, factoren die werkzaam zijn in elke vorm van groepstherapie en die welke werkzaam zijn bij specifieke behandelgroepen of specifieke doelgroepen. Tot de factoren die specifiek bij bepaalde soorten groepen of doelgroepen werkzaam zijn behoren: zelfinzicht, het herbeleven van de vroegere

gezinssituatie, bewustzijn van existentiële factoren, en leren door nabootsing of imitatie. Afhankelijk van de taken en doelen van de behandelgroep zullen sommige werkzame factoren meer en andere minder van invloed zijn op het behandelresultaat. In een gestructureerde behandelgroep bijvoorbeeld is 'informatie geven' een toegankelijke en goed inzetbare interventie, terwijl in een meer inzichtgevende psychotherapiegroep 'het proces sturen richting correctieve ervaringen' een belangrijk instrument is van de groepsbehandelaar (Sanders & Van der Veer, 2018). Burlingame et al. (2004) concluderen dat het zeer aannemelijk is dat in het geval van cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandelingen in de beginfase de cohesie en in de middenfase conflicten bijdragen aan een positief effect.

Belangrijk is dat het versterken van de cohesie of samenhang van de groep de centrale werkzame factor in groepsbehandelingen blijkt te zijn en dat deze factor het optreden van andere behandelfactoren bevordert. Cohesie wordt dan ook wel beschouwd als de groeps-equivalent van de behandelrelatie in individuele behandeling (Burlingame, 2011; Yalom & Leszcz, 2005; Leszcz, 2014). Ook bij groepen geldt dat de factor cohesie minstens zo belangrijk is als, zo niet aanmerkelijk belangrijker is dan, de gebruikte psychotherapeutische methode (AGPA, 2007).

Uit recent onderzoek (Bastick et al., 2018) komt naar voren dat, ongeacht de methode die wordt toegepast, groepen met een optimale cohesie bij cliënten zowel het gevoel van emotionele verbondenheid alsook het gevoel dat zij samen aan een duidelijk gestelde taak werken versterken. Daarbij is voor groepsleden het idee niet de enige te zijn met bepaalde problemen en, voor bepaalde doelgroepen regelmatig voor het eerst, onderdeel uit te maken van een geheel, essentieel. Door dit gevoel van verbondenheid en er niet meer alleen voor staan neemt de kans op drop out af en de neiging om actief deel te nemen toe. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren hoe een groepsbehandelaar de cohesie kan versterken: door het bieden van een duidelijke groepsstructuur, door veelvuldig verbale interacties tussen de groepsleden te bevorderen en door een emotioneel veilig en therapeutisch werkzaam klimaat te creëren. Dit levert een belangrijke bijdrage aan het vergroten van de behandelresultaten (AGPA, 2007; Burlingame et al., 2011; Burlingame et al., 2013; Leszcz, 2014; Karterud, 2015). Voor een nadere beschrijving hiervan: zie ook hoofdstuk 4 en 8 van deze Praktijkrichtlijnen.

Gedurende de laatste vijf jaar is uit zowel de hoek van de SFT (Farrell & Shaw, 2012) als MBT (Karterud, 2015) literatuur verschenen waarin gericht wordt ingegaan op het hanteren van de specifieke methode binnen een groepssetting. De *Ratingscale for mentalization-based group therapy* en de *Ratingscale for mentalization-based group therapy quality* (Karterud, 2015) en de *Group Schema Therapy Rating Scale - Revised* (Bastick et al., 2018) zijn daar uitvloeisels van. Beide lijsten worden momenteel ingezet bij onderzoek naar de hypothese dat het goed kunnen hanteren van groepsdynamica in combinatie met een specifieke methode essentieel is voor de effectiviteit van een behandeling.

10.3 De praktijk

Voor een succesvolle combinatie van een specifieke methodiek met een weloverwogen gebruik van groepsprocessen is het allereerst van belang dat de groepsbehandelaar de behandelmethode beheerst, dat wil zeggen voldoende kennis heeft van de theoretische achtergrond en de bijbehorende therapeutische technieken adequaat kan toepassen. Een erkende opleiding inclusief supervisie is daarbij een basisvoorwaarde. Het consequent kunnen toepassen van de methode biedt niet alleen helderheid, houvast en hoop aan de cliënten, de groepsbehandelaar heeft een visie op de pathologie en behandeling bij een specifieke doelgroep nodig als leidraad bij diens handelen. Voor een team van behandelaren biedt de methode bovendien een gezamenlijke taal waardoor de leden ervan elkaar beter kunnen begrijpen.

Daarnaast is het voor het effectief toepassen van een specifieke methode van belang dat de groepsbehandelaar goed bekend is met hoe je een behandelgroep op een adequate manier leidt. Dit is in eerdere hoofdstukken uitvoerig aan de orde geweest en groepsbehandelaren die een specifieke methode in de groep willen toepassen doen er goed aan zich te verdiepen in de belangrijkste onderwerpen over groepsbehandeling als het organiseren van een groep (hoofdstuk 2 en 3), wat je moet weten over groepsprocessen (hoofdstuk 4, 5 en 6), wat een goede groepsbehandelaar doet (hoofdstuk 8), en hoe de groepsbehandelaar negatieve effecten van een groepsbehandeling voorkomt (hoofdstuk 9).

Samengevat zal, naast het gebruik van een specifieke methode, het bevorderen van de groepscohesie de centrale activiteit van een groepsbehandelaar zijn. Zoals eerder genoemd betekent dat, dat een duidelijke groepsstructuur aanbrengen, verbale interactie bevorderen en het creëren van een emotioneel veilig en werkzaam klimaat belangrijke elementen zijn waarmee bij het vormgeven van de groep rekening gehouden dient te worden.

Er is tot nu toe geen onderzoek voor handen over hoe je groepsprocessen en een specifieke psychotherapeutische methodiek combineert; hoe je balans houdt tussen de twee kaders en een juiste dosering van beiden bepaalt. Specifieke behandelmethoden volgen vaak een bepaalde structuur zowel in de opzet als in een zitting, zijn meestal individu-gericht en hebben een eigen taalgebruik of jargon. Wanneer je een methode wilt combineren met het gebruik van groepsprocessen en het bevorderen van de groepscohesie, dan loop je in de praktijk als groepsbehandelaar altijd tegen dilemma's of vragen aan. In de volgende paragrafen zullen we aan de hand van praktijkvoorbeelden een aantal van deze dilemma's bespreken.

10.3.1 Toepassen van een individuele behandelmethoden in een groepssetting

De meeste, zo niet alle, specifieke psychotherapeutische behandelmethoden, zijn oorspronkelijk ontwikkeld vanuit en voor een individuele behandelsetting. Hoewel er in de loop der tijd vaak ook een groepsgerichte benadering wordt omschreven, al dan niet in de vorm van een behandelprotocol, ligt de nadruk in de specifieke behandelmethode vaak op het individu. Voor kennis over groepsdynamiek en -processen en manieren om deze in te

zetten ten bate van het individu en de groep zal de groepsbehandelaar terugvallen op literatuur en onderzoek vanuit de sociale psychologie en groepspsychotherapie. Bij het vormgeven van de groep zal de groepsbehandelaar, nog los van de specifieke behandelmethode die wordt gehanteerd, steeds balanceren tussen aandacht richten op het individu of de interacties tussen de groepsleden en de groep-als-geheel. Daarbij zal de groepsbehandelaar bij zijn interventies moeten kiezen of hij zich laat leiden door de theoretische achtergrond, principes en soms zelfs voorschriften vanuit het specifieke referentiekader of die vanuit de groepsdynamiek, groepsprocessen en groepspsychotherapie. Hanteren van groepsregels, bevorderen van positieve groepsnormen en -waarden en vergroten van de groepscohesie door groepsleden uit te nodigen tot interactie zijn slechts enkele voorbeelden waarbij de groepsbehandelaar zich ofwel kan richten op het individu ofwel op de groep en zijn groepsleden.

In een sociale angstgroep, gebaseerd op de principes van de cognitieve gedragstherapie, wordt altijd eerst teruggeblikt op het huiswerk van afgelopen week. Voor de derde keer blijkt dat twee groepsleden het huiswerk niet gemaakt hebben. Afgelopen sessies is hier al diverse malen aandacht aan besteed. De groepsbehandelaren staan voor het dilemma om óf opnieuw tijd te besteden aan het therapie-interfererend gedrag van geen huiswerk maken, wat in een individuele behandeling zeker op de agenda zou worden gezet, óf vooral de groepsleden die wel huiswerk hebben gemaakt te bekrachtigen. Ook zouden de groepsbehandelaren kunnen ingaan op de wat bedekt geuite irritatie bij een aantal groepsleden die zich vermoedelijk storen aan het gedrag van de groepsleden die het huiswerk niet hebben gemaakt, en dit zou dan een mooie oefensituatie opleveren.

Hoewel er meerdere wegen naar Rome leiden is het in dergelijke gevallen, waarin groepsnormen worden ondermijnd, altijd van belang dat de groepsleden op een niet-afkeurende wijze bewust worden gemaakt van het feit dat hun gedrag impact heeft op de groep als geheel. Niet ingaan op het therapie-interfererende gedrag zou een belangrijke groepsnormen ('we maken huiswerk') ondermijnen en demotiverend werken. Om niet te veel tijd van het geplande programma kwijt te raken, een tweede groepsnorm, zal de groepsbehandelaar afwegen hoeveel tijd hij hieraan wil besteden. De groepsbehandelaar houdt daarbij rekening met de ontwikkelingsfase van de groep. Daarbij lijkt het tijdens de eerste bijeenkomsten van een behandelgroep niet zinnig de onderliggende individuele oorzaken in de groep uit te zoeken, maar daarvoor aparte individuele gesprekken te plannen. In de groep kan kort worden stilgestaan bij de impact van het niet maken van huiswerk op individueel en groepsniveau, waarbij het belang van het maken van huiswerk onderstreept wordt. Bij een groep die zich verder in het traject bevindt zou de situatie in de groep aangegrepen kunnen worden als oefensituatie met betrekking tot het omgaan met en uiten van kritiek. De groepsbehandelaar zal daarbij vooral de groepsleden aanmoedigen met elkaar in gesprek te gaan.

In een MBT-groep vertelt Monique, met zichtbare spanning en op een haast uitdagende toon, dat ze volgende maand gaat trouwen met een recent van de harddrugs afgekickte man die ze nog geen half jaar geleden ontmoet heeft. Ze wil het in de groep hebben over hoe weinig begrip zij van haar vrienden en familie voor haar keuze krijgt. Door een aantal groepsleden wordt zij op een nogal obligate manier gefeliciteerd, terwijl anderen zich opvallend stilhouden en Arnie, die altijd naast haar zit, zich zelfs van haar afwendt. Desgevraagd geeft Arnie aan dat hij tot zijn ongemak merkt dat hem het niet lukt Monique te feliciteren, terwijl hij toch erg op haar gesteld is geraakt. Hij denkt dat dit komt omdat hij bezorgd over haar toekomst is: 'Ze kent deze man nog nauwelijks!' Uit angst voor haar reactie echter durfde hij dit niet tegen haar te zeggen. Monique begint, terwijl Arnie nog aan het woord is, te roepen dat ze toch gaat doen wat ze zich heeft voorgenomen, zij houdt immers zielsveel van die man. Het lijkt daarbij alsof ze Arnie nauwelijks hoort, laat staan zijn intenties kan vatten. Bij nader onderzoek van haar gedrag in de groep geeft ze spontaan aan dat haar vader haar, wanneer ze als jong meisje aangaf wat zij vond of wilde, vaak door de kamer sloeg. Toen ze eenmaal uit huis ging, nam ze zich voor zich nooit meer wat door anderen te laten zeggen. Ze blijkt de bezorgdheid van Arnie gevoelsmatig dan ook vooral als aanval en als teken van bemoeizucht te ervaren en zich door hem in de steek gelaten te voelen. Daarop geven andere groepsleden aan dat het hun eerder is opgevallen dat Monique het lastig lijkt te vinden wanneer zij met haar meedenken en Monique dat wat haar voorgelegd wordt nauwelijks lijkt te kunnen aannemen.

Een groepsbehandelaar maakt continu de afweging de groep aan te moedigen een ingebracht probleem van een van de groepsleden samen nader te onderzoeken, of de aandacht te verbreden en zich juist meer op de onderlinge interactie te richten. Daarbij ontstaat niet zelden een spanningsveld tussen individuele belangen en de belangen van de groepsleden of de groep-als-geheel. Het is belangrijk dat de groepsbehandelaar zich in dergelijke situaties bewust is van de verbale en non-verbale reacties uit de groep, alsook de onuitgesproken gevoelens waarmee deze beladen zijn, om te kunnen besluiten zich direct te richten op wat er zich in de interactie tussen de groepsleden afspeelt of niet.

10.3.2 Integratie van gedachtegoed en taalgebruik uit verschillende referentiekaders

Iedere specifieke behandelmethode of referentiekader gaat uit van een theoretische achtergrond, waarbij de behandelaar tracht betekenis te geven door middel van jargon (specifieke woorden) aan problemen, klachten, symptomen of intrapsychische en interpersoonlijke fenomenen. Door betekenis te geven proberen we de werkelijkheid te begrijpen en te beïnvloeden. Een groepsbehandelaar, die vanuit meerdere referentiekaders tracht te begrijpen en beïnvloeden wat zich in een behandelgroep voordoet, doet dit door de interactie afwisselend te observeren vanuit het ene referentiekader, met de eigen begrippen, en dan weer vanuit het andere referentiekader. Hij staat daarbij voor de uitdaging om telkens weer tot een integratie te komen van het gedachtegoed en het bijbehorende taalgebruik van de gehanteerde referentiekaders en de werkelijkheid, zodat hij de groep en de groepsleden optimaal kan helpen bij het volbrengen van hun taak of doel.

De groepsbehandelaren van een depressiegroep komen nogal gedesillusioneerd uit de zitting. Al enige weken proberen ze de groep in beweging te krijgen en te motiveren tot gedragsverandering. Maar het lijkt alsof de groep steeds passiever wordt. Bij de nabespreking vragen ze zich af of bij een aantal groepsleden aan verandering van medicatie moet worden gedacht. Ook twijfelen zij aan de inhoud van het programma dat ze bieden. Zij besluiten deze overwegingen aan hun supervisor voor te leggen. Deze stelt echter eerst een aantal vragen over de groepscohesie en het verloop van de sessies over de tijd heen. Terugblikkend was de groep de eerste weken juist goed aan de slag geweest. De groepsleden waren aanvankelijk aangenaam verrast over de wederzijdse herkenning, dachten actief met elkaar mee en stimuleerden elkaar. Na vijf weken was er echter een groepsgeenoot afgehaakt. Deze groepsgeenoot bleek toenemend manisch te ontregelen en moest worden opgenomen. De groepsleden hadden verder niets meer over hem vernomen. De supervisor bespreekt met de groepsbehandelaren het effect van het vertrek van een groepslid op de cohesie in de groep en de mogelijke angst voor eigen ontregeling die is ontstaan. De supervisor heeft als hypothese dat de toename van depressieve symptomen van de patiënten samenhangt met de interactie in de groep en dat de groepsprocessen dan juist het aangrijpingspunt voor verandering dienen te zijn.

Een groepsbehandelaar is zich naast het verklaringsmodel (bijvoorbeeld het medisch model) en het specifieke referentiekader bewust van de groepsdynamische processen die van invloed zijn op de groep en zijn leden. De groepsdynamiek en -processen in termen van onder andere cohesie, groepsnormen, rollen, groepsontwikkelingsfasen enerzijds en het uiting geven aan problemen en klachten anderzijds grijpen in elkaar en beïnvloeden elkaar.

10.3.3 Methode-specifieke interventies en het groepsproces

Iedere psychotherapeutische methode of referentiekader heeft naast een eigen theoretische achtergrond zijn eigen set aan methode-specifieke interventies. Veelal zijn deze interventies oorspronkelijk gericht op het individu en gaan deze voorbij aan de belangrijke taak van de groepsbehandelaar om de groepsdynamiek en groepsprocessen op zo een manier te hanteren dat zij de het doel en de taak van de groep optimaal ondersteunen. Het toepassen van op één individu gerichte methode-specifieke interventies, zoals het uitpluizen van een G-schema in een CGT-groep, het uitvoeren van een imaginatie met rescripting binnen een schemagroep of het doen van individuele psycho-drama in de groep, vraagt daarom om een heldere, telkens door de groepsbehandelaren uitgedragen visie op hoe de andere groepsleden erbij te betrekken. Als groepsleden weten dat van hen een actieve bijdrage wordt verwacht in de vorm van meedenken, een rol vervullen of eigen ervaringen delen in de nabespreking, dan is hun betrokkenheid groter dan wanneer zij zitten te wachten tot de groepsbehandelaren en het groepslid dat op dat moment centraal staat 'klaar zijn'.

Bij de voorbespreking van de schemagerichte groepstherapie maken de groepsbehandelaren een planning. In de voorafgaande bijeenkomst had groepslid Marianne aangegeven te willen onderzoeken hoe om te gaan met haar moeder, die haar telkens overvraagt met allerlei zorgtaken. Haar is toegezegd daar in de volgende sessie mee aan de slag te gaan. De groepsbehandelaren denken na over een stoelentechniek die met Marianne zou kunnen worden uitgevoerd. Zodra ze met de groepssessie starten blijkt Robert er zeer geladen bij te zitten. Hij straalt duidelijk uit dat hem iets dwars zit, maar zegt daar niets over. Eén van de groepsbehandelaren benoemt wat ze ziet en wil kort aandacht besteden aan zijn geladenheid zonder er dieper op in te gaan, vanuit de gedachte dat er voldoende ruimte moet blijven voor Marianne. Dominique, een ander groepslid, geeft echter onmiddellijk aan klaar te zijn met het gedrag van Robert. Het stoort haar dat hij er vaak geladen bij zit, niets zegt, maar toch de aandacht krijgt van de groepsbehandelaren.

De groepsbehandelaren staan voor de keuze hoe de groepssessie voort te zetten. Een mogelijkheid zou zijn om Robert te vragen voor de volgende sessie een G-schema te maken van hetgeen hem dwars zit, Dominique te valideren voor het uitspreken van haar gevoelens, maar tegelijkertijd uit te leggen niet af te willen wijken van het aanvankelijke plan, namelijk samen onderzoeken hoe Marianne anders kan omgaan met haar veeleisende moeder.

Bij de keuze van interventies maakt de groepsbehandelaar de afweging of het effectief en passend is om de dynamiek die op dat moment in de groep speelt gezamenlijk te onderzoeken, dan wel door middel van structurerende, methode-specifieke interventies het groepsproces als het ware om te leiden.

10.3.4 Hanteren van spanningen en conflicten in de groep

Over het algemeen zijn de behandel-effecten van groepsbehandeling aanmerkelijk beter als er onderlinge interactie tussen de groepsleden plaatsvindt. Het is daarom belangrijk om af te wegen hoe om te gaan met onderlinge spanningen en oplopende emoties die in interacties tussen groepsleden kunnen ontstaan. De diverse psychotherapeutische methodes hanteren hiervoor een eigen werkwijze. De manier waarop vanuit het specifieke referentiekader wordt omgegaan met spanningen en conflicten is van invloed op de onderliggende groepsdynamiek en groepsprocessen.

In een DGT-groepstraining wordt er vaak voor gekozen de onderlinge interacties tussen de groepsleden tot een minimum te beperken en de groepsbehandeling vooral via kennisoverdracht door de trainers te laten lopen. De meerwaarde van de groep en het groepsproces is op deze manier wellicht minder, het risico op escalatie blijft echter wel gering. Groepsbehandelaren van een open, inzichtgevende groepsbehandeling laten spanningen veelal gedurende enige tijd oplopen alvorens daar de gezamenlijke aandacht op te richten. Bij behandelgroepen met groepsleden waarbij sprake is van emotieregulatie problemen wordt bij het bespreken van onderlinge spanningen een zeer actieve houding van de behandelaar vereist om het leereffect te vergroten en schadelijk interactie zo veel als mogelijk te voorkomen. Zo zullen MBT-therapeuten interacties tussen groepsleden waarbij de emoties te hoog oplopen direct stoppen en uitleggen dat er in zo'n sfeer niet goed gementaliseerd kan worden. Eventueel springen zij in de bres voor een kwetsbaar groepslid op wie emoties van bijvoorbeeld boosheid zijn gericht. Daarna wordt samen met de groepsleden stapsgewijs en in detail onderzocht wat de aanleiding was waarom deze emoties bij de verschillende groepsleden zo hoog opliepen. Een schematherapeut zal in een dergelijke situatie *limit setting* inzetten en vervolgens met de groepsleden onderzoeken welke schema's er voorafgaand aan het conflict bij ieder werden geactiveerd.

Bij de afweging spanningen of een conflict ter plekke verder uitgediept zal worden door nader te analyseren wat voor gevoelens en gedachten in de onderlinge interacties ontstonden is het van belang ook de fase waarin de groep zich bevindt mee te wegen bij de te volgen aanpak. Het bespreken van interacties die hebben geleid tot spanning in de groep lukt over het algemeen beter en is ook effectiever als de groep al enige tijd met elkaar aan het werk is en de groepscohesie is toegenomen.

10.3.5 Taakverdeling tussen de twee groepsbehandelaren en verdeling van tijd

Specifieke psychotherapeutische methodes maken niet alleen gebruik van methode-specifieke interventies, vaak hanteren ze ook een bepaalde structuur waarin sprake kan zijn van een thematische verdeling van de tijd en een taakverdeling tussen de groepsbehandelaren.

In de psycho-educatiegroep voor cliënten met een eerste psychose wordt het programma in twee onderdelen verdeeld. Het eerste deel van de zitting staat in het teken van het krijgen van informatie over de aandoening en de verschillende behandelmogelijkheden. Het tweede deel is meer gericht op lotgenotencontact en het uitwisselen van ervaringen. Door het aanbrengen van onderscheid in de taak van beide groepsonderdelen lukt het beter de informatie gestructureerd over te brengen om daarna ruimte te geven aan eigen belevingen, emoties en onderlinge steun. Zeker voor een doelgroep met een korte aandachtspanne en een risico op verlies van coherentie in het denken kan een dergelijke taakgerichtheid en heldere structuur in de opbouw van de groepszitting essentieel zijn voor de veiligheid en het resultaat.

Bij het afspreken van een taakverdeling tussen groepsbehandelaren, ingegeven door de hoeveelheid ervaring, functie of voorkeur, is het van belang te realiseren wat het effect hiervan is op de groepsdynamiek. Een taakverdeling is niet goed of fout zolang helder is waarom de taken op een bepaalde wijze verdeeld zijn en hoe dit interfereert met het groepsproces en de methode.

Michiel en Anja geven sinds kort samen de AFT-groep. Michiel is een ervaren groepsbehandelaar en heeft lang samen met een andere groepsbehandelaar, Irene, deze groep geleid. Anja is de opvolger van Irene en heeft weinig ervaring met AFT en met groepen. Wel is zij enthousiast en zij wil niets liever dan het vak in de vingers krijgen. De groep was zeer gehecht aan Irene en de groepsleden hebben moeite met de komst van de jongere Anja. Michiel laat Anja weten, dat zij voorlopig de kat uit de boom moet kijken en nog niet te veel intervenueert in de groep. Anja stelt zich dan ook bescheiden en wat terughoudend op. Als ze na verloop van een aantal sessies toch hier en daar wat van zich laat horen heeft ze het idee dat de groep haar negeert en niet serieus neemt. Bij de nabespreking vragen de groepsbehandelaren zich gezamenlijk af of ze geduld moeten hebben en dat dit bij het acceptatieproces hoort of dat er mogelijk sprake is van een ander probleem. Een hypothese zou kunnen zijn dat Michiel zelf ook moeite heeft met het afscheid van de vorige groepsbehandelaar en dat hij daarom Anja onbewust aan de zijlijn houdt.

In behandelgroepen waarin gebruik wordt gemaakt van methode-specifieke interventies waarbij groepsleden beurtelings centraal gesteld worden, zoals bij het uitwerken van G-schema's of het mentaliseren over een problemen van één groepslid, is het van belang dat de groepsbehandelaren goed afwegen hoe de taken te verdelen. Wanneer beiden zich buigen over het groepslid dat aan de beurt is, lopen zij het risico de andere groepsleden tot passieve toeschouwers te maken en dit komt het behandelresultaat niet ten goede. In zo een geval kan er voor gekozen worden dat een van de groepsbehandelaren zich voornamelijk richt op het actief betrekken van de andere groepsleden bij het nadenken over of uitspelen van het probleem van het groepslid dat aan de beurt is. Voor een verdere

beschrijving van de samenwerking tussen twee groepsbehandelaren verwijzen wij naar hoofdstuk 12 van de Praktijkrichtlijnen.

10.4 Samenvatting

- In de Nederlandse GGZ worden van oorsprong op het individu gerichte specifieke psychotherapeutische behandelmethoden tegenwoordig veelvuldig in een groepssetting aangeboden.
- Een goed evenwicht tussen het groepsdynamisch kader en de specifieke psychotherapeutische methode zorgt voor een behandelresultaat dat groter is dan dat van de specifieke behandelmethode op zich.
- Het versterken van de cohesie of samenhang van de groep is de centrale werkzame factor in groepsbehandelingen. Deze factor bevordert het optreden van andere non-specifieke en methode-specifieke behandelfactoren.
- De manier waarop vanuit het specifieke referentiekader wordt omgegaan met spanningen en conflicten is van invloed op de onderliggende groepsdynamiek en groepsprocessen.
- Bij het vormgeven van de groep zal de groepsbehandelaar een balans zoeken tussen aandacht richten op het individu of op de interacties tussen groepsleden en de groep-als-geheel.
- De groepsbehandelaar staat voor de uitdaging om tot een integratie te komen van het gedachtegoed en de bijbehorende taalgebruik van het gekozen specifieke referentiekader en van de groepsdynamiek, zodat de groep zich optimaal kan richten op zijn taak.
- Bij de keuze van interventies maakt de groepsbehandelaar de afweging of het effectief en passend is om de dynamiek die op dat moment in de groep speelt gezamenlijk te onderzoeken, dan wel door middel van structurerende, methode-specifieke interventies het groepsproces als het ware om te leiden.
- Bij het afspreken van een taakverdeling tussen groepsbehandelaren of een thematische verdeling van de tijd is het van belang te realiseren wat het effect hiervan is op de groepsdynamiek. Een taak- of tijdsverdeling is niet goed of fout zolang helder is waarom de taken op een bepaalde wijze verdeeld zijn en hoe dit interfereert met het groepsproces en de methode.

10.5 Aanbevolen literatuur

Aken - van der Meer, M.E. van & Gilhuis, H. (2008). Over driehoeken, groepen en affectfobieën die voorbij kunnen gaan, McCullough's individuele korte termijn dynamische psychotherapie vertaald naar de groep. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 3 (1), 7-17.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). Mentalizing group therapy. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders. A practical guide* (Chapter 12). Oxford: Oxford University Press.

Farrell, J.M. & Shaw, I.A. (2012). *Group Schema Therapy for borderline disorder: a step by step treatment manual with patient workbook*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Haan, C. de (2012). De methode: wondermiddel of loden last?: Over de invoering van nieuwe evidence-based methoden bij complexe problematiek. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 6 (3), pp. 17-28.

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

Karterud, S. (2015). *Mentalisation Based group Therapy (MBT-G): A theoretical, clinical, and research manual*. Oxford: Oxford University Press.

Reijen, J. van & Haans, T. (2008). *Groepsdynamica in gedragstherapeutische en psychodynamische groepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

10.6 Geraadpleegde literatuur

Bastick, E., Bot, S., Verhagen, S.J.W., Zarbock, G., Farrell, J., Brand – de Wilde, O., Arntz, A., Lee, C.W. (2018). The development and psychometric evaluation of the group schema therapy rating scale – Revised. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46 (5) 601-618.

Bloch, S. & Crouch, E. (1985). *Therapeutic factors in group psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.

Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy*, 48 (1), 34-42.

Burlingame G.M., MacKenzie, K.R. & Strauss B. (2004). Groepsbehandeling: evidentie voor effectiviteiten en veranderingsmechanismen (vert. T. Thijssen). In Lambert M.J. (ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed., (p. 647-696). New Jersey: John Wiley and Sons Inc.

Burlingame, G.M., Strauss, B. & Joyce, A.S. (2013). Change Mechanisms and Effectiveness of Small-group Treatments. In Lambert M.J. (ed.): *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 6th ed., (p. 640-668). Hoboken/New Jersey: John Wiley and Sons Inc.

Duncan, B. & Miller, S. (2006). Treatment Manuals Do Not Improve Outcomes. In Norcross, J., Levant, R. & Beutles, L. (eds). *Evidence based practices in mental health*. Washington D.C.: APA Press.

Farrell, J.M., Shaw, I.A. & Webber M.A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40 (2), . 317-328.

Godley, S.H., Jones, N., Funk, R., Ives, M. & Passetti, L. (2004). Comparing outcomes of best practice and research-based outpatient treatment protocols for adolescents. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36 (1), 35 - 48.

Haan, C. de (2012). De methode: wondermiddel of loden last? Over de invoering van nieuwe evidence-based methoden bij complexe problematiek. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*. 6 (3), 17-28.

Karterud, S. (2015). *Mentalisation Based group Therapy (MBT-G): A theoretical, clinical, and research manual*. Oxford: Oxford University Press.

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

Lambert, M.J. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 6th ed. Hoboken/New Jersey: John Wiley and Sons Inc.

Leszcz, M. (2014). The effective group psychotherapist. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*. 9 (2), 9-20.

Sanders, T. & Veer, C. van der (2018). Werkzame factoren en mechanismen. In Koks, R.W. & Steures, P. *Praktijkrichtlijnen Groepsbehandeling in de (G)GZ*. Utrecht, NVGP. (in druk).

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

Yalom, I.D. & Leszcz, M. (2005). *Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York, Basic Books.

Hoofdstuk 11: Groepsbehandeling als onderdeel van een multidisciplinaire behandelopzet.

Anne-Marie Claassen en Monique Leferink op Reinink

11.1 Inleiding

Naast groepsbehandeling als een op zichzelf staande behandeling is groepsbehandeling vaak een onderdeel van een meer omvattend aanbod. Wanneer ambulante behandeling onvoldoende effect sorteert kan de intensiteit van het behandelaanbod worden verhoogd. Het aanbod kan uit een combinatie van groeps- en individuele behandeling bestaan.

Ook kunnen naast groepsbehandeling behandelvormen vanuit andere invalshoeken toegevoegd worden, zoals medische behandeling, vaktherapie, systeembehandeling, sociotherapie, maatschappelijke begeleiding of farmacotherapie. Het aanbod kan over verschillende dagdelen verspreid worden in een ambulante of deeltijd setting, of aangeboden worden in een intensieve meerdaagse (dag)klinische setting. De behandeling wordt dan veelal uitgevoerd door meerdere behandelaren van verschillende achtergrond, discipline of specialisme, die een multidisciplinair behandelteam vormen rondom een cliënt of cliëntengroep.

In een multidisciplinaire behandelopzet is, naast de groepsdynamiek, ook de dynamiek van de organisatie van invloed op het behandelproces. De mate van samenhang in de visie op en in de organisatie van het totale aanbod heeft grote invloed op het effect van de behandeling als geheel. Uit de dagelijkse praktijk weten we, dat het ontbreken van samenhang en visie kan leiden tot een vermindering van het effect en soms zelfs tot verergering van de klachten en problemen van de cliënten.

In dit hoofdstuk beschrijven we wat in de wetenschap en in de literatuur bekend is over de relatie tussen de organisatie en het resultaat of effect van een behandeling. Daarna beschrijven we verschillende manieren waarop multidisciplinaire behandeling wordt vormgegeven in kleine overzichtelijke of in meer omvangrijke en complex samengestelde behandelteams.

Vervolgens gaan we in op de manier waarop je in de praktijk de organisatie van een behandelaanbod en behandelteam kunt inzetten ten gunste van de behandeling. Hierbij is gekozen voor een beschrijving van het model van Samenhangend Behandelen. We werken daarbij de taak- en proceskant van een behandelteam uit in de begrippen oppervlakte- en dieptestructuur, en gaan tenslotte in op fenomenen die het behandelproces kunnen ondermijnen, de parallelprocessen.

11.2 Achtergrond

Er is weinig wetenschappelijk onderzoek naar het effect van wel of geen samenhang in de opzet van de behandeling of naar het effect van een goede samenwerking op de behandeling. Er zijn wel diverse studies bekend, waarin via participierend observatie-onderzoek in psychiatrische klinieken het positieve effect hiervan werd vastgesteld (Stanton & Schwarz, 1954; Caudill, 1959). Later is zowel in de psychotherapie als in de somatische zorg, maar ook in dienstverlening en bedrijfsleven, gewezen op het belang van samenhang en een goede samenwerking. Meestal wordt het belang van deze factoren als noodzakelijk aangenomen (Janzing & Claassen, 2014).

Waarom er zo weinig onderzoek is, heeft te maken met de complexiteit ervan. Doordat er veel variabelen zijn binnen een multidisciplinaire behandelopzet is het moeilijk vast te stellen in hoeverre er sprake is van causaliteit tussen een goede samenhang, samenwerking en de behandelresultaten. Uit verschillende kwalitatieve studies is gebleken dat samenhang in de organisatie van, en visie op de behandeling en op samenwerking een belangrijke invloed heeft op het effect van de behandeling. Het is echter lastig vast te stellen of deze bevindingen voldoende valide zijn. Ontwerpgericht wetenschappelijk onderzoek (Van Aken & Andriessen, 2011) kan mogelijk een goede bijdrage hieraan leveren. Deze vorm van toepassingsgericht fundamenteel onderzoek wordt ingezet binnen bestaande sociale situaties, zoals bedrijven en teams, en is daarmee een geschikte vorm van onderzoek naar groeps- en teamprocessen.

Hieronder volgt een aantal (overzichts-)studies naar vormen van een multidisciplinair behandel aanbod.

11.2.1 Wetenschappelijk onderzoek naar vormen van multidisciplinaire behandeling

Veel van onze kennis over het effect van multidisciplinaire behandeling is opgedaan in kwalitatief onderzoek naar (dag)klinische psychotherapie, bij uitstek een behandelorganisatie gekenmerkt door een hoge mate van samenhang tussen visie op de psychopathologie en organisatie van het aanbod.

In het gezaghebbende *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, concluderen Burlingame et al. (2013) dat de evidentie voor de effectiviteit van klinische groepsbehandeling voor verschillende stoornissen veelbelovend is.

In Nederland zijn er de afgelopen decennia twee langlopende onderzoeken geweest naar het effect van (dag)klinische psychotherapie. In het STEP project (Timman & Groenink, 2008) zijn de behandelresultaten van veertien klinische instellingen in Nederland vijfentwintig jaar lang verzameld en verwerkt. Conclusie was dat klinische psychotherapie effect heeft op de afname van klachten bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek en dat dit effect tot meer dan een jaar na ontslag in stand blijft of zelfs toeneemt.

Het SCEPTRE-onderzoek (Bartak, 2010), een benchmark-onderzoek naar onder meer het effect van groepstherapie, deeltijdbehandelingen en klinische psychotherapie, liet zien dat groepsbehandeling in een (dag)klinische setting een effectieve vorm van psychotherapie is voor cliënten die eerder niet opknaptten in een individuele therapie.

In de Nederlandse Multidisciplinaire Richtlijn voor Persoonlijkheidsstoornissen (2008), welke is gebaseerd op de actuele stand van het wetenschappelijk onderzoek, is de conclusie dat van (psychodynamisch of MBT-georiënteerde) dagklinische psychotherapie, in combinatie met daaropvolgende ambulante groepstherapie, het effect ‘aannemelijk’ tot ‘aangetoond’ is wat betreft de symptomen, de persoonlijkheidspathologie en het sociaal functioneren. Van klinische psychotherapie met ambulante groepstherapie als vervolgbehandeling is dat effect ‘aannemelijk’.

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

De afgelopen jaren hebben de meeste instellingen ervoor gekozen in de bestaande klinische en dagklinische programma's in meer of mindere mate specifieke methoden in te voeren (Bosch et al., 2013; Kooiman et al., 2013; Blom & Colijn, 2012; Hutsebaut, 2011; De Haan, 2011; Muste et al., 2009). Dit geldt ook voor minder intensieve, maar wel gecombineerde behandelingen in een ambulante en deeltijd setting (Knapen, 2013; Pol & Hulshof, 2009). Uit deze studies blijkt onder andere, dat een heldere visie op de organisatie van de setting, en op het samenwerken in een multidisciplinair team van groot belang zijn voor het succesvol invoeren van een specifieke methode in multidisciplinaire setting. Een voorzichtige conclusie is dan ook dat het aannemelijk is dat samenhang en samenwerking effect hebben op de behandelresultaten.

11.2.2 Vormen van samenwerking in een multidisciplinaire behandelopzet

In de gezondheidszorg wordt behandeling van cliënten, individueel of in groepsverband, vaak uitgevoerd door samenwerkende behandelaren van verschillende disciplines. Het is bekend dat integratie van meerdere vormen van behandeling het aantal cliënten dat in groepen kan worden behandeld kan vergroten (Feldman & Feldman, 2005).

Zowel voor relatief overzichtelijke, kleine teams als voor grotere teams blijkt in de dagelijkse praktijk het belang van een visie op samenhang tussen de verschillende onderdelen en disciplines, en van een goede samenwerking tussen de verschillende behandelaren die de behandeling uitvoeren. Eerst bespreken we de meest voorkomende combinaties van disciplines in de ambulante setting. Daarna volgt een overzicht van de belangrijkste kwaliteiten van een meer intensieve deeltijd – of klinische behandelsetting. En tenslotte

gaan we kort in op de ontwikkeling van grote zorgorganisaties die een behandelaanbod verspreid over meerdere locaties bieden.

11.2.2.1 De ambulante behandelsetting

In de ambulante behandelsetting kan een groepsbehandeling met verschillende andere behandelvormen worden gecombineerd. Om een indruk te geven van de mogelijkheden wordt hieronder een kort overzicht gegeven.

De combinatie van een groeps- en individuele behandeling (*concurrent treatment*) vindt in de regel plaats bij cliënten met een complexe hulpvraag, bijvoorbeeld ernstige persoonlijkheids-, trauma- of verslavingsproblematiek (Yalom, 2005; Berk, 2005; Karterud, 2015).

Er bestaat een grote hoeveelheid literatuur over de voordelen van *concurrent treatment* (Karterud, 2015), onder andere voor cliënten met borderline problematiek, die moeite hebben om van groepsbehandeling te profiteren (Hummelen et al., 2007). Er is echter nauwelijks onderzoek gedaan naar het verschil in effect tussen groepsbehandeling alleen en de combinatie van groepsbehandeling met individuele behandeling.

De combinatie groeps- en individuele behandeling kent specifieke indicaties, en technische vereisten (Karterud, 2007). De eerste afweging is of de twee vormen elkaar aanvullen, complementair zijn, of facilitair zijn, dat wil zeggen elkaars werkzaamheid mogelijk maken (Yalom, 2005). Zo vullen zij elkaar bijvoorbeeld aan wanneer er naast een intrapsychisch, ook een interpersoonlijk behandelfocus wordt geboden en een deelnemer met nieuw gedrag kan experimenteren in de veilige omgeving van de groep. De twee behandelvormen kunnen het mogelijk maken om heftige emoties in de groep draaglijk te maken of om bijvoorbeeld uitval uit de groepsbehandeling te voorkomen (Berk, 2005; AGPA, 2007).

Een volgende afweging is of de individuele behandeling tijdelijk of permanent naast de groepsbehandeling moet worden geboden. Met name korte, op specifieke problemen gerichte behandelingen (bijvoorbeeld bij een depressieve episode, fobische angst, partnerrelatieproblemen, of acute traumaproblemen) kunnen goed gecombineerd worden met een langer durende groepsbehandeling (Berk, 2005).

In de uitvoering van *concurrent treatment* zijn er twee varianten te onderscheiden. In de ene variant geeft dezelfde behandelaar beide behandelingen (*combined*), in het andere model worden de twee behandelingen uitgevoerd door verschillende behandelaren (*conjoint*). Er is geen onderzoek gedaan naar het verschil in effect tussen de twee varianten (Karterud, 2015).

De combinatie van groepbehandeling en psychofarmacotherapie komt frequent voor in de praktijk. Bij deze combinatie is het vanwege de mogelijkheid om de medicatie te monitoren wenselijk dat groepstherapie en farmacotherapie gescheiden van elkaar worden gegeven. De emotionele betekenis van het krijgen van medicatie, de impact hiervan op het zelfgevoel,

de betekenis van de extra emotionele beschikbaarheid van een behandelaar, dit alles kan onderwerp zijn van onderzoek en worden besproken in de groepsbehandeling (AGPA, 2007).

Bij de combinatie van groepsbehandeling en vaktherapie komen cliënten in een vaktherapie in aanraking met non-verbale wijzen van communiceren, speelse elementen, of met nog niet bewuste aspecten van zichzelf. In de groepsbehandeling kan bij de emotionele betekenis van deze ervaringen stil worden gestaan.

De combinatie van psychologische groepsbehandeling met medische- of paramedische behandelingen, zoals in een ziekenhuis of revalidatiekliniek, heeft als doel de aanpassing aan de lichamelijke beperking of ziekte te bevorderen.

De laatste jaren worden psychologische en ook groepsbehandelingen steeds vaker gecombineerd met *e-health* modules (*blended* behandeling). Ook online-groepsbehandelingen, groep-chats of een groepsapp zijn onderdelen van een behandelsetting die in visie op het geheel, de samenhang, besproken zal moeten worden. De groepsdynamische processen zullen daarbij grotendeels hetzelfde werken als eerder beschreven (zie hoofdstuk 5).

In onderstaand schema zijn de verschillende ambulante combinaties weergegeven.

AMBULANTE MULTIDISCIPLINAIRE COMBINATIES	TOELICHTING
Individuele en groepsbehandeling	Conjoint: door verschillende behandelaren Combined: door dezelfde behandelaar
Groepsbehandeling en psycho-farmacologische behandeling	Emotionele betekenis van gebruik van medicatie kan uitgewerkt worden in de groepsbehandeling
Groepsbehandeling en vaktherapie	In vaktherapie: experimenteren met en ervaren van nonverbale en speelse vaardigheden; de emotionele betekenis hiervan is onderwerp in zowel vaktherapie als groepsbehandeling
Groepsbehandeling en (para)medische behandelingen	Emotionele betekenis van lichamelijke beperkingen en zelfbeeld kan uitgewerkt worden in de groepsbehandeling
Groepsbehandeling en e-health	Blended behandeling Gebruik van technische mogelijkheden zoals groeps-chats en -apps.

Tabel 1: veel voorkomende ambulante multidisciplinaire combinatie-behandelingen

In de literatuur over de verschillende ambulante combinatiebehandelingen bestaat overeenstemming over een aantal voor- en nadelen, en over de eisen die aan samenwerking gesteld moeten worden. Wederzijdse helderheid over de doelen van de verschillende onderdelen vergroot daarbij de kans op succes van de behandeling (AGPA, 2007).

Wanneer beide behandelingen door dezelfde behandelaar of behandelaars koppel gegeven worden, is er minder risico op onderlinge tegenspraak of tegenwerking en gevoelens van verwarring. Nadeel kan zijn dat de groepsbehandelaar zijn onbevangenheid in de groepsbehandeling verliest (Yalom, 2005). In de praktijk komt het vaker voor dat twee behandelingen door verschillende behandelaars worden geboden. Dit heeft als voordeel dat de zwaarte van een behandeling verdeeld wordt. Deze variant stelt echter hoge eisen aan de kwaliteit van de samenwerking (AGPA, 2007). Beide behandelaars dienen open met elkaar te communiceren, respect voor - en kennis van - elkaars werkwijze te hebben, en de raakvlakken van beide behandelvormen te onderzoeken. Gebrek aan communicatie tussen de behandelaars kan beide behandelvormen ondermijnen. Daarnaast is het van belang dat de cliënt toestemming geeft aan de behandelaars om informatie uit te wisselen, en accepteert dat er informatieoverdracht plaats vindt tussen de verschillende behandelaars (AGPA, 2007). Als de individuele behandeling ter ondersteuning is van de groepsbehandeling, dient ze vooral gericht te zijn op de actuele problemen die zich voor de cliënt in de groepsbehandeling voordoen (Yalom, 2005; AGPA, 2007; Karterud, 2015).

Bij het combineren van een groeps- en een individuele behandeling verdient het de voorkeur deze niet tegelijk te starten, om te voorkomen dat het voor de cliënt verwarrend, dan wel te veel wordt. Voor de jongere behandelaar kan het, gezien het gebrek aan ervaring, lastig zijn beide rollen te combineren (Yalom, 2005).

11.2.2.2 Intensivering van de behandelsetting

Een ambulante behandeling kan geïntensiveerd worden als deze onvoldoende resultaat oplevert, of wanneer de complexiteit van de problematiek dit vereist (*stepped care*). De behandeling is dan niet alleen multidisciplinair, maar ook meerdaags. In de meest intensieve vorm wordt de setting waarbinnen behandeling plaatsvindt tijdelijk als vervangend sociaal milieu ingezet ten behoeve van de behandeling.

Het behandelteam in een dergelijke intensieve setting zal aanzienlijk omvangrijker zijn. Dit stelt hoge eisen aan de samenhang van de organisatie en aan de kwaliteit van de samenwerking van de leden van het behandelteam. Bij de leidinggevende is kennis van organisatieprocessen dan ook onontbeerlijk.

In uitvoerige, vooral psychodynamische en ontwikkelingspsychologische studies (Berkouwer, 2004; Van den Berg, 2011) komt een aantal kenmerkende kwaliteiten of *common factors* van een behandelteam of behandelorganisatie naar voren, die worden omschreven in onderstaande tabel. Deze factoren zijn van grote invloed op de ontwikkeling en het behandelresultaat van de doelgroep. Zijn deze factoren in voldoende mate aanwezig, dan

bevordert de behandelsetting de behandeling; zijn deze factoren in onvoldoende mate aanwezig dan belemmert de organisatie de behandeling.

<i>KENMERKEN/KWALITEITEN</i>	<i>DE BEHANDELORGANISATIE</i>
Holding	is gericht op bevorderen van ontwikkeling, gericht op interactie en verbinding, en biedt structuur en begrenzing (de 'draagfunctie')
Containment	heeft het vermogen om sterke affecten te spiegelen en te verwerken, gericht op begrijpen en betekenis geven: (de 'verdraag-functie')
Consistentie	streeft naar afstemming tussen de programmaonderdelen, en eenheid in de gezamenlijke methodiek en visie op problematiek (vergelijkbaar met <i>adherence</i>)
Constantie en duidelijkheid	is voorspelbaar in programma, tijd, plaats, en persoon; er is helderheid over de gang van zaken en over absolute en variabele grenzen; een en ander geldt zowel voor cliënten als behandelaren
Betrouwbaarheid en beschikbaarheid	past op respectvolle en consequente wijze de regels toe; er is geen sprake van persoonlijke belangen; medewerkers zijn bereikbaar en bieden bescherming in geval van nood
Variantie	is flexibel en sluit aan op behoeften, mogelijkheden van en transculturele verschillen in de doelgroep
Betrokkenheid en transparantie	medewerkers hebben een belangstellende en validerende houding, er is openheid, men is gericht op gezamenlijkheid, en toont voorbeeldgedrag
Legitimeerbaarheid	staat goed bekend bij maatschappelijke, politieke en toezichthoudende instanties

Tabel 2: bevorderende kenmerken/kwaliteiten van de behandelorganisatie (naar Berkouwer, 2004; Van den Berg, 2011)

In de organisatie van behandelingen worden tegenwoordig steeds meer zogenaamde zorgpaden en zorgeenheden ontwikkeld. Dit zijn zorgorganisaties die transmuraal, door verschillende (locaties van) organisaties heen lopen. Dat stelt hoge eisen aan de kwaliteit van samenhang en organisatie. Recente reacties hierop zijn te vinden in bijvoorbeeld de Geïntegreerde Richtlijnbehandeling Persoonlijkheidsstoornissen (2015), welke veel overeenkomsten vertoont met de *Structured Clinical Management* van Bateman en Krawitz

(2013), en in de *Good Psychiatric Management* van Gunderson (2014). Ook Kwaliteitsstandaarden in de geestelijke gezondheidszorg zijn actuele pogingen om de kwaliteit van de behandelorganisatie te waarborgen; hier onder vallen Zorgstandaarden (vanuit de route van de cliënt geschreven), en de Generieke Modules (overeenkomsten in de organisatie van de zorg voor meerdere aandoeningen, bijvoorbeeld Psychotherapeutische Behandeling).

11.3 De Praktijk

Hierboven werd het belang omschreven van een visie op samenhang tussen de verschillende onderdelen en disciplines, en op de organisatie van de samenwerking van de verschillende behandelaren die de behandeling uitvoeren. Zoals gezegd is helderheid over de doelen van de verschillende onderdelen van groot belang voor het succes van de behandeling (AGPA, 2007). Vanuit de organisatiekunde worden middels verschillende modellen omschrijvingen gegeven van organisatieprocessen. Het valt buiten het bereik van dit hoofdstuk om een uitgebreide samenvatting te geven van de literatuur die er op dit gebied is gepubliceerd. We hebben hier gekozen voor het beschrijven van het model van Samenhangend Behandelen, dat stoelt op psychoanalytische, systeemtheoretische, sociaal- en organisatiepsychologische inzichten. We gaan vervolgens nader in op de begrippen oppervlakte- en dieptestructuur en het fenomeen parallelprocessen. Deze begrippen kunnen voor de groepsbehandelaar dienen als kapstok. Ze helpen de groepsbehandelaar zich een beeld te vormen van de plaats die de groep en de groepsbehandeling hebben binnen de organisatie en hoe deze zich verhoudt tot het behandelteam en de instelling als geheel. Onderstaande omschrijving van het model van Samenhangend Behandelen en de omschrijving van de begrippen oppervlakte- en dieptestructuur is gebaseerd op het werk van Janzing en de uitwerking daarvan samen met anderen (Janzing, 2009, Janzing & Kerstens, 2012; Claassen & Janzing, 2014).

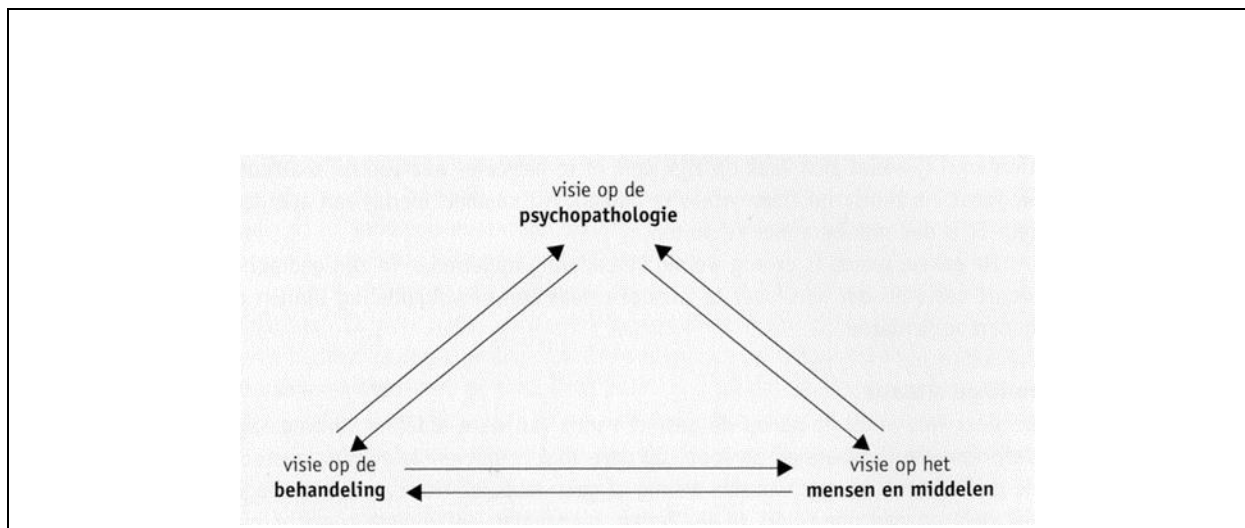
11.3.1 Model van Samenhangend Behandelen

Hoe groter de behandelorganisatie des te meer spanning zal er kunnen ontstaan tussen de eisen die vanuit de inhoud en die vanuit de bedrijfsvoering worden gesteld. Janzing ontwikkelde het model van Samenhangend Behandelen, met als doel de samenhang tussen inhoud en organisatie te bevorderen. In dit model worden organisatorische, groepsdynamische, en cliënt-factoren geïntegreerd.

Samenhangend behandelen betreft de opzet van een stabiele, samenhangende sociale of behandelorganisatie, waarbinnen behandelmodel, attitudes, behandelmethoden, behandelvormen, personele middelen, ruimtelijke middelen, en organisatiestructuur afgestemd zijn op en samenhangen met het behandelingsdoel en de te behandelen doelgroep (VKP, 2006). De omstandigheden waarbinnen de behandeling wordt toegepast vormen een min of meer gecontroleerd geheel, of dat nu een ambulante, deeltijd of klinische behandelsetting betreft, of een behandel aanbod dat gefaseerd, op verschillende locaties door verschillende behandelteams wordt uitgevoerd.

De behandelomstandigheden (context) worden daarbij aangepast aan wat de cliënten nodig hebben. Uitgangspunt is een coherente visie op de problematiek en de draagkracht van de doelgroep. Hieruit volgt een keuze voor een behandelmethode en de mate van structuur en ondersteuning die nodig is om deze behandeling adequaat uit te voeren.

Op basis hiervan wordt een keuze gemaakt voor een passende personele bezetting en bijhorende middelen, zoals financiële middelen, ruimtelijke middelen en communicatiekanalen. Leidinggevend, behandelend en ondersteunend personeel dienen over de vereiste (ook contactuele) competenties te beschikken. Een passende begroting en adequate werkruimtes met voldoende administratieve voorzieningen horen hierbij.



Figuur 1: Model: basisfilosofie Samenhangend Behandelen (Janzing & Kerstens, 2012).

Er is dus een samenhang tussen management en behandeling. Hiermee is een samenhangende behandelorganisatie een intrinsiek onderdeel van de behandeling, een belangrijke ‘onderlegger’, welke het effect van de behandeling kan vergroten.

Gebrek aan samenhang kan negatieve processen in gang zetten, het effect van de behandeling verkleinen, of zelfs voor psychische schade bij de groepsleden zorgen. Voor een beschrijving hiervan verwijzen wij naar hoofdstuk 10. Het is daarom van belang dat de organisatie en het behandelteam zorg dragen voor een coherent en op een consistente wijze toegepast kader (Hutsebaut et al., 2011). Dit betreft de manier waarop het totale behandelaanbod is opgezet en georganiseerd tot en met de kwaliteit van de samenwerking.

11.3.2 De oppervlakte- en dieptestructuur van behandelteams

Een behandelteam kan worden opgevat als een taakgroep, die voor bepaalde opgaven wordt gesteld. Om meer zicht te krijgen op het functioneren van een behandelteam kan deze omschreven worden in termen van de oppervlakte- en de dieptestructuur. Hieronder wordt kort de betekenis en het belang van deze begrippen toegelicht. Voor een uitgebreidere beschrijving van organisatiekunde van behandelteams wordt verwezen naar

de aanbevolen literatuur.

11.3.2.1 De oppervlaktestructuur van een behandelteam

Elke organisatie of behandelteam heeft een eigen taak- of oppervlaktestructuur.

De oppervlaktestructuur van een organisatie wordt gevormd door de manier waarop de organisatie structureel en functioneel geordend is. Voor de teamleden moet enerzijds duidelijk zijn wat hun taak is en hoe zij deze moeten uitvoeren, anderzijds moeten zij over de middelen beschikken om deze taak adequaat te kunnen uitvoeren.

De structurele ordening bestaat uit concrete onderdelen van het behandelteam of de organisatie. Hiertoe behoren onder andere de verschillende teamleden, de werk- en behandelruimtes, de begroting, de werk- en behandelroosters, en de verlofregelingen.

De functionele ordening van de organisatie omvat de gereguleerde, afgesproken samenwerking en communicatie tussen mensen in de organisatie, zoals bijvoorbeeld de onderlinge taakverdeling en verantwoordelijkheden, de werkwijzen en werkafspraken binnen het behandelteam en de communicatiestructuur.

Wil een behandelteam goed kunnen functioneren, dan is het van belang dat de structurele en functionele ordening direct afgeleid zijn van de visie op de behandeling, ondersteund worden door een openlijke instemming van de medewerkers, en goed op elkaar zijn afgestemd.

Het sturen van de oppervlaktestructuur wordt oppervlaktemanagement genoemd. Doorgaans is een teamleider met deze taak belast. De teamleider volgt, begeleidt, stuurt en corrigeert het werk. Dat wil zeggen, hij bewaakt het takenpakket van het team en helpt het team te reflecteren op zijn functioneren.

Binnen een behandelteam kunnen problemen ontstaan als er sprake is van gebreken in de oppervlaktestructuur. Een zwakke oppervlaktestructuur kan verschillende oorzaken hebben. Veelvoorkomende oorzaken worden omschreven in onderstaande tabel.

OORZAKEN ZWAKKE OPPERVLAKTESTRUCTUUR	GEVOLGEN
Geen of onduidelijke basisfilosofie (visie)	– Teamleden gaan op eigen houtje handelen – Tegenstellende benadering van cliënten of groepsledenLeiding kan geen duidelijk koers uitzetten
Geen duidelijke taakverdeling	– Geen afgrenzing van de disciplines – Taken worden uitgevoerd door onbevoegden
Onduidelijke afspraken over communicatiemomenten	– Niet alle disciplines betrokken bij bepaalde overleggen – Niet doorgeven van essentiële informatie
Afwezigheid van leiderschap	– Verzanden in discussies over proceduresTeamleden gaan op eigen houtje handelen

Tabel 3: Oorzaken van een zwakke oppervlakte structuur

11.3.2.2 De dieptestructuur van een behandelteam

Het functioneren van een behandelteam of een organisatie hangt ook af van diepere, persoonlijke factoren. Dit zijn bijvoorbeeld de persoonlijke voorkeuren, onderlinge verhoudingen, of de problematiek van een teamlid. De ordening die hierdoor ontstaat wordt dieptestructuur genoemd. Een goede teamorganisatie kenmerkt zich door een duidelijke oppervlaktestructuur en door overeenstemming tussen de oppervlakte- en de dieptestructuur. De persoonlijke factoren kunnen echter de overeenstemming binnen een behandelteam en de effectiviteit van de behandeltaak in de weg staan. Men spreekt dan van een tegenstelling of discongruentie van de oppervlakte- en de dieptestructuur. Hieronder een opsomming van veelvoorkomende oorzaken van deze discongruentie.

OORZAAK DISCONGRUENTIE OPPERVLAKE- EN DIEPTESTRUCTUUR	GEVOLGEN
Onbewuste problematiek van de medewerker	– de medewerker kan niet op passende wijze met groepsleden omgaan – medewerker vervormt de afspraken die binnen het team zijn gemaakt – grensoverschrijdingen
Disfunctioneel behandelteam als groep	– er ontstaat een disfunctionele teamcultuur: het loszandteam, het afhankelijke team, het gesloten team – het team valt terug op vaste, rigide interactiepatronen
Disfunctioneel leiderschap	– teamleden krijgen beperkte ruimte voor eigenheid of creativiteit – teamleden worden onverschillig of voelen zich niet betrokken – ontstaan van onderling wantrouwen, – ontstaan roddelcircuit ontstaan van al dan niet bedekte bewondering en/of afkeuring van de teamleider
Verstoorde relatie met de organisatie waar het behandelteam deel vanuit maakt	– scheve verdeling van middelen – onderlinge wedijver tussen teams – verstoorde informatie overdracht – ontstaan van een disfunctionele teamcultuur
Problematiek van de cliënten of groepsleden	– verdeeldheid binnen het team over benadering of behandeling van de cliënten – onvoldoende distantie naar de groepsleden

Tabel 4: Oorzaken discongruentie tussen oppervlakte- en dieptestructuur

Om te zorgen dat de oppervlakte- en dieptestructuur in overeenstemming zijn, dragen de teamleider en het behandelteam zorg voor een goede werksfeer, goede werkverhoudingen en open communicatiekanalen in combinatie met goede en passende werkafspraken. Dit

vergt systematische reflectie op de samenwerking bijvoorbeeld door het periodiek organiseren van een beleidsoverleg, samenwerkingsbesprekingen, intervisie, supervisie of externe consultatie.

Met de specifieke kennis die een groepsbehandelaar heeft van groepsprocessen en groepsdynamiek en zijn training om deze processen op te merken, te observeren en te onderzoeken, kan de groepsbehandelaar een waardevol teamlid zijn waar het gaat om het signaleren en onder de aandacht brengen van hetgeen zich afspeelt in de oppervlakte- en dieptestructuur. In hoeverre de groepsbehandelaar hierbij de taak toebedeeld krijgt om zorg te dragen voor het oppervlakte- en dieptestructuurmanagement hangt af van de keuze die de organisatie of de teamleider hierin maakt. Deze keuze sluit daarbij idealiter aan bij het samenhangende behandelmodel dat de afdeling hanteert.

11.3.3 Parallelprocessen

Een verschijnsel dat regelmatig voorkomt bij een multidisciplinaire behandelopzet, is dat dezelfde interactiepatronen zich voordoen in zowel het behandelteam als de behandelgroep binnen eenzelfde tijdsbestek. Dit verschijnsel dat door observatie werd ontdekt, wordt een parallelproces genoemd. Zo kunnen enerzijds onopgeloste conflicten in een behandelteam leiden tot een toename van probleemgedrag of disfunctionele interactiepatronen in de behandelgroep (Stanton & Schwarz, 1954). Anderzijds kan de problematiek van een behandelgroep leiden tot disfunctioneel gedrag in een behandelteam (Main, 1957).

Een parallelproces kan voor zowel positieve als negatieve effecten zorgen. Een voorbeeld van een positief parallelproces is het actief uitdragen van openheid. Wanneer teamleden oprecht en eerlijk zijn naar elkaar kan dit leiden tot meer openheid en eerlijkheid van de groepsleden in de behandeling. Als het behandelteam op tijd komt in vergaderingen en op tijd komen als een norm presenteert zal de cliëntengroep deze norm eveneens oppakken. Janzing (2009) beschrijft dat er ook negatieve parallelprocessen kunnen ontstaan wanneer de oppervlakte- en dieptestructuur niet op elkaar afgestemd zijn. In de vorige paragraaf is er al een opsomming gemaakt van eventuele oorzaken van een dergelijke incongruentie. Signalen van een negatief parallelproces zijn bijvoorbeeld: ontstaan van conflicten over of vervaging van bestaande werkafspraken en werkrelaties, vermindering van het reflectief vermogen van het behandelteam, vervaging of omkering van gezagsverhoudingen tussen de behandelgroep, het behandelteam en/of het managementteam (Haans, 2006).

Wanneer er sprake is van een negatief parallelproces, kan dit het effect van de behandeling verminderen. Wanneer bijvoorbeeld ergernissen niet uitgesproken kunnen worden in een behandelteam kan dit op parallelle wijze leiden tot vermindering van uitspreken van onderlinge irritaties en boosheid in de behandelgroepen. Haans (2006) ziet het als de taak van de teamleider om positieve en negatieve parallelprocessen te signaleren en te bewerken, en onderstreept het belang van kennis van organisatiekunde en groepsdynamica bij de teamleider van een multidisciplinaire behandelsetting.

11.4 Samenvatting

- Groepsbehandeling is vaak onderdeel van een meeromvattend behandelaanbod. Dat aanbod kan meer of minder complex zijn en variëren van de combinatie van twee verschillende behandelingen in een ambulante setting tot intensieve klinische psychotherapie, of transmurale zorgseenheden.
- In een multidisciplinair behandelaanbod is samenhang een noodzakelijke voorwaarde voor een goed behandelresultaat.
- Samenhang binnen een multidisciplinaire behandelopzet bestaat uit: 1) een coherente visie op de problematiek, met een consequent toegepaste methodiek; 2) een kwalitatief goede samenwerking in het behandelteam; 3) een consistent, constant en min of meer gecontroleerd geheel van de omstandigheden, waarbinnen de behandeling wordt toegepast (organisatie van mensen en middelen).
- De complexiteit van het bieden van een samenhangende behandelopzet wordt veroorzaakt door factoren in zowel de oppervlaktestructuur- als de dieptestructuur van de behandelsetting en zogenaamde parallelprocessen.
- Bij de leidinggevende van een behandelteam en de groepsbehandelaar is, naast kennis van groepsprocessen, kennis van organisatieprocessen onontbeerlijk om samenhang in het behandelaanbod en een goede samenwerking vorm te geven.

11.5 Aanbevolen literatuur

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

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

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

11.6 Geraadpleegde literatuur

Aken, van, J. & Andriessen, D. (red.)(2011). *Handboek ontwerpgericht wetenschappelijk onderzoek. Wetenschap met effect*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

American Group Psychotherapy Association(2007). Practice Guidelines for Group Psychotherapy, Science to Service Task Force.

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

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

Bateman, A.W., & Krawitz, R. (2013). *Borderline personality disorder. An evidence-based guide for generalist mental health professionals*. Oxford University Press.

Berg, A. van den (2011). *Gehechtheid en antisociale relatievorming. De bijdrage van de gehechtheidstheorie aan de behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis en psychopathie*. Gennep: Berg-op.

Berk, T.J.C. (2005). *Leerboek groepspsychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

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

Blom, J & Colijn, S. (2012). Klinische variant van mentaliserenbevorderende therapie voor patiënten met cluster A persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54 (4), 377-382.

Bosch, L.M.C. van den, Sinnaeve, R & Nijs, M. (2013). Kortdurende klinische dialectische gedragstherapie voor de borderline persoonlijkheidsstoornis. Ontwerp van het programma en resultaten pilotstudie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55 (3), 165-175.

Burlingame, G.M. Strauss, B, Joyce A.S. (2013). Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. In A. Bergin & S.L. Garfield, *Handbook of psychotherapy behavior change*. (Sixth Ed. Edited by Michael Lambert).

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

Caudill, W. (1959). *The Psychiatric Hospital as a Small Society*. Cambridge: Harvard University Press.

Feldman, L.B., Feldman, S.L. (2005). Integrating therapeutic modalities. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Integration*, 2nd edition, pp. 362-381. New York: Oxford University Press.

Gunderson, J. (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. Washington: American Psychiatric Association Publishing.

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 en groepspsychotherapie*, 6 (3), 17-28.

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

Hulshof, R.L.E., Pol, S.M. & Wentink, M. (2009). Schemagerichte therapie in een klinische setting. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 4 (3), 24-35.

- Hummelen, B., Wiberg, T., & Karterud, S. (2007). Interviews study of female patients with borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy. *International Journal of Group psychotherapy*, 57 (1) 67-91.
- 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.
- Janzing, C. (2009). *Samenhangend behandelen in de GGz*. Assen: Van Gorcum & Comp.
- Janzing, C., & Kerstens, J. (2012). *Werken in een therapeutisch milieu. Naar samenhangend behandelen in de GGz*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Karterud, S. (2015). *Mentalization-based group therapy (MBT-G)*. Oxford: University Press.
- Karterud, S., Johansen, M.S., & Wiberg, T. (2007). Conjoint group and individual psychotherapy in a research trial for patients with severe personality disorders. *Group*, 31 (1): 31-46.
- Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen (2015). Geïntegreerde richtlijnbehandeling. Een behandelkader voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis.
- Knapen, S. (2013). FACT voor ernstige persoonlijkheidsstoornissen: ervaringen met de combinatie met Mentalization Based Treatment. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 68 (1), 20-28.
- Knapen, S., Leeuw, M. de, Meinderts, R. & Fokkert, M. (2016). Van onbehandelbaar naar behandelbaar? *Tijdschrift voor psychotherapie*, 2016(42), 86-103.
- Kooiman, C.G, Huffstadt, C. & Kuipers, G.W. (2013). Transference-focused psychotherapie en mentaliseren in de klinische psychotherapie; een kwestie van vorm en vent. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55 (12), 935-948.
- 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.
- Main, T. F. (1957). The Ailment. *Psychology and psychotherapy*, 30 (3), 129-145.
- Muste, E., Weertman, A., Claassen, A. (red.) (2009). *Handboek klinische schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Remmerswaal, J. (2015). *Begeleiden van groepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Stanton, A.H., Schwartz, M.S. (1954). *The Mental Hospital. A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment*. New York: Basic Books Publishers.

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

Vereniging Klinische Psychotherapie (2006). Theoretisch basiskader van de VKP.
Milieuthérapie en klinische psychotherapie: integratie van behandeling en context.
www.klinische-psychotherapie.nl

Yalom, I.D. & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.

Hoofdstuk 12: Co-begeleiding en co-therapie

Mila Remijns en Charles Huffstadt

12.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de samenwerkingsrelatie van twee behandelaren die binnen de gezondheidszorg samen een groep leiden. Bij psychotherapiegroepen wordt er dan van co-therapie gesproken en in overige situaties van co-begeleiding.

Goossens (2003) definieert co-begeleiding als een vorm van functionele samenwerking tussen twee groepsbegeleiders die als doel heeft de beoogde groepsdoelen te realiseren, het geëigende groepsklimaat te scheppen en het groepsproces te ondersteunen.

Er is in de afgelopen vijftien jaren niet zoveel gepubliceerd over dit onderwerp in het Nederlandse taalgebied (Goossens, 2003) en datgene wat er voordien over is geschreven, is met name gebaseerd op klinische expertise en niet op empirisch onderzoek. Het enige relevante empirisch onderzoek, dat de voordelen van co-therapie onderstreept, is de studie van Kivilghan, London en Miles (2012). Het feit dat er weinig empirisch onderzoek heeft plaatsgevonden naar co-begeleiding hangt samen met het feit dat het onderzoeken ervan methodologisch een complex fenomeen is.

In dit hoofdstuk putten wij uit een bloemlezing van publicaties van de afgelopen zestig jaar over dit onderwerp binnen de Engelstalige vakliteratuur en van de afgelopen vijfentwintig jaren uit Nederland. De meerderheid van de publicaties betreffen het deelgebied co-therapie in psychotherapiegroepen.

Er zal in dit hoofdstuk worden ingegaan op kennis aangaande co-begeleiding, voor- en nadelen van co-begeleiding, fases in de samenwerkingsrelatie, inflexibele rolpatronen, en een vertaling van de theorie naar de praktijk. Tot slot wordt er in de samenvatting een opsomming gegeven van de belangrijkste handvatten en aandachtspunten voor wanneer men van plan is samen een groep te leiden.

12.2 Achtergrond

Berk (2005) bespreekt hoe groepsbehandelaren in de Verenigde Staten soms wel en soms niet met een co-therapeut samenwerken, hoe groepsbehandelaren in Groot-Brittannië groepen meestal alleen leiden en hoe het in Nederland gemeengoed is om met twee behandelaren te werken. Hoewel hij een voorstander van co-begeleiding is, geeft hij aan dat het merendeel van de voordelen van co-begeleiding ook beschouwd kan worden als nadelen (Berk, 1986).

12.2.1 Voordelen van co-begeleiding

Allereerst is co-begeleiding een complementaire benadering (Hubert, 1993; Goossens, 2003; Bernard, 1995; Mol & Peeters, 1992). De begeleiders vullen elkaar onder andere aan op het

vlak van beroepsachtergrond, stijl, interventies, vaardigheden. De zwakheden van de ene groepsbehandelaar worden aangevuld door de sterke kanten van de ander. Samenvattend, twee kunnen meer dan één.

De continuïteit van de groep wordt vergroot door co-begeleiding aangezien de groep kan doorgaan wanneer één van beide begeleiders ziek of met vakantie is (Berk, 1986; Bernard, 1995).

Negatieve of rigide interactiepatronen die voort komen uit de levensgeschiedenis van de groepsleden, bijvoorbeeld in vorm van overdracht, kunnen door twee begeleiders beter gehanteerd worden. Door de co-begeleidingssituatie kan er in de nabespreking gezamenlijk worden stilgestaan bij deze interactiepatronen en de reacties van de begeleiders hier op, bijvoorbeeld in de vorm van tegenoverdracht (Hubert, 1993; Demarest & Teicher, 1954). Hierdoor kunnen deze interacties beter gedragen (*containment*), begrepen en gebruikt worden. Mintz (1963) noemt hoe de aanwezigheid van twee begeleiders makkelijker overdracht oproept. Groepsleden kunnen vlotter hun boosheid uiten wanneer ze weten dat er een andere begeleider is die veiligheid biedt (Krijnen, 2004).

Binnen de Nederlandse situatie is het gebruikelijk om indien mogelijk een groep, met name een psychotherapiegroep, door een gemengd therapeutenkoppel (man-vrouw) te laten leiden. Het voordeel hiervan is dat dit de kans vergroot op overlap met een gezinssituatie waardoor problematiek die zijn wortels heeft binnen de familie-interactie goed aan bod kan komen (Bernard, 1995).

Co-begeleiding kan steun bieden bij persoonlijke en professionele ontwikkeling (Hubert, 1993; Bernard, 1995; Remmerswaal, 2015, Yalom & Leszcz, 2005), bijvoorbeeld bij het creëren van een leeromgeving voor een beginnende behandelaar of wanneer één van de begeleiders meer ervaring wil opdoen met het doen van bepaalde interventies. Een begeleider kan meer risico nemen bij het inzetten van een interventies vanwege de veiligheid die voortvloeit uit de aanwezigheid van de andere co-begeleider.

12.2.2 Nadelen van co-begeleiding

Vanuit het economisch oogpunt dat elk van beide begeleiders alleen een groep zou kunnen leiden, is co-begeleiding duurder en tijdsinefficiënt. Afhankelijk van het type groep duurt het een tijd alvorens twee begeleiders goed op elkaar ingespeeld raken (zie 12.2.3).

Behalve tijd kost co-begeleiding ook energie (Goossens, 2003; Hubert 1993). Er dient namelijk geïnvesteerd te worden in het opbouwen van een emotionele band (Krijnen, 2004) en er is ook tijd en motivatie nodig om elke groepssessie na te bespreken.

Bij co-begeleiding kunnen verschillende starre rolpatronen voorkomen, die een aanleiding kunnen zijn om supervisie op te starten (Remmerswaal, 2015).

Jongerius (1993) geeft aan dat het een vrijwel onmogelijke opgave is om tot een evenwichtige, rijpe samenwerkingsrelatie te komen en dat een groep daarom niet gebaat is bij een verdubbeling van het aantal interacties door de toevoeging van een tweede groepsleider.

12.2.3. Ontwikkeling van de samenwerkingsrelatie

Net zoals er in de groep groepsfasen opgemerkt kunnen worden, ontwikkelt er zich tussen de co-begeleiders ook een band waarin fases en crises onderscheiden kunnen worden alvorens zij een rijpe band ontwikkelen (Hubert, 1994). Levine (1982) heeft hierover een fasenmodel ontwikkeld parallel aan zijn groepsfasenmodel, dat in hoofdstuk 6 aan de orde is gekomen. Hij onderscheidt hierin de volgende fasen:

1. Parallelfase: ‘het is fijn om met jou te werken’
Vaak ontstaan er in de beginperiode van de samenwerkingsrelatie bepaalde stereotiepe rolpatronen (bijvoorbeeld expert versus nieuwkomer). Zolang er ruimte voor verandering is binnen deze patronen, hoeft dit geen probleem te zijn. Wanneer dit niet het geval is, kan ‘het is fijn om met jou te werken’ een façade worden.
2. Autoriteitscrisis en opnemingsfase: ‘één van ons deugt niet’
Deze fase wordt succesvol doorlopen wanneer de stereotiepe rolpatronen van de eerste fase binnen de samenwerkingsrelatie worden onderzocht en herkend. Indien dit niet gebeurt, wordt de kans groter dat er problemen binnen de samenwerking ontstaan (bijvoorbeeld rivaliteit).
3. Intimiteitscrisis: ‘we redden het misschien’
Een pril wij-gevoel ontstaat wanneer een intimiteitscrisis, welke gepaard kan gaan met afwijzing, concurrentie en/of frustratie, doorlopen wordt.
4. Wederkerigheidsfase: ‘we zijn een goed team’
Een vrije, productieve samenwerking is aanwezig waarin status en macht geen storende elementen zijn.
5. Beëindigingsfase: ‘jammer dat we dit moeten opgeven’
Het einde van de samenwerkingsrelatie roept, zoals bij elke separatie, allerlei (negatieve) gevoelens op die gedeeld kunnen worden.

12.3 De praktijk

12.3.1 Voorbereiding op co-begeleiding

De voorwaarden voor een geslaagde samenwerkingsrelatie komen deels overeen met die voor een geslaagd huwelijk (Schermer & Rice, 2015). Een grondige voorbereiding vergroot de

kans op een duurzame samenwerking. Het is raadzaam dat de potentiële groepsbegeleiders één of meerdere gesprekken hebben alvorens een groep te starten (Goossens, 2003).

In deze gesprekken dienen diverse thema's aan bod te komen, zoals de groepstaak, de doelgroep, de werkwijze en het kader van de groep. Maar tevens de visie op groepen, de opleiding en de theoretische voorkeur van de groepsleiders, als ook de persoonlijke drijfveren, behoeftes, allergieën van de groepsleiders kunnen besproken worden. Het is belangrijk dat er bij co-begeleiding voldoende gunfactor is tussen de groepsleiders. De mate waarin de groepsleiders elkaar succesmomenten gunnen tijdens een groepssessie is een relevant onderwerp om te bespreken. Praktische omstandigheden, bijvoorbeeld agendaplanning, zouden niet de voornaamste reden mogen zijn om een groep te starten. Wel dat er overeenstemming wordt bereikt over de bovenstaande onderwerpen, maar ook over mogelijke verschillen.

Het afdelingsmanagement kan de totstandkoming van een succesvolle samenwerkingsrelatie bevorderen door ruimte te geven voor de voorbereidende kennismakingsfase, voldoende tijd bieden voor administratie en de nabespreking en het opstarten van supervisie te faciliteren bij de aanwezigheid van struikelblokken.

12.3.2 Nabespreking van groepsbijeenkomsten

Tijdens de nabespreking van elke sessie dient expliciet aan bod te komen wat beide begeleiders ervaren hebben ten aanzien van de groepsleden, maar ook ten aanzien van elkaar (Yalom & Leszcz, 2005; Berk, 2005). Deze nabespreking vindt bij voorkeur vlak na de sessie plaats wanneer de reacties nog vers zijn. De totstandkoming van een positieve emotionele relatie tussen beide begeleiders heeft voorrang op praten over inhoudelijke aangelegenheden (Heilfron, 1969).

In de literatuur wordt genoemd hoe negatieve of rigide interactiepatronen, bijvoorbeeld in de vorm van overdracht en tegenoverdracht, bewerkt kunnen worden in een co-begeleidingssituatie (Mol en Peeters, 1992). De begeleider die minder betrokken is bij de negatieve of rigide interactiepatronen kan helpen om te ontrafelen wat er zich afspeelt (Bernard, 1995). Zodoende ontstaat er zowel bij het groepslid als bij de betrokken begeleider ruimte om te reflecteren (Krijnen, 2004). Met name bij een doelgroep met persoonlijkheidsproblematiek is de aanwezigheid van twee begeleiders productief (Mintz, 1965; Berk, 1986). In groepen met deze doelgroep kan de realiteit vervormd worden door mechanismen als splitsing, waarbij de ene begeleider als negatief wordt beleefd en de ander als positief. Dit mechanisme wordt door de patiënt onbewust ingezet ter bescherming van één van beide groepsbehandelaren (Krijnen, 2004). In groepen met deelnemers met complexe problematiek, zoals traumatisering in de voorgeschiedenis, is het nodig met twee behandelaren te werken; met deelnemers met meer enkelvoudige problematiek zou volstaan kunnen worden met één behandelaar (Berk, 2005).

12.3.3 Stagnatie van co-begeleiding

Tussen twee begeleiders kan de samenwerking stagneren vanwege een verschil in persoonlijke en professionele oriëntatie hoewel een verschil in professionele oriëntatie tevens een verrijking kan betekenen. Ook kan rivaliteit ontstaan, onder andere op het vlak van het verwerven van populariteit, de kwaliteit of kwantiteit van de interventies, wat de groep al gauw aanvoelt en de kwaliteit van de behandelgroep in negatieve zin beïnvloedt. Hulpverleners die qua persoonlijkheid een sterk dominante interactiestijl of een sterke behoefte aan bevestiging of bewondering hebben, raken makkelijker in een dynamiek van rivaliteit verzeild (De Haas, 2008). Als een van de begeleiders steeds reageert vlak na een interventie van de andere begeleider, is er sprake van ‘tandemen’ (Berk, 2005; Levine, 1982). Dit vormt een aanwijzing dat er rivaliteit speelt tussen de groepsbegeleiders.

Supervisie, waarbij beide co-begeleiders aanwezig zijn, is zowel zinvol voor het bevorderen van een goede samenwerking als in het geval dat beide begeleiders verstrikt raken in een inflexibele rolverdeling, bijvoorbeeld expert en nieuwkomer, leermeester en knecht, maatjes, good guy en bad guy, overheerser en onderworpen (Goossens, 2003). Hubert (1993) noemt de belangrijke functie die supervisie voor een co-begeleidingskoppel kan hebben om de nadelen en valkuilen van co-begeleiding te ondervangen. De supervisor fungeert voor de co-begeleiders als een *container*, net als de groepsleiders voor de groepsleden (Hendriksen, 2004).

Enkele praktische spelregels om de samenwerkingsrelatie te bevorderen zijn (De Haas, 2008): tegenover elkaar zitten en regelmatig oogcontact maken, niet te snel na elkaar interveniëren, niet beide de hele tijd op een groepslid focussen (wanneer de ene inzoomt, zoomt de ander uit, het ‘tennis dubbel’ principe), de ander zijn gang laten gaan wanneer deze een groepslid of de groep wat uitlegt.

12.3.4 Co-begeleiding in opleidingssituaties

Wat betreft professionele ontwikkeling is een bekende situatie binnen de praktijk de opleidingssituatie waarin de ene begeleider in een senior-positie en de andere begeleider in een junior-positie zit. Dit zorgt ervoor dat de opleideling in de keuken kan kijken bij een ervaren collega. Een randvoorwaarde hierbij is dat de groep op de hoogte is van de opleidingssituatie (Hendriksen, 2004). Deze in de Nederlandse gezondheidszorg frequent voorkomende samenwerking levert vanwege de ongelijkwaardigheid specifieke problemen op, zoals een rigide patroon van senior-junior, of leermeester-assistent. Supervisie, waarbij zowel beiden co-begeleiders aanwezig zijn, is ook hier zinvol voor het bevorderen van een goede samenwerking. De aanbeveling van Berk (2005) is om deze constructie niet langer dan twee jaren te laten bestaan vanuit de visie dat de opleideling kan komen vast te zitten in zijn rol.

12.4. Samenvatting

- De kwaliteit van de samenwerkingsrelatie tussen twee groepsbehandelaren is van invloed op de kwaliteit van de interacties tussen de groepsleden. De samenwerkingsrelatie kan bijgevolg het groepsproces zowel in negatieve als in positieve zin beïnvloeden.
- Een meerderheid van de auteurs die geschreven hebben over het thema co-begeleiden, is van mening dat de voordelen van co-begeleiding opwegen tegen de nadelen.
- Problemen in de samenwerking tussen co-begeleiders kunnen voorkomen worden door een gedegen voorbereiding. Thema's die tijdens de voorbereiding aan bod dienen te komen zijn onder meer de groepstaak, visie op groepen, allergieën, behoeftes, en punten van overeenkomst en verschil tussen de beide behandelaren.
- Als een groep eenmaal is gestart, blijft het van belang om aandacht te hebben voor de kwaliteit van de samenwerkingsrelatie tussen de co-begeleiders.
- Bij de nabespreking heeft praten over de samenwerking en het proces voorrang op praten over de groepsleden. Bij de nabespreking dient oog te zijn voor valkuilen als rolfixatie en rivaliteit.
- Supervisie kan worden ingeschakeld als zich een struikelblok aandient in de samenwerking maar kan tevens preventief ingezet worden.
- Het managementteam kan de totstandkoming van een succesvolle samenwerkingsrelatie bevorderen.

12.5 Aanbevolen literatuur

Berk, T. (1986). *Groepstherapie, theorie en techniek*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Goossens, W. (2003). Werken, leren en leven met groepen. In J. Remmerswaal, *Co-begeleiding van groepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Haas, de W. (2008). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Soest: Nelissen.

Hubert, J.W.A. (1993). Supervisie over co-therapie. Voordracht voor de opleidersbijeenkomst van de NVGP februari 1993. *Groepspsychotherapie*, 27 (4), 20-23.

12.6 Geraadpleegde literatuur

Berk, T. (1986). *Groepstherapie, theorie en techniek*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Berk, T. (2005). *Leerboek Groepspsychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

- Bernard, H.S. (1995). The Dynamics of the Co-therapy Relationship: A Symposium. *Group*, 19 (2), 67-70.
- Demarest, E.W. & Teicher, A. (1954). Transference in Group Therapy: its Use by Co-therapists of Opposite Sexes. *Psychiatry*, 17 (2), 189-202.
- Goossens, W. (2003). Werken, leren en leven met groepen. In J. Remmerswaal, *Co-begeleiding van groepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Haas, de W. (2008). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Soest: Nelissen.
- Hendriksen, M. (2004). Analyse van een groepsproces. *Groepspsychotherapie*, 38 (3), 30-42.
- Heilfron, M. (1969). Co-therapy: The Relationship Between Therapists. *International Journal of Group Psychotherapy*, 19 (3), 366-381.
- Hubert, J.W.A. (1993). Supervisie over co-therapie. Voordracht voor de opleidersbijeenkomst van de NVGP februari 1993. *Groepspsychotherapie*, 27 (4), 20-23.
- Jongerius, P.J. (1993). *Praktijkboek groepspsychotherapie*. Amersfoort: Academische uitgeverij Amersfoort.
- Kivilighan, D. M., London, K., Miles, J. R. (2012). Are two heads better than one? The relationship between number of group leaders and group members, and group climate and group member benefit from therapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 16 (1), 1-13.
- Krijnen, I. (2004). Twee kunnen meer dan één. Co-therapie en de hantering van overdracht. *Groepspsychotherapie*, 38 (4), 11-21.
- Levine, B. (1982): *Groepspsychotherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Mintz, E.E. (1965). Male-female Co-therapists: Some Values and Some Problems. *American Journal of Group Psychotherapy*, 19 (2), 293-301.
- Mol, M.J. & Peeters, C.M.C. (1992). Co-therapie. Ervaringen vanuit een opleiding groepspsychotherapie in een klinische setting. *Groepspsychotherapie*, 26 (1), 4-12.
- Remmerswaal, J. (2015). *Begeleiden van groepen: groepsdynamica in praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Schermer, V.L. & Rice, C.A. (2015). Towards an Integrative, Intersubjective and Relational Group Psychotherapy. In J.L. Kleinberg et al. (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Group Psychotherapy*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Yalom, I.D. & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.

Hoofdstuk 13: Ethische kwesties en beroepsnormen.

Piet Verhagen en Gerrit Glas

13.1 Inleiding

Zoals er geen waardevrije wetenschap bestaat, zo is er al helemaal geen waardevrije zorg- en hulpverlening. Zo beschreef Vandermeersch (2011) de GGZ van de negentiger jaren van de vorige eeuw als bepaald door de waarden (krachtlijnen, zoals hij het noemde): autonomie, levensgenot, persoonlijke relaties, seksuele identiteit, en ‘voor waar kunnen houden’ of vertrouwen kunnen hebben in. Het feit dat een groep mensen bij elkaar gaat zitten, onder begeleiding van een groepsbehandelaar, om in te gaan op elkaars levensvragen of problemen, drukt op zich al een aantal belangrijke waarden uit – die van solidariteit, hoop (de verwachting voor elkaar iets te kunnen betekenen), waarachtigheid, de waarde van de individuele ervaring, en die van groeien ‘aan elkaar’.

Onderstaande vignetten geven een indruk van hoe waarden, normen en ethische vraagstukken naar voren kunnen komen in groepsbehandelingen.

Vignet 1

In een (schema)groepstherapie delen twee vrouwelijke groepsleden dezelfde passie: honden. Dat leidt tot allerlei uitwisselingen, vooral buiten de groep, zoals met elkaar wandelen met de honden, bij elkaar thuis komen, op elkaars honden passen. Dat alles wordt volgens afspraak telkens in de groep gerapporteerd en besproken, maar kennelijk niet volledig. Want het eind van het verhaal is dat de een er met de partner van de ander vandoor gaat, en de man zijn ex beschuldigt van gevaarlijk gedrag met hun kinderen zodat die kinderen, naar hij en zijn nieuwe partner hopen, aan hem zullen worden toegewezen. Ondertussen bleef de groep ‘in alle staten’ achter.

Vignet 2

Een supervisant is een tijdje terug met een groep begonnen en vertelt dat een van de moeilijkste dingen voor hem is het omgaan met verbaal aangevallen te worden door groepsleden. Daar zitten allerlei technische aspecten aan, maar ook ethische kwesties. Zo is het niet verantwoord om iets te doen waar we niet voldoende voor opgeleid of niet voldoende competent in zijn. Dat is dus een goede reden voor supervisie. Als dat laatste niet kan, of als de behandelaar er niet toe bereid is, dan is de vraag of deze wel door kan gaan met de groep en is de volgende vraag de continuïteit van zorg voor de deelnemers.

Vignet 3

Een veel besproken thema met ethische implicaties is de afwezigheid van de groepsbehandelaar, door onverwachte omstandigheden, door ziekte, door overlijden. Hoe open is de behandelaar over zichzelf? Informatie over zichzelf is misschien voor het ene groepslid wel en voor het andere niet voldoende. En als de groepsbehandelaar vervangen moet worden, heeft hij dan hebben de groepsleden daar dan ook iets in te zeggen?

Er zijn tal van andere dilemma's die zich in groepsbehandelingen voor kunnen doen, zoals het spanningsveld autonomie en eigen wens van de cliënt en de deskundigheid van de behandelaar, het belang van het individu en het belang van de groep, wanneer de behandeling lijkt te botsen met een standaard, module of code. Bij deze dilemma's kan de filosofie van de zorg- en hulpverlening een verhelderende rol spelen als het gaat om het grensvlak van groepsbehandeling en ethiek en zingeving, bijvoorbeeld door onder woorden te brengen welke waarden verbonden zijn aan de professionele relatie met de groepsleden, met diens context en met de context van de professional zelf (Glas, 2012).

In dit hoofdstuk zullen we eerst ingaan op wet- en regelgeving, beroepscodes, professionaliteit en ethisch reflectie als competentie. Vervolgens komt de praktijk aan bod. We besteden aandacht aan de vraag hoe de groepsbehandelaar moet zijn, aan wat hogere, waardevolle doelen van behandeling kunnen zijn, zoals vrijheid en waarheid of liefde, en wat dat voor invloed kan hebben op de zogenaamde taak- en processtructuur van de groep. We sluiten af met een puntsgewijze samenvatting en aan te bevelen literatuur.

13.2 Achtergrond

Omdat een aantal woorden zoals waarden, normen en ethisch dilemma, steeds weer terugkomen zullen we die eerst kort bij wijze van verheldering typeren.

Waarden drukken uit wat we belangrijk vinden. We worden er door gemotiveerd en ze geven aan wat we willen beschermen. Een waarde wijst naar iets wat nastrevenswaardig is. Normen en ethische principes zijn een concretisering van deze waarde. De waarde eerlijkheid zou bijvoorbeeld als norm met zich mee kunnen brengen dat liegen niet geoorloofd is. Met een ethisch dilemma bedoelen we een situatie, die enigermate dwingend of urgent om een keuze vraagt. Bij deze keuze is er alleen doorgaans niet een 'goede' tegenover een 'foute' keuze. Aan beide opties kleven bezwaren, voor beide moet een prijs betaald worden. Het ethische dilemma stelt ons voor de vraag of we wel het goede doen. Daarbij botsen waarden en normen.

In deze paragraaf staan we eerst stil bij wet- en regelgeving en beroepscodes. Immers daarin worden waarden vastgelegd in normen en standaarden voor de dagelijkse praktijk en behandelaars worden geacht daarvan op de hoogte te zijn. Als basistekst en uitgangspunt zullen we aandacht besteden aan de beroepscode van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP). Tenslotte bespreken we ethische reflectie als onmisbaar aspect van professionaliteit als competentie. Daarbij zullen we drie dimensies van professionaliteit onderscheiden, waarmee het belang van ethische reflectie vooral onderstreept wordt.

13.2.1 Wet- en regelgeving en beroepscodes

In deze paragraaf wordt stilgestaan bij de wet- en regelgeving zoals deze terugkomt in de praktische richtlijn van de *American Group Psychotherapy Association* (AGPA), Nederlandse handboeken voor (groeps-)psychotherapie, en de Nederlandse wet- en regelgeving. De beroepscodes van beroepsverenigingen komen in 13.2.2. aan bod.

13.2.1.1 Praktijk richtlijn groepspsychotherapie van de AGPA

We beginnen bij AGPA die in haar praktijkrichtlijn aandacht besteedt aan ethische aspecten

van groepsbehandeling (AGPA, 2007, 47-52)¹. Het valt op dat er in deze richtlijn aandacht gegeven wordt aan ethische aspecten. In Nederlandse richtlijnen komt dat tot nu toe niet veel voor. In de titel van het betreffende hoofdstuk '*Reducing adverse outcomes*' herkennen we twee principes uit de medische ethiek: weldoen en niet schaden. De groepsbehandelaar streeft naar maximaal profijt voor de groepsleden en beperkt negatieve effecten tot het minimale. Deze houding, zo vervolgt de richtlijn, vergt van de groepsbehandelaar een set van normen en waarden, een dispositie en morele competentie ten einde deze standaard hoog te houden. Het gaat dus niet alleen om kennis van zaken zoals gedragscodes, maar ook om interne motivatie en vaardigheden, die onderhoud vergen.

Het thema schadelijke effecten komt vervolgens terug onder de titel groepsdruk. De groep is een krachtig hulpmiddel met positieve effecten die de cliënt helpen om te veranderen, maar die ook schade kunnen doen (zie ook hoofdstuk 9). Denk bijvoorbeeld aan verbale agressie in de groep, de beperkte invloed die de groepsbehandelaar heeft op wat er in en vooral ook buiten de groep gebeurt, zondebokfenomenen, beschadigende confrontatie en inadequate steun, en kwalitatief slechte indicatiestelling. Een belangrijke aanbeveling die de auteurs doen is monitoring van het behandelproces. Dit onderwerp komt terug in hoofdstuk 14. Specifieke kwesties die verder aan bod komen zijn: verslaglegging, vertrouwelijkheid, grenzen en *informed consent*.

13.2.1.2 Handboeken

In Nederlandse handboeken voor (groeps-)psychotherapie is de aandacht voor ethiek beperkt, maar niet afwezig. In het *Handboek Psychodynamiek* schrijft Vandermeersch een bijdrage over 'De inbreng van de psychoanalyse in de ethiek' (2011). In het *Leerboek Psychotherapie* (van der Schoot, Buitenhuis, 2013, p. 895-905) is in het hoofdstuk over juridische en ethische aspecten alleen aandacht voor wet- en regelgeving en voor de beroepscode voor psychotherapeuten. Een en ander is, aldus de auteurs, ook van toepassing op andere beroepsgroepen die met cliëntenzorg belast zijn.

In het *Leerboek groepspsychotherapie* van Berk is ethiek weliswaar geen thema, maar komen ethische aspecten wel aan de orde in de bespreking van normen in therapiegroepen en de kwalificaties van de therapeut (Berk, 2005). Heel informatief is het hoofdstuk ethiek in het leerboek *Transactionele Analyse* (Thunnissen & de Graaf, 2013, p. 209-226).

13.2.1.3 Wet- en regelgeving

¹ Overigens heeft de AGPA ook een richtlijn voor ethiek, februari 2002; <http://www.agpa.org/home/practice-resources/ethics-in-group-therapy>.

Zoals bekend is een behandelrelatie onderhevig aan wet- en regelgeving. Relevante wetten in dit verband zijn de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG), de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG, die de wet bescherming persoonsgegevens (WBP) vervangt) en de wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ). Wet- en regelgeving rond bijzondere opnemering in psychiatrische ziekenhuizen, BOPZ, en verplichte GGZ laten we hier buiten beschouwing. In het document 'Kwaliteitscriteria voor de vrijgevestigde praktijk' van de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP) wordt naar deze wet- en regelgeving verwezen zonder ethische uitgangspunten te formuleren of te herhalen (LVVP, zonder jaartal).

13.2.2 De beroepscode voor psychologen (NIP) als basis

Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) hebben hun eigen beroepscode uit respectievelijk 2015, 2010 en 2018. De Nederlandse vereniging voor groepsdynamica en groepspsychotherapie (NVGP) verklaart op haar website dat groepstherapeuten vallen onder de beroepscode van de NVP. We vermelden uit vele andere nog drie codes. De *European Federation of Psychologists' Associations* (EFPA) heeft een ethische code, die in 2005 werd herzien en opnieuw vastgesteld (EFPA, 2005). Ook het *Institute of Group Analysis* (IGA, London) heeft een eigen beroepscode (IGA, 2014; Dalal, 2014). Tot slot is er ook nog de code van de *Association for Specialists in Group Work* uit 2008. Hieronder zullen we uitgebreider stil staan bij de beroepscode van het NIP, die kan gelden als een typerende basistekst binnen de Nederlandse context.

'Psychologen gebruiken een ethische code om hun werkwijze nader te structureren', schrijft Soudijn in zijn opeenvolgende edities van *Ethische codes voor psychologen* (2015, derde editie). Deze zinsnede geldt niet minder voor groepsbehandelaren. Een gulden regel, die niet alleen Soudijn noemt maar ook in de AGPA richtlijn te vinden is, luidt dat ethische principes nastrevenswaard zijn, terwijl ethische standaards verplichtend zijn. Dit uitgangspunt is ook te vinden in de beroepscode voor psychologen (NIP, 2015). In die code worden vier basisprincipes geformuleerd, te weten: verantwoordelijkheid, integriteit, respect en deskundigheid. Dezelfde principes zijn te vinden in de beroepscode van de NVvP (2010). Vergelijkbare formuleringen zijn te vinden in de code van de EFPA (2005). De NVP actualiseerde de beroepscode uit 2007 en formuleert drie algemene principes: respect voor de persoon van de cliënt, voorwaarden voor goede zorg, verbod op misbruik van de eigen positie, en professionele en maatschappelijke verantwoordelijkheid (de Nobel, Berkvens, Buitenhuis, Dalewijk, Geertjens, 2018). Kortom, een vergelijking van nationale en internationale basisprincipes leert dat de overeenkomsten groot zijn.

<i>Amerikaanse principes</i>	<i>Canadese principes</i>	<i>Belgisch principes</i>	<i>Nederlandse principes (NIP)</i>
1. bevordering van welzijn, trouw en verantwoordelijkheid, 2. en voorkoming van schade 3. Integriteit 4. rechtvaardigheid 5. respect voor de rechten en waardigheid van mensen	1. respect voor de waardigheid van mensen 2. verantwoorde zorg 3. integriteit in relaties 4. verantwoordelijkheid ten opzichte van de samenleving	1. eerbiediging van de waardigheid en rechten van de persoon 2. verantwoordelijkheid van de psycholoog 3. de competentie van de psycholoog 4. integriteit, eerlijkheid van de psycholoog	1. verantwoordelijkheid 2. integriteit 3. respect 4. deskundigheid

Tabel 1 ethisch principes in beroepscode voor psychologen (naar Soudijn, 2015)

De principes in de beroepscode voor psychologen worden vervolgens uitgewerkt in een aantal richtlijnen. Zo wordt verantwoordelijkheid onderverdeeld in: de kwaliteit en continuïteit van het beroepsmatig handelen, voorkomen en beperken van schade, voorkomen van misbruik, de psycholoog en zijn werkomgeving, verantwoording. Integriteit wordt onderverdeeld in: betrouwbaarheid, eerlijkheid, rolintegriteit. Respect wordt onderverdeeld in: algemeen, autonomie en zelfbeschikking, vertrouwelijkheid, gegevensverstrekking en rapportage. Het basisprincipe deskundigheid wordt onderverdeeld in: ethische reflectie, vakbekwaamheid en de grenzen van het beroepsmatig handelen.

<i>Ethische basisprincipes</i>	<i>Richtlijnen</i>
Verantwoordelijkheid	– kwaliteit en continuïteit van het beroepsmatig handelen – voorkomen en beperken van schade – voorkomen van misbruik – de psycholoog en zijn werkomgeving – verantwoording
Integriteit	– betrouwbaarheid – eerlijkheid – rolintegriteit
Respect	– algemeen respect – autonomie en zelfbeschikking – vertrouwelijkheid – gegevensverstrekking en rapportage
<i>Deskundigheid</i>	<i>ethische reflectie</i> <i>vakbekwaamheid en de grenzen van het beroepsmatig handelen</i>

Tabel 2 Ethische principes en richtlijnen NIP

Vervolgens worden deze punten uitgewerkt in artikelen. Bijvoorbeeld: basisprincipe ‘verantwoordelijkheid’, paragraaf ‘kwaliteit van beroepsmatig handelen’, artikel ‘zorg voor kwaliteit’ (art. 14): ‘psychologen zorgen voor goede kwaliteit van hun beroepsmatig handelen’, en artikel ‘vertrouwen in de psychologie en psychologiebeoefening’ (art. 18): ‘psychologen onthouden zich van gedragingen waarvan zij weten of redelijkerwijs kunnen voorzien dat deze het vertrouwen in de wetenschap van de psychologie, de psychologiebeoefening of in collega’s kunnen schaden’ (Soudijn, 2015, p. 223). Zo wordt een kernwaarde of basisprincipe omgezet, vertaald naar een stelsel van normen, richtlijnen en regels.

13.2.3 Ethische reflectie: een kwestie van professionaliteit

Reflectie over ethische kwesties is volgens de beroepscode van het NIP een onderdeel van deskundigheid. Wil men zich als groepsbehandelaar op professionele en vaardige wijze verhouden tot de ethische basisprincipes dan is ethische reflectie noodzakelijk voor de beroepsuitoefening. In de beroepscode van het NIP wordt dit in twee artikelen omschreven. Ten eerste in het artikel 98: 'Noodzaak van kritische bezinning. Psychologen denken kritisch na over hun beroepsmatig handelen en over de persoonlijke waarden en motieven die bij dat handelen een rol spelen. Zij stellen hun beroepsmatig handelen met enige regelmaat aan de orde in (inter)collegiaal overleg, zoals bijvoorbeeld intervisie. Zij volgen de ethische discussie binnen hun beroepsgroep.' Ten tweede in het Artikel 99: 'Kennis van wettelijke bepalingen. Psychologen stellen zich op de hoogte van de wettelijke bepalingen die in hun werkveld van toepassing zijn en handelen ernaar.' (Soudijn, 2015, p. 246).

Niet alleen de NIP omschrijft ethische reflectie als een belangrijk aspect van professionaliteit, men vindt ethische reflectie ook terug in de zogenaamde CanMEDS rollen of competenties, met name in de competentie professionaliteit.

Professionaliteit is geen automatisch gegeven met het behoren tot een bepaalde beroepsgroep. Professionaliteit moet gezien, getoond en ontwikkeld worden, ook als het gaat om ethische reflectie. Want de groepsbehandelaar wordt geacht gericht te zijn op het goede voor de groepsleden en antwoord te kunnen geven op de centrale vraag: wat is de goede zorg voor *déze* zorgvrager in *déze* situatie? (Van Dartel, De Witte, 2014). Dat mag een vakinhoudelijke vraag zijn, het is ook een morele vraag. Twee aspecten zijn daarbij te onderscheiden: het gaat zowel om de keuzes die steeds weer gemaakt moeten worden, als om de afwegingen die tot die keuzes leiden. Elke behandelaar, dus ook een groepsbehandelaar, heeft daarbij een professionele verantwoordelijkheid. Van Dartel en de Witte (2014, pp. 43-44) onderscheiden functionele, beroepsmatige én persoonlijke verantwoordelijkheid. Het eerste slaat op de rol die men heeft als medewerker en teamlid in een organisatie met waarden, rechten en plichten, kwaliteitseisen en productienormen. De beroepsmatige verantwoordelijkheid is verbonden aan de eigen beroepsgroep of -vereniging met zijn eigen waarden en normen, wetenschappelijke kennis en kunde, kwaliteitseisen en opvattingen over opleiden en bij- en nascholing. Naast de functionele en beroepsmatige verantwoordelijkheid heeft de behandelaar ook een persoonlijke verantwoordelijkheid. Men is als professional ook een persoon, met een eigen levensvisie en kijkt op de mens die met een hulpvraag een moreel appel op hem doet, en met een eigen interpretatie van zijn professionele rol. In het licht van deze benadering van professionaliteit is ethische of morele reflectie onontbeerlijk, niet alleen reflectie tijdens het (be)handelen, maar ook reflectie over het (be)handelen, hetgeen niet alleen achteraf maar ook vooraf kan plaatsvinden (Van Dartel, De Witte, 2014, p. 46-47).

13.2.4 Plichten deugden en de attitude van de groepsbehandelaar

Bij het vormgeven van een groepsbehandeling gaat het niet alleen om wat goed is om te doen, maar vooral ook om degene die goed doet, diens drijfveren en motieven. Anders gezegd: het gaat om het verschil tussen plicht en deugd. De deugdenethiek heeft de laatste tijd (meer) aandacht gekregen in publicaties over ggz-professionals (Radden, Sadler, 2010; Gabbard, Roberts, Crisp-Han, Ball, Hobday, Rachal, 2012). In de inleiding (13.1) verwoordden we al een aantal deugden die de groepssituatie typeert: solidair en waarachtig willen zijn.

In deze paragraaf gaan we nader in op de vraag over welke eigenschappen of deugden de groepsbehandelaar moet beschikken om ethisch te kunnen handelen (morele competentie).

Het is niet ongebruikelijk om een aantal basisdeugden te onderscheiden, die niet tot elkaar te herleiden zijn. In de Griekse filosofie kende men er vier, de christelijke traditie kent er zeven, en Schopenhauer hield het op twee: welwillendheid (mensenliefde) en rechtvaardigheid.

Afgezien van de technische kant ervan drukt de basisattitude van de groepsbehandelaar (empathie, congruentie en onvoorwaardelijke acceptatie) bepaalde waarden uit. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor het aspect transparantie dat Yalom (2005) noemt, en voor de eigenschappen die Billow noemt (2010a, 2010b): diplomatie, integriteit, oprechtheid en authenticiteit. Deze eigenschappen drukken waarden uit als streven naar innerlijke vrijheid, of naar waarheid. Andere waarden zijn bijvoorbeeld: waarheid en liefde (Van Kalmthout, 2005) of liefde voor zichzelf en de ander (Waring, 2012).

De behandelaar heeft te maken met (verhevigde) afhankelijkheid, en ook met het verlangen naar iemand die het weet. Dat vraagt om voorzichtigheid in het hanteren van de rol als behandelaar, bijvoorbeeld in wat men als groepsleider inbrengt aan informatie over de groepsbehandeling en over zichzelf.

13.2.5 Plichten, deugden en de organisatie van groepsbehandeling Waarden en normen komen niet alleen tot uiting in de basishouding van de groepsbehandelaar, zoals hierboven omschreven, maar ook in alle facetten van de organisatie van groepsbehandelingen. Ze spelen een rol bij de opzet van een groep en bij de regels en afspraken die we maken met de groep.

In de Nederlandse praktijk zijn we vertrouwd met het format van de taak- en processtructuur van de groep. Aan de hand daarvan zetten we een groepsbehandeling op en evalueren we het functioneren van de groep (De Haas, 2013). Wanneer is er hierbij nu sprake van een ethische vraag of een dilemma? We geven een aantal suggesties. Wanneer we uitgaan van de waarde of het hogere doel van een groepsbehandeling, zoals bijvoorbeeld innerlijke vrijheid (Yalom), waarheid (Billow), waarheid en liefde (Van Kalmthout), liefde voor zichzelf en de ander (Waring), weldoen en niet schaden (AGPA), dan heeft dit hogere doel betekenis voor de aanpak van het probleem waarvoor hulp gezocht wordt (de doelgroep), en ook voor de gewenste uitkomst (het doel van de groep). Ook hebben deze waarden betekenis voor de samenwerking tussen groepsbehandelaar en het groepslid met het oog op dat doel (de werkwijze, de taak en de vormgeving), en voor de normen die de groep in verschillende fasen van haar ontwikkeling vormt waar de individuele leden weer van kunnen afwijken (Foulkes, in Schlapobersky, 2016, p. 455). De inspanningen van de

groepsbehandelaar, het groepslid en de groep worden in dat licht geëvalueerd (aldus Waring, 2012). Vragen en dilemma's worden ethisch als ze de kernwaarden van de zorg betreffen: (on)vrijheid, en/of (on)waarheid, en/of (gebrek aan) liefde voor zichzelf en/of de ander. Deze kernwaarden suggereren de richting van de gewenste verandering. Ze dringen aan op inzicht, gedragsverandering, emotieregulatie, zelfwaardering. Groepsleden zoeken meer dan alleen symptoom- of probleemverlichting. Ze zoeken hulp omdat hun leven in het licht van meer of minder bewuste doelen geen voldoening geeft.

Regels en afspraken in groepsbehandeling staan niet op zich zelf, en hebben niet alleen een technische achtergrond. Naast voortkomend uit efficiëntie dienen ze een achterliggende waarde. Regels en afspraken komen voort uit bovenstaande morele of ethische waarden. Zonder de achterliggende waarde hangt een regel in de lucht, zoals dat ook geldt voor de gebruikte behandeltechnieken, en de gehele inrichting en organisatie van de groepsbehandeling.

13.3 De praktijk

Zoals uit het voorgaande blijkt is ethische beroepsuitoefening of de morele competentie niet alleen een zaak van kennis van wet- en regelgeving, beroepscodes en richtlijnen, maar spelen ook persoonlijkheidskenmerken van de groepsbehandelaar een kritische rol. Groeiend bewustzijn van ethische dilemma's bevordert de morele competentie, en daarmee het oplossen van ethische dilemma's. Deze vaardigheid is zo belangrijk dat zij om dagelijks onderhoud vraagt. *'Professional ethics are not like one's best clothes--brought out only for special occasions.'* (Brabender, 2007, p. 44). De groepsbehandelaar organiseert zijn werk zo dat er structureel aandacht is voor ethische dilemma's. De voor de hand liggende elementen zijn dossiervoering, intervisie en deskundigheidsbevordering. Zo zou men bij het vaststellen van de taak- en processtructuur van een groep kunnen reflecteren over de waarden die men voor ogen heeft en die aan de typering van de groep kunnen toevoegen (De Haas, 2013, p. 39).

13.3.1 Het moreel beraad

Ethische reflectie kan op allerlei manieren in praktijk worden gebracht. In de gezondheidszorg wordt op veel plaatsen gebruik gemaakt van het zogenaamde morele beraad, als specifieke vorm van intervisie. Moreel beraad is een methodische gespreksvoering over een morele vraag aan de hand van een concrete ervaring onder leiding van een opgeleide gespreksleider. Dat morele beraad is zo ingericht dat het in feite een dialoog is over ons eigen denken over morele vraagstukken. Dat kunnen filosofische (wat is respect?), normatieve (wat is goed om te doen?), of existentiële vragen (welke deugd heb ik hierin nodig?) zijn (Molewijk, 2014, p. 23-25). In de praktijk worden verschillende vormen van een moreel beraad gehanteerd waarvan de dilemmamethode wellicht de bekendste is. Deze methode bestaat uit de volgende stappen: na een introductie volgt de formulering van een moreel dilemma op basis van een actuele casus. Vervolgens stellen de deelnemers verhelderingsvragen en worden de normen en waarden vanuit verschillende perspectieven

geïnterpreteerd. Na het verkennen van alternatieven maakt iedere deelnemer een individuele afweging. Na de verkenning van de overeenkomsten en de verschillen worden er conclusies getrokken en acties geformuleerd.

Het morele beraad wordt vormgegeven in teamverband of in een trainingsgroep met als doel het versterken van de morele competentie. Idealiter maakt het moreel beraad een vast onderdeel uit van de overlegstructuur van een behandelteam.

13.4 Samenvatting

- Er is in de praktijk in de geestelijke gezondheidszorg (nog steeds) geen sprake van systematische en structurele reflectie op ethische aspecten van het professioneel handelen.
- Ethische reflectie hoort bij professionaliteit zoals we uit beroepscode en het competentieprofiel van professionals in de gezondheidszorg hebben begrepen.
- Er zijn vier kernwaarden, die in allerlei variaties in binnen- en buitenland in wet- en regelgeving en beroepscode telkens weer verwoord worden: verantwoordelijkheid, integriteit, respect en deskundigheid.
- De praktijk van de hulpverlening is een morele praktijk, waarin de professional vorm en inhoud geeft aan de eigen professionele rol vanuit de professie zelf en evenzeer vanuit de eigen levensvisie en morele waarden.
- Waarden en normen komen tot uiting in alle facetten van de organisatie van groepsbehandelingen. Ze spelen een rol bij de opzet van een groep en bij de regels en afspraken die we maken met de groep.
- Idealiter maakt het moreel beraad een vast onderdeel uit van de overlegstructuur van een behandelteam.

13.5 Aanbevolen literatuur

Association for Specialists in Group Work:

https://static1.squarespace.com/static/55cea634e4b083e448c3dd50/t/55d3f792e4b08c827e15cb79/1439954834126/ASGW_Best_Practices.pdf.

Dartel, H. van, Molewijk, B. (red.). *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

NVGP Beroepscode. <https://www.groepspsychotherapie.nl/vereniging/beroepscode-en-lidmaatschap.html>

Soudijn, K. (2015). *Ethische codes voor psychologen. Derde editie*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Thunnissen, M., de Graaf, A. (red.). *Leerboek transactionele analyse*. Hoofdstuk 9 Ethiek. Utrecht. De Tijdstroom.

13.6 Geraadpleegde literatuur

American Group Psychotherapy Association (2007). *Practice Guidelines for Group Psychotherapy*. <http://www.agpa.org/home/practice-resources/practice-guidelines-for-group-psychotherapy>.

Association for Specialists in Group Work (2008). Best Practice Guidelines 2007 revisions. *The Journal for Specialists in Group work*, 33 (2), 111-117.

Berk, T.J.C. (2005). *Leerboek groepspsychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Billow, R.M. (2010a). Modes of Therapeutic Engagement. Part I: Diplomacy and Integrity. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60 (1), 1-28.

Billow, R.M. (2010b). Models of Therapeutic Engagement. Part II: Sincerity and Authenticity. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60 (1), 29-58.

Brabender, V. (2006). The Ethical Group Psychotherapist. *International Journal of Group Psychotherapy*, 56 (4), 395-414.

Brabender, V. (2007). The Ethical Group Psychotherapist: A Coda. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57 (1), 41-47.

Dalal, F. (2014). Ethics versus Compliance. The Institution, Ethical Psychotherapy Practice, (and Me). *Group Analysis*, 47 (1), 62-81.

Dartel, H. van, Witte, J. de (2014). Professionele verantwoordelijkheid en ethische reflectie. In H. van Dartel, B. Molewijk (red.), *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk* (pp. 36-49). Amsterdam: Uitgeverij Boom.

European Federation of Psychologists' Associations (2005). *Meta-Code of Ethics*. Accepted 1995, Revised 2005. <http://ethics.efpa.eu/meta-code/>.

Gabbard, G.O., Roberts, L.W., Crisp-Han, H., Ball, V., Hobday, G., Rachal, F. (2012). *Professionalism in Psychiatry*. Arlington: American Psychiatric Publishing (een Nederlandse vertaling verscheen in 2012 bij De Tijdstroom).

Glas, G. (2012). Filosofie van de psychiatrie. In P.J. Verhagen, H.J.G.M. van Megen (red.), *Handboek psychiatrie, religie en spiritualiteit* (pp. 63-74). Utrecht: De Tijdstroom.

Haas, H. de (2013). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Amsterdam: uitgeverij Boom Nelissen.

Institute for Group Analysis (2014). *Codes of ethics and Professional Conduct*. http://www.groupanalysis.org/Portals/0/IGA_Codes_of_Ethics_and_Professional_Conduct_2014.pdf.

Kalmthout, M. van (2005). *Psychotherapie en de zin van het bestaan*. Utrecht: De Tijdstroom.

Landelijke Vereniging voor Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (z.j.). *Kwaliteitscriteria voor de vrijgevestigde praktijk*. Utrecht: LVVP. https://www.lvvp.info/redactie/ckeditor422/plugins/doksoft_uploader/userfiles/files/Kwaliteitscriteria.pdf

Molewijk, B. (2014). Moreel beraad. Waarom, waaruit en waartoe? In H. van Dartel, B. Molewijk (red.), *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk* (pp. 21-35). Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2010). *Beroepscode voor psychiaters*. Utrecht: NVvP. <https://www.nvvp.net/stream/beroepscode-voor-psychiaters-mei-2010>.

Nobel, L. de, Berkvens, E.D., Buitenhuis, M.L., Dalewijk, H.J., Geertjes, L.J.J.M. (2018). *Beroepscode voor psychotherapeuten*. Utrecht: NVP. <https://www.psychotherapie.nl/het-beroep-psychotherapeut/beroepscode>.

Radden, J., Sadler, J.Z. (2010). *The Virtuous Psychiatrist. Character Ethics in Psychiatric Practice*. Oxford: Oxford University Press.

Schlapobersky, J.R. (2016). *From the Couch to the Circle. Group-Analytic psychotherapy in Practice*. London: Routledge.

Schoot, T. van der, Buitenhuis, M. (2013). Juridische en ethische aspecten van de beroepsuitoefening van de psychotherapeut. In S. Colijn, H. Snijders, M. Thunnissen, S. Bögels, W. Trijsbrug (2013), *Leerboek Psychotherapie* (pp. 895-905). Utrecht: de Tijdstroom.

Soudijn, K. (2015). *Ethische codes voor psychologen. Derde editie*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Thunnissen, M., de Graaf, A. (red.). *Leerboek transactionele analyse*. Utrecht. De Tijdstroom.

Vandermeersch, P. (2011). De inbreng van de psychoanalyse in de ethiek. In J. Dirkx, M. Hebbrecht, dr. A.W.M, Mooij, dr. R. Vermote (red.), *Handboek psychodynamiek. Een verdiepende kijk op psychiatrie en psychotherapie* (pp. 591-598). Utrecht: De Tijdstroom.

Waring, D.R. (2012). The Virtuous Patient: Psychotherapy and the Cultivation of Character. *Philosophy, Psychiatry, Psychology*, 19 (1), 25-35.

Yalom, I.D., Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy. 5th Edition*. New York: Basic Books.

Hoofdstuk 14: Uitkomstmeting en monitoring van groepsbehandeling.

Anton Hafkenscheid

14.1 Inleiding

Aan uitkomstmeting en monitoring valt voor professionele aanbieders van groepen niet langer te ontkomen, omdat bij professionele groepen sprake is van betaalde dienstverlening. In een tijd van almaar stijgende zorgkosten verwachten betalende instanties (zorgverzekeraars, overheidsinstellingen) dat elke professionele hulpverlener bereid is verantwoording af te leggen over het proces, de effectiviteit en de doelmatigheid van de geboden zorg, en dat geldt net zo goed voor de professionele aanbieder van groepsinterventies. De aspecten van uitkomstmeting en monitoring die in dit hoofdstuk worden besproken richten zich in eerste instantie op professionele groepen, maar zijn voor een belangrijk deel evenzeer bruikbaar voor (en van toepassing op) groepen binnen het leken- en vrijwilligerscircuit, waar groepsbehandelaren (en eventueel groepsleden zelf) groepsprocessen en groepsresultaten meer systematisch willen volgen.

Dit hoofdstuk begint met een uitleg van wat uitkomstmeting en monitoren in het algemeen behelzen. Daarna wordt ingegaan op de specifieke kenmerken van het monitoren van groepsprocessen. Omdat groepsinterventies zoveel uiteenlopende vormen kennen zijn er geen algemene uitspraken mogelijk over hoe uitkomstmeting en monitoren er concreet uit moeten komen zien. Wel kan worden aangegeven voor welke afwegingen en valkuilen groepsbehandelaren komen te staan, wanneer zij overwegen (of in bepaalde sectoren: verplicht zijn) om uitkomstmeting of een monitorsysteem op te zetten en in te richten. Deze afwegingen en valkuilen worden besproken aan de hand van een viertal vragen.

14.2 Achtergrond

Uitkomstmeting van een groepsaanbod verschilt in beginsel nauwelijks van uitkomstmeting bij een individueel behandelaanbod. Wanneer hulpvragers groepsinterventies krijgen aangeboden van de hulpverleningsorganisatie waar zij aankloppen behoort dat niet vanuit opportunistische of ideologische motieven van de groepsbehandelaren te gebeuren, maar vanuit de verwachting dat deze vorm van hulpverlening effectiever of doelmatiger zal zijn dan een individueel (of systemisch) hulpaanbod. Zowel groepsbehandeling als een individueel hulpaanbod zijn slechts voertuigen om een bepaalde bestemming te bereiken. De verschillen tussen metingen bij een individueel versus groepsgewijs behandelaanbod zitten dus niet zozeer in het meten van de uitkomsten, maar vooral in het systematisch volgen (monitoren) van het proces van behandeling. Dit theoretisch heldere onderscheid is in de praktijk overigens bepaald niet altijd eenvoudig te maken. Proces en uitkomst vloeien deels in elkaar over. Wanneer bijvoorbeeld een sociaal angstig groepslid zich binnen het zich

ontwikkende groepsproces assertiever naar medegroepsleden en groepsbehandelaar durft op te stellen zal dit procesresultaat mogelijk (en hopelijk) generaliseren naar de plaats waar het uiteindelijk om te doen is: haar of zijn eigen leefwereld.

De meeste groepsbehandelaren, ook binnen het professionele circuit, zijn weinig bekend met uitkomstmeting en monitoring. Terecht ligt voor hen de prioriteit bij de behandeling en begeleiding van groepsleden, en niet bij cijfers en getallen. Toch zijn zij er bij gebaat om iets van de achtergronden en werkwijze van uitkomstmeting en monitoring te weten. Het meten van uitkomsten en het monitoren van processen lijken op het eerste gezicht recht-toe-rechtaan activiteiten. Bij nadere beschouwing vragen deze activiteiten echter om complexe keuzes en afwegingen, en het is lang niet altijd duidelijk wat de getallen die er het resultaat van zijn precies te betekenen hebben.

14.2.1 Uitkomstmeting en monitoring: wat is het?

Zowel uitkomstmeting als monitoring berusten op herhaalde meting van een toestand binnen de periode dat de groepsinterventie wordt aangeboden. Die toestand kan bijvoorbeeld de mate van negatieve stemming (of juist van hoop) van elk afzonderlijk groepslid op het betreffende meetmoment betreffen. Ook kan het gaan om een toestand op groepsniveau, bijvoorbeeld de mate van groepscohesie op het betreffende meetmoment. Dat meten gebeurt met een of meer uitkomstmaten of monitorinstrumenten. De uitkomstmaat kan tegelijkertijd monitorinstrument zijn, en daarom worden beide termen hier verder gewoon door elkaar gebruikt. Het belangrijkste verschil tussen uitkomstmeting en monitoring is de frequentie en eventueel de momenten waarop gemeten wordt. Uitkomstmeting vindt meestal slechts plaats bij de start en aan het eind van het groepsaanbod, eventueel met een enkele tussentijdse meting en/of een follow-up ruim nadat de groepsinterventie is beëindigd. Monitoring is een hoogfrequente activiteit, die kan oplopen tot metingen voor, tijdens of na elke groepsbijeenkomst. Een tweede verschil tussen uitkomstmeting en monitoring is dat monitoring zowel bedoeld kan zijn om het proces als de uitkomst van groepshulpverlening te meten.

Een uitkomstmaat of monitorinstrument bestaat uit een set meerkeuzevragen, die meestal betrekking hebben op de klachten en problemen, waarvoor mensen groepshulpverlening hebben gezocht. De antwoordalternatieven representeren de mate waarin respondenten last hebben van de klachten of problemen die met het monitorinstrument worden geïnterviewd. Sommige monitorinstrumenten inventariseren niet de ernst, maar de frequentie of de duur waarmee de klachten of problemen zich voordoen. De meerkeuzevragen kunnen ook ten doel hebben om de aard, kwaliteit of de ontwikkeling van het groepsproces te evalueren. Door het gemiddelde te berekenen van de scores van alle groepsleden per meetmoment (aggregeren) kan op groepsniveau de ontwikkeling van bijvoorbeeld de groepscohesie in de verschillende fasen van het groepsproces tijdens de looptijd van de groep worden geschat. Uitkomstmaten en monitorinstrumenten zijn veelal

zelfbeoordelingsschalen: de cliënt of de patiënt vult het instrument zelf in, op basis van introspectie. Er zijn echter ook monitorinstrumenten ontwikkeld, die door de groepsbehandelaren worden ingevuld.

In de regel worden de antwoorden op afzonderlijke meerkeuzevragen opgeteld tot totaalscores. Om aan die totaalscores betekenis te kunnen verlenen moeten ze ergens mee worden vergeleken. Globaal gezien zijn er twee soorten vergelijkingen mogelijk. De eerste vergelijking is die met een *externe* norm: te weten de gemiddelde totaalscore voor een grote steekproef van mensen die het monitorinstrument ook hebben ingevuld, *de normgroep* genaamd. De tweede vergelijking is die met een *interne* norm: de vergelijking *met zichzelf*, door de laatste totaalscore voor een specifieke cliënt af te zetten tegen de totaalscores die bij eerdere metingen door deze cliënt zijn behaald. Bij beide soorten vergelijkingen zijn afwijkingen (van de gemiddelde totaalscore voor de normgroep) of verschillen (tussen de laatste en eerdere metingen) te verwachten. Die afwijkingen of verschillen worden bij voorkeur niet naar eigen believen of goeddunken door de hulpverlener geïnterpreteerd, omdat dit de deur open zou zetten voor willekeur. Scoreafwijkingen of scoreveranderingen worden zo mogelijk onderworpen aan een kansmodel voor toetsende statistiek, waarmee volgens vaste beslissingsregels kan worden bepaald hoe waarschijnlijk of onwaarschijnlijk het is dat de mate van verschil of verandering door toevallige scorefluctuaties kan worden verklaard.

14.2.2 Monitoren van groepsprocessen

Zoals gezegd onderscheidt monitoren van individuele hulpverlening zich met name op procesniveau ten opzichte van groepsinterventies. De belangrijkste procesvariabele in behandelgroepen is de groepscohesie. Een van de meest recente (Amerikaanse) meta-analyses naar de betekenis van groepscohesie (Burlingame, McClendon & Alonso, 2011) laat

zien dat groepscohesie een robuuste voorspeller is voor de effectiviteit van groepsinterventies, een vaststelling die zowel opgaat voor klachten- en symptoomreductie als voor verbeteringen in interpersoonlijk functioneren. Groepscohesie is een factor van betekenis door de verschillende soorten en maten hulpverleningsgroepen heen en bij uiteenlopende typen aanmeldingsproblematiek. In Nederland werd de *Group Cohesion Questionnaire* (GCQ) ontwikkeld (Van Andel, Erdman, Karsdorp, Appels & Trijsburg, 2003; Trijsburg, Bogaerds, Letiche, Bidzjel & Duivenvoorden, 2004), een zelfrapportagelijst met 23 items, die in de dagelijkse praktijk niet wordt gebruikt en waarvan de psychometrische uitontwikkeling meer dan tien jaar geleden lijkt gestopt.

Wel publiek beschikbaar is de *Group Session Rating Scale* (GSRS). De GSRS is het 'groepsbroertje- en zusje' van de Amerikaanse *Session Rating Scale* (SRS; Nederlandse versie: Hafkenscheid, Duncan & Miller, 2010), een ultrakort en daarmee gemakkelijk te gebruiken instrument voor het monitoren van de kwaliteit van de therapeutische relatie in de een-op-een behandel situatie. Net als de SRS volgt de GSRS de driedeling van elke behandelrelatie: (1) emotionele band, (2) hulpverleningstaken en (3) doelen. De Nederlandse versie van de

GSRS is tot nu toe nooit psychometrisch gevalideerd. In beperkte mate is dat wel het geval voor de Amerikaanse GSRS (Quirk, Miller, Duncan, & Owen, 2012). De Nederlandse GSRS is weergegeven in bijlage 1.

Een meer recente ontwikkeling in Nederland is het onderzoek naar de effectiviteit van specifieke behandelkaders in een groepssetting, zoals SFT-G en MBT-G. Naast methode-specifieke vragenlijsten worden in deze onderzoeken soms ook groepsvragenlijsten gebruikt, zoals de *Group Cohesiveness Scale* (GCS-II), *Working Alliance Inventory* (WAI), de *Group Climate Questionnaire-short form* (GCQ-SF), en de *Group Psychotherapy Intervention Rating Scale* (GPIRS).

14.2.3 Kwantitatief of kwalitatief monitoren?

De meeste monitorinstrumenten hebben het format van gestandaardiseerde vragenlijsten met meerkeuze-antwoordmogelijkheden, die kwantitatief worden gescoord en geïnterpreteerd.

Deze monitorinstrumenten hebben het voordeel dat ze gemakkelijk kunnen worden afgenomen, weinig tijdrovend zijn in de verwerking van de antwoorden, en in de weergave van verkregen totaalscores, zeker wanneer het monitorinstrument digitaal wordt ingevuld. Een van de nadelen van gestandaardiseerde vragenlijsten is een zekere gelijkgeschakeling van het perspectief van waaruit de respondent (groepslid, groepsbehandelaar) de lijst invult. Daarmee hebben kwantitatieve monitorinstrumenten iets oppervlakkigs. Dat kan een reden zijn om, aanvullend of in plaats van deze gestandaardiseerde monitorinstrumenten, een kwalitatief meetinstrument te gebruiken. Kwalitatieve meetinstrumenten zijn semi-gestructureerd oftewel semi-gestandaardiseerd. De vragen liggen vast, maar hebben meestal een open karakter. Elk groepslid kan bijvoorbeeld geheel in eigen woorden formuleren wat de meest recente groepsbijeenkomst haar of hem het meest en het minst heeft opgeleverd. Een belangrijk voordeel van kwalitatieve meetinstrumenten is dus dat de antwoorden per definitie veel meer dan gestandaardiseerde monitorinstrumenten op de uniciteit van het individuele groepslid kunnen aansluiten en zich ook voor meer diepgaande analyses lenen.

Tegenover deze voordelen staan tenminste twee belangrijke nadelen. Het eerste nadeel is dat deze analyses in de regel veel bewerkelijker en tijdrovender, en daarmee financieel kostbaarder, zijn dan de heden ten dage vaak volledig geautomatiseerde en gestandaardiseerde analyses van kwantitatieve monitorgegevens. In het verlengde van dit bezwaar maken kwalitatieve gegevens frequente metingen bij voorbaat onaantrekkelijk of zelfs onmogelijk. Een tweede nadeel is dat kwalitatieve metingen per definitie niet geschikt zijn voor rechtstreekse vergelijkingen tussen opeenvolgende afnames. Immers, anders dan de scores op kwantitatieve meetinstrumenten leent verbale informatie zich inhoudelijk, behoudens formele operaties zoals het tellen van het aantal woorden, niet voor rekenkundige operaties, zoals optellen en aftrekken. Kwalitatieve meetinstrumenten moeten dus eerder gebruikt worden naast -en niet in plaats van- kwantitatieve

monitorinstrumenten. Onder de aanbevolen literatuur wordt verwezen naar McLeod (2017), die diverse kwalitatieve meetinstrumenten bespreekt.

14.2.4 Zelfrapportage of monitoren door derden?

Met uitzondering van enkele sectoren (cliënten met hersenaandoeningen en verstandelijke beperkingen, cliënten met ernstige stoornissen in de realiteitstoetsing en cliënten die gedwongen behandeld worden in de forensische sector) zijn uitkomstmetingen en monitoring in de gezondheidszorg op dit moment uitsluitend gebaseerd op zelfrapportage. Alle troeven worden dus gezet op het subjectieve oordeel van de hulpvrager (cliënt). Het perspectief van de hulpverlener op het proces en de uitkomsten van de geboden hulpverlening wordt geheel buiten beschouwing gelaten. En dat geldt ook voor het perspectief van derden, zoals naastbetrokkenen. De keuze om de hulpvrager de enige stem te geven wordt door wetenschappers vaak verdedigd met het argument dat hulpverleners de neiging hebben om de vooruitgang die hulpvragers boeken te rooskleurig voor te stellen, omdat die voorstelling van zaken ook gunstig afstraalt op de (vermeende) kwaliteit van hun eigen werk, net zoals veel hulpverleners hun persoonlijke effectiviteit bovengemiddeld inschatten ten opzichte van hun collega's.

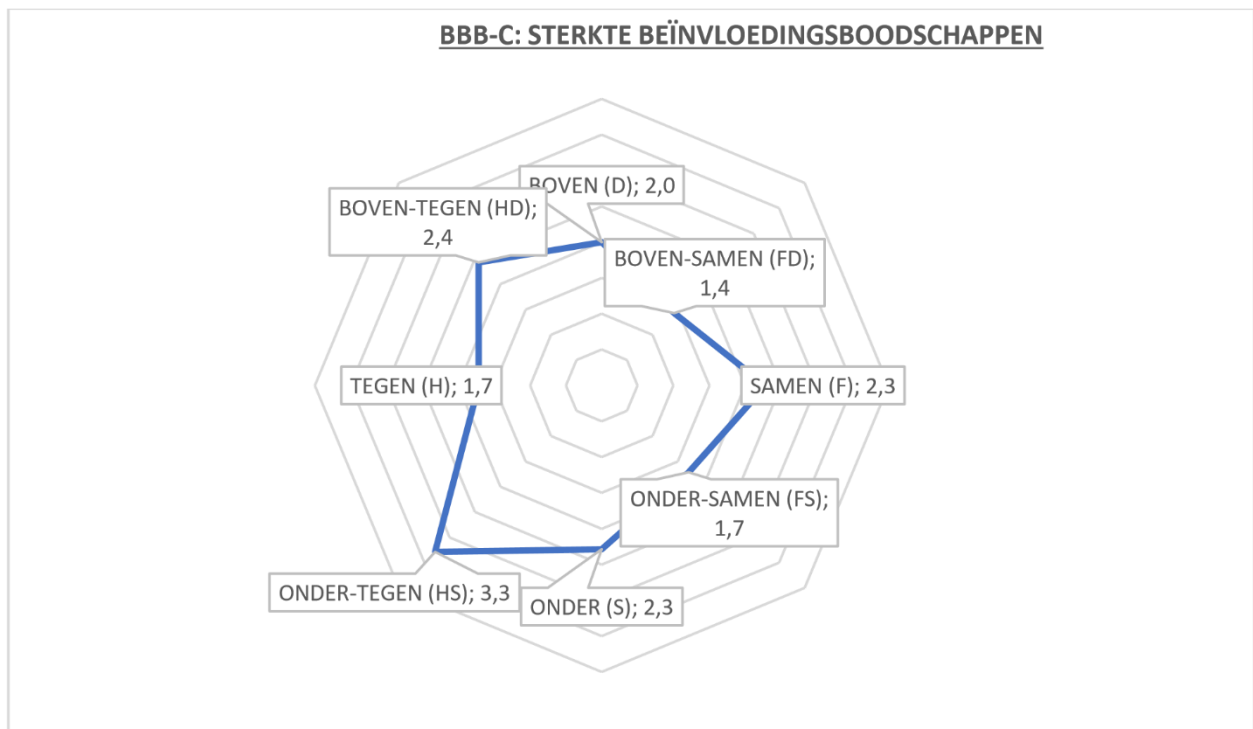
Elk perspectief op het proces of de uitkomst van groepsbehandeling is per definitie subjectief en daarmee feilbaar, ongeacht of het gaat om het perspectief van het groepslid zelf, van de medegroepsleden en groepsbehandelaar(s) die het groepslid binnen de groep mee maken, of om het perspectief van naastbetrokkenen, die met het groepslid samen leven. Dat pleit ervoor om in de uitkomstmeting en monitoring bij een groepsaanbod liefst meerdere perspectieven te betrekken. In de uitkomstmeting kan het perspectief van de naastbetrokkenen problematisch zijn en op ethische problemen stuiten: het komt voor dat groepsleden niet willen dat naastbetrokkenen weten van haar of zijn klachten of problemen, en al helemaal niet van hun deelname aan een groepsaanbod.

Daar staat tegenover dat '360 graden'-beoordelingen binnen de groep wel haalbaar zijn. Medegroepsleden kunnen elkaar niet alleen informeel en kwalitatief, maar ook formeel en kwantitatief (met behulp van een gestandaardiseerd monitorinstrument) onafhankelijk scoren op de aard en de mate van vooruitgang die zij bij elkaar ervaren. Vervolgens kunnen de procesveranderingen en uitkomsten die elk groepslid zelf ervaart (zelfrapportage) worden vergeleken met de observaties die medegroepsleden over haar of hem hebben. Een voorbeeld van een daarvoor geschikt monitorinstrument is de *Impact Message Inventory-Circumplex* (IMI-C; in het Nederlands de *Beoordelingsschaal Beïnvloedingsboodschappen-Circumplex* (BBB-C) geheten; Hafkenscheid, 2012; Hafkenscheid & Kiesler, 2007; Hafkenscheid & Rouckhout, 2013), die zowel een observatorversie (uitgebreid psychometrisch gevalideerd) en een

zelfrapportageversie (nog niet psychometrisch gevalideerd) kent. Leszcz (2014), een van de internationaal meest vooraanstaande onderzoekers op het gebied van de

groepspsychotherapie, baseert zijn model voor de effectiviteit van groepspsychotherapie in belangrijke mate op dit monitorinstrument. In bijlage 2 staan enkele items in de tabel weergegeven. De IMI-C (BBB-C) kan via een Excel-spreadsheet worden ingevuld en de samenvattende scores op de octanten van de interpersoonlijke cirkel vormen direct een profiel op de interpersoonlijke cirkel, de Roos van Leary (zie ook hoofdstuk 5). Een voorbeeld van zo'n profiel is weergegeven in onderstaande figuur:

Figuur 2: voorbeeld scoreprofiel IMI-C (BBB-C)



Bij elke dimensie, hoekpunt in het profiel, staat de hoogte van de behaalde schaalscore vermeld: hoe hoger de score, des te sterker het type beïnvloedingsboodschap door de ander die de BBB-C heeft ingevuld wordt ervaren. De 'Onder-Tegen' (HS)-positie (score: 3,3) wordt in dit voorbeeld door de ander het sterkst ervaren, de 'Boven-Samen' (FD; score: 1,4) het zwakst. De BBB-C is in aanvang vooral ontworpen om reacties van behandelaren in kaart te brengen, maar is ook uitermate geschikt voor een interpersoonlijke casusconceptualisering (McCullough, 2006), waarbij als behandeldoel de antagonist(en) van de 'favoriete' (sterkst gerepresenteerde) interpersoonlijke positie wordt geformuleerd. Voor het groepslid met het profiel uit Figuur 2 is het doel bijvoorbeeld om het groepslid meer vanuit een 'Boven-Samen' (FD) te helpen leren communiceren. Ook de 'Onder-Samen' (FS)-positie en zelfs de pure 'Tegen' (H)-posities mogen wat worden versterkt. Bij een latere hernieuwde afname van de BBB-C kan worden geëvalueerd of en in hoeverre dit doel is behaald.

14.3 De praktijk

14.3.1 Welke monitorinstrumenten?

De Verenigde Staten zijn ook op het gebied van uitkomstmeting en monitoring van groepsinterventies een belangrijk ijkpunt voor West-Europa, en voor Nederland in het bijzonder.

In de Amerikaanse praktijkrichtlijnen voor groepspsychotherapie (*Practice Guidelines for Group*

Psychotherapy), geïnitieerd door de *American Group Psychotherapy Association (AGPA Science to Service Task Force, 2007)*, wordt de CORE-testbatterij aanbevolen als psychometrisch goed gevalideerd monitorinstrument. Snijders (2009) vat kernachtig samen wat de CORE-testbatterij inhoudt:

De toepassing van de CORE-testbatterij helpt groepstherapeuten met periodieke of continue afname van testen om uitkomsten van hun therapie te monitoren en bespreekbaar te maken. Verder is de testbatterij geschikt om procesvariabelen in kaart te brengen die van invloed zijn op de toestand van de patiënt, zoals vooruitgang, verslechtering, geen verandering of breuken in de therapeutische relatie. De CORE-testbatterij omvat drie componenten. Voor de selectie en voorbereiding voorafgaand aan een groep bevat de CORE-testbatterij verschillende hand outs, zoals een overzicht van door onderzoek ondersteunde in- en exclusiecriteria en aanbevelingen die groepsbehandelaren kunnen gebruiken om de voordelen van een groepssetting uit te leggen. Een andere folder legt uit met welke gedragsofstelling en attitude groepsleden het meeste profijt uit een groepsbehandeling kunnen halen. Voor de voorbereidingsfase worden ook enkele vragenlijsten aanbevolen om de verwachting en dergelijke van de patiënten vast te stellen. De tweede sectie bestaat uit verschillende korte vragenlijsten om het groepsproces te meten aan de hand van een vragenlijst die de werkalliantie weergeeft, een die het groepsklimaat reflecteert, een cohesievragenlijst en een lijst van therapeutvariabelen. Het derde deel betreft de effectmeting met de Outcome Questionnaire-45, en aanvullende korte lijsten voor symptomen en klachten en voor interpersoonlijke problematiek. Engelstalige pakketten van de CORE-testbatterij zijn te bestellen via de website van de AGPA. Reacties uit de praktijk geven aan dat de groepstherapeuten de CORE-testbatterij toepassen voor een zorgvuldiger selectie, voor routinematige outcome monitoring en evaluaties op groepsniveau (p. 48-49).

Van de CORE-testbatterij bestaat ook tien jaar later voor zover bekend geen Nederlandse bewerking, en zeker geen psychometrisch gevalideerde versie. Los daarvan maakt dit citaat direct duidelijk dat de CORE-testbatterij, zelfs wanneer die in het Nederlands beschikbaar zou zijn, behoorlijk veel omvattend is. Daarmee is deze testbatterij praktisch weinig werkbaar. Onderhavige Nederlandse richtlijn zoekt de breedte, en is dus niet exclusief opgezet voor groepspsychotherapie voor GGZ-problematiek. Vanwege de grote diversiteit aan groepsinterventies en beoogde groepsleden is het ondoenlijk om specifieke aanbevelingen te doen voor instrumenten die het meest geschikt zijn voor uitkomstmeting en het monitoren van groepsinterventies. Voor geïnteresseerden is het zeer eenvoudig om monitorinstrumenten op te sporen voor het doel dat de groepsbehandelaren ermee hebben. Op de vrij toegankelijke website van het *Tijdschrift voor Psychiatrie* is een speciale link die

toegang biedt tot een hele lijst van zelfrapportagelijsten en observatieschalen, waarvan een groot deel gewoon gratis is te downloaden.

Hierbij doet zich overigens wel een probleem voor. De website biedt een bonte verzameling van de meest uiteenlopende psychologische meetinstrumenten, waarvan in elk geval de psychometrische waarde voor de gemiddelde niet-psycholoog niet goed is te overzien. Psychologische meetinstrumenten zijn eigenlijk het exclusieve domein van de academisch geschoolde psycholoog, die bevoegd en bekwaam is om dergelijke uitkomstmaten en monitorinstrumenten op psychometrische waarde (betrouwbaarheid en validiteitsaspecten) te schatten, ze verantwoord af te nemen en te interpreteren. Het *Nederlands Instituut van Psychologen* (NIP) heeft zelfs een speciale commissie van psychometrische experts, de *Commissie Testaangelegenheden* Nederland (COTAN), die elk nieuw meetinstrument dat hen wordt voorgelegd keurt op psychometrische deugdelijkheid. Het lijkt alsof het NIP de greep op de verspreiding en verantwoording van psychologische meetinstrumenten met de opkomst van het routine monitoren stilaan steeds meer is kwijt geraakt.

Groepsbehandelaren die geen psychologiestudie hebben gevolgd zullen zich daar terecht nauwelijks druk om maken. Maar het gevaar bestaat wel dat deze groepsbehandelaren niet goed kunnen overzien wat de psychometrische beperkingen zijn van de uitkomstmaat of het monitorinstrument dat zij de groepsleden regulier laten invullen. Zolang een monitorinstrument slechts informeel gebruikt wordt als extra communicatiemiddel met de hulpvrager is dat geen probleem.

Dat wordt anders als

groepsbehandelaren ambities hebben om de uitkomstmaat of het

monitorinstrument op een meer formele manier voor evaluatiedoeleinden te gebruiken. In dat geval wordt hen aangeraden om een afgestudeerd psycholoog op het gebied van testdiagnostiek of evaluatiemeting te raadplegen, wanneer zij overwegen een bepaalde uitkomstmaat of bepaald monitorinstrument met dat doel in gebruik te gaan nemen.

14.3.2 Keuze van een monitorinstrument

Het terrein van uitkomstmeting en monitoring is dermate veel omvattend, dat de bespreking ervan onvermijdelijk selectief moet zijn. In dit hoofdstuk is geprobeerd om groepsbehandelaren op een niet al te technische manier zodanig vertrouwd te maken met de kernpunten van uitkomstmeting en monitoring, dat zij voldoende zijn toegerust om eigenhandig afgewogen keuzes te maken wanneer zij een of meer uitkomstmaten of monitorinstrumenten willen gaan gebruiken. Bij de overweging van een uitkomstmaat of monitorinstrument wordt aanbevolen dat groepsbehandelaren de volgende vier vragen altijd zorgvuldig voor zichzelf beantwoorden:

- Wat willen we precies weten? Klachtenverandering, ontwikkeling groepscohesie etcetera?
- Waarom willen het weten? Wat maakt herhaalde afname van het monitorinstrument van belang?

- Hoe (met welk monitorinstrument, vanuit welk perspectief, etcetera) willen we er achter komen?
- Waartoe willen we het weten? Welke consequenties verbinden we aan de cijfers die we vinden?

Zorgvuldige beantwoording van deze vragen is een soort verantwoording van groepsbehandelaren naar zichzelf. Het voorkomt de teleurstelling die inherent is aan overhaast en in-het-wilde-weg meten, die meestal voortkomt uit een te grote gretigheid om iets nieuws te doen of uit paniek voor de oprukkende afrekencultuur binnen organisaties. Teveel willen meten kan bovendien een onnodige belasting met mogelijk negatieve bij-effecten voor de deelnemers met zich meebrengen.

Uiteraard zijn de test-technische (psychometrische) kwaliteiten (betrouwbaarheid, validiteitsaspecten) bij de overweging van een monitorinstrument of uitkomstmaat altijd van belang, maar de inhoudelijke overwegingen dienen in eerste instantie te prevaleren boven de bekendheid en reputatie van instrumenten vanwege psychometrische publicaties in internationale vaktijdschriften. Het doel dat het monitorinstrument moet dienen bepaalt het belang dat gehecht moet worden aan de psychometrische status ervan: als implementatie van het monitorinstrument slechts bedoeld is als extra therapeutisch communicatiemiddel in het directe contact met de groepsleden is dat belang minder groot dan wanneer het monitorinstrument moet dienen om groepsinterventies als doelmatig en effectief naar betalende instanties te verantwoorden. In beide gevallen gaat het om kwaliteitsverhoging, maar dat begrip krijgt in het eerste geval een principiële andere invulling dan in het tweede. Wanneer de keuze in het eerste geval valt op monitorinstrument dat inhoudelijk het best aansluit na beantwoording van de bovengenoemde vier vragen, maar psychometrisch minder goed is gevalideerd, is overigens aan te bevelen om samenwerking te zoeken met een universitaire vakgroep of ander onderzoeksinstituut. Zo kan alsnog worden uitgezocht of het gekozen monitorinstrument de psychometrische toets van geschiktheid kan doorstaan.

14.4 Samenvatting

- In een tijd van stijgende zorgkosten verwachten betalende instanties dat professionele hulpverleners bereid zijn verantwoording af te leggen over het proces, de effectiviteit en de doelmatigheid van de geboden zorg, en dat geldt ook voor de professionele aanbieder van groepsinterventies.
- De verschillen tussen metingen bij een individueel versus groepsgewijs behandelaanbod zitten niet zozeer in het meten van de uitkomsten, maar vooral in het systematisch volgen (monitoren) van het proces van behandeling.
- De belangrijkste procesvariabele in behandelgroepen is de groepscohesie.
- Kwantitatieve monitorinstrumenten hebben het voordeel dat ze gemakkelijk kunnen worden afgenomen en weinig tijdrovend zijn.
- Een van de nadelen van gestandaardiseerde vragenlijsten is een zekere gelijkschakeling van het perspectief van waaruit de respondent de lijst invult. Dat kan een reden zijn om, een kwalitatief meetinstrument te gebruiken.
- In tegenstelling tot individuele behandeltrajecten zijn '360 graden'-beoordelingen binnen de groep wel haalbaar. Medegroepsleden kunnen elkaar informeel en kwalitatief, maar ook formeel en kwantitatief (met behulp van een gestandaardiseerd monitorinstrument) onafhankelijk scoren op de aard en de mate van vooruitgang die zij bij elkaar ervaren.
- In de Amerikaanse praktijkrichtlijnen voor groepspsychotherapie wordt de CORE-testbatterij aanbevolen als een psychometrisch goed gevalideerde set van monitorinstrumenten. Van de CORE-testbatterij bestaat echter geen gevalideerde Nederlandse bewerking.
- Bij de overweging van een uitkomstmaat of monitorinstrument wordt aanbevolen dat groepsbehandelaren de volgende vier vragen voor zichzelf beantwoorden:
 - Wat willen we precies weten?
 - Waarom willen het weten?
 - Hoe willen we er achter komen? Met welk monitorinstrument? Vanuit welk perspectief?
 - Waartoe willen we het weten?

14.5 Aanbevolen literatuur

Algemene Rekenkamer (2017). *Bekostiging van de curatieve geestelijke gezondheid*. Den Haag,: Sdu.
<https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2017/01/26/bekostiging-van-de-curatieve-geestelijke-gezondheid>

Beurs, E. de (2015). *ROM en benchmarken, over meten, weten en wat dan ? Oratie*. Leiden, Universiteit van Leiden.

Hafkenscheid, A. & Os, J. van (2014). Naar een deugdelijke ROM. *MGV*, 69 (1), 20-28.

Hafkenscheid, A. & Os, J. van (2014). ROM van geïndividualiseerde behandeldoelen. *PsychoPraktijk*, 6 (1), 29-32.

Hafkenscheid, A. & Os, J. van (2018). Twee misvattingen over ROM. *De Psycholoog*, 53 (1), 34-44.

Kremer, J. (2018). Kwaliteit is niet objectief en makkelijk meetbaar. *Zorgvisie*, digitale uitgave van Bohn Stafleu Van Loghum. <https://www.zorgvisie.nl/jan-kremer-kwaliteit-niet-meetbaar/>

14.6 Literatuur

AGPA Science to Service Task Force (2007). *Practice Guidelines for Group Psychotherapy*. New York: American Group Psychotherapy Association (AGPA).

Andel, P. van, Erdman, R.A.M., Karsdorp, P.A., Appels, A. & Trijsburg, R.W. (2003). Group cohesion and working alliance: prediction of treatment outcome in cardiac patients receiving cognitive behavioral group psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72 (3) 141-149.

Burlingame, G.M., McClendon, D.T., & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. In J.

Norcross (2011). *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness* (p. 110-131). New York: Oxford University Press.

Burlingame, G.M., Strauss, B., & Joyce, A. (2013). Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. In M. J. Lambert (ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (p. 640-689). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.

Hafkenscheid, A. (2012). Assessing 'objective' countertransference with a computer-delivered Impact Message Inventory (IMI-C). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19 (1), 37-45.

Hafkenscheid, A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (2010). The Outcome and Session Rating Scales: a cross-cultural examination of the psychometric properties of the Dutch translation. *Journal of Brief Therapy*, 7 (1), 1-12.

Hafkenscheid, A. & Kiesler, D. (2007). Assessing *objective* countertransference: a comparison of two different statistical procedures in three different samples. *Psychotherapy Research*, 17 (4), 393-403.

Hafkenscheid, A. & Van Os, J. (2016). Wat ieder die betrokken is bij ROM zich over de metingen moet realiseren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58 (5), 388-396.

Hafkenscheid, A. & Rouckhout, D. (2013). The Impact Message Inventory (IMI-C): A replication study of its circumplex structure in a Dutch sample. *Journal of Personality Assessment*, 95 (4), 417-422.

Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy* 15 (4), 336-352.

Jacobson & Truax (1991). Clinical Significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), 12-19.

Leszcz, M. (2014). *The effective group psychotherapist*. Lezing op uitnodiging van de Nederlandse Vereniging voor Groepsdynamica en Groepspsychotherapie (NVGP), 8 november 2013. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 9 (2), 9-20.

McCullough, J.P. (2006). *Treating chronic depression with disciplined personal involvement: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. New York: Springer.

McLeod, J. (2017). Qualitative methods for Routine Outcome Measurement. In T. Rousmaniere, R.K. Goodyear, S.T. Miller & B. Wampold (eds). *The cycle of excellence: using deliberate practice to improve supervision and training* (p. 99-122). Hoboken, NJ: Wiley Blackwell.

Quirk, K. Miller, S. , Duncan, B., & Owen, J. (2012). Group Session Rating Scale: Preliminary psychometrics in substance abuse group interventions. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1, 1-7.

Snijders, H. (2009). Een blik over de grenzen Commentaar op de AGPA-praktijkrichtlijnen en aanbevelingen voor onderzoek naar groepstherapie. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 5, 3, 46-51.

Trijsburg, R.W., Bogaerds, H., Letiche, M., Bidzjel, L. & Duivenvoorden, H.J. (2004). *De ontwikkeling van de Group Cohesion Questionnaire (GCQ)*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Verhaeghe, P. (2012). *Identiteit*. Amsterdam: De Bezige Bij.

Wampold (2017). What should we practice?: a contextual model for how psychotherapy works. In T. Rousmaniere, R.K. Goodyear, S.T. Miller & B. Wampold (eds.). *The cycle of excellence: using deliberate practice to improve supervision and training* (p. 49-66). Hoboken, NJ: Wiley Blackwell

Bijlage 1: Nederlandse versie Group Session Rating Scale (GSRS)

Group Session Rating Scale (GSRS) Nederlandse versie

Naam: _____

Leeftijd: ____ jaar Geslacht: M / V

Datum: ____ (dg) ____ (mnd) 20 ____ (jr) Groepscontact nr. ____

Beoordeel het groepscontact van vandaag door op elke lijn een kruisje te plaatsen bij de beschrijving die het beste weergeeft hoe u de groep hebt ervaren.

Hoe meer u het kruisje naar rechts plaatst, des te positiever is uw gevoel over dit groepscontact. Hoe meer u het kruisje naar links plaatst, des te negatiever is uw gevoel over dit groepscontact.

Relatie/Contact

Ik voelde me *niet* begrepen, gerespecteerd en/of geaccepteerd door de groepsbegeleider(s)/ de groep.

|-----|

Ik voelde me begrepen, gerespecteerd en/of geaccepteerd door de groepsbegeleider(s)/ de groep.

Doelen en Onderwerpen

We hebben *niet* gewerkt aan of gepraat over de dingen waaraan ik wilde werken of waarover ik wilde praten.

|-----|

We hebben gewerkt aan of gepraat over de dingen waaraan ik wilde werken of waarover ik wilde praten.

Aanpak en/of Werkwijze

De benadering van de groepsbegeleider(s)/ de groep sloot *niet* bij me aan.

|-----|

De benadering van de groepsbegeleider(s)/ de groep sloot goed bij me aan.

Over het geheel

Ik miste iets in de groep vandaag - ik voelde me geen deel van de groep.

|-----|

Over het geheel genomen vond ik de groep vandaag in orde - ik voelde me deel van de groep.

Institute for the Study of Therapeutic Change
www.talkingcure.com

© 2007, Scott D. Miller and Barry L. Duncan.

Translation in Dutch: Anton Hafkenscheid (a.hafkenscheid@sinaicentrum.nl),
in collaboration with Arie Kuying, Stefaan Soenen and Arend Veenings.

Bijlage 2: vier voorbeelditems van de Beoordelingsschaal

Beïnvloedingsboodschappen: *Impact Message Inventory* Circumplex-versie (IMI-C)*.

Versie: patiënt is man

Als ik bij hem ben geeft hij mij het gevoel... ¹⁾

Als ik bij hem ben lijkt het alsof... ²⁾

...door hem gecommandeerd te worden. ¹⁾

...hij vindt dat iedereen haar of zijn eigen boontjes maar moet doppen. ²⁾

...dat ik door hem op afstand wordt gehouden. ¹⁾

...hij bij iedereen charmant wil overkomen. ²⁾

Scoring: 1 = helemaal niet van toepassing; 2 = een beetje van toepassing; 3 = nogal van toepassing; 4 = sterk van toepassing.

*Geautoriseerde Nederlandse versie, met schriftelijke toestemming van Donald J. Kiesler, 15 mei 1999.

Hoofdstuk 15: Het leerproces tot groepsbehandelaar.

Door Annemarie Booij

Iedereen neemt dagelijks deel aan verschillende groepen, zowel stabiele groepen zoals de groep van collega's op het werk, als vluchtige groepen zoals een rij wachtende voor een kassa. Mensen in een groep beïnvloeden elkaar, zowel positief als negatief. Groepsleiders proberen in een groep positieve veranderingen te bewerkstelligen, denk bijvoorbeeld aan een leraar voor de klas. In de gezondheidszorg werken behandelaars met groepen om therapeutische veranderingen bij hun patiënten te bewerkstelligen. Daarvoor moeten ze niet alleen kennis hebben van de individuele klachten of problemen van patiënten, maar ook weten hoe groepen werken en hoe mensen in groepen elkaar beïnvloeden. De invloed van de groep is immers op zichzelf niet therapeutisch. Het is de taak van de groepsbehandelaar om met behulp van kennis over het functioneren van groepen de groep therapeutisch te maken. Voor het leren van groepsbehandeling zijn kennis van groepsdynamica en kunnen hanteren van groepsdynamische processen van essentieel belang. De vraag is hoe deze kennis en kunde het beste geleerd kunnen worden. Helaas bestaat er weinig onderzoek naar de vraag hoe je kunt leren groepsbehandeling te geven. Wel zijn er experts die hun visie gegeven hebben op het leren van groepsbehandeling.

Om het leren van groepsbehandeling nader te omschrijven maken we onderscheid tussen drie aspecten: kennis, vaardigheden en attitude. Welke kennis, vaardigheden en attitude moet de groepsbehandelaar zich minimaal eigen maken? Vervolgens komt aan de orde hoe deze kennis, vaardigheden en attitude worden geleerd. Eerst worden enkele algemene principes van het leren van behandeling besproken, waarna de verschillende onderdelen uit de praktijk van het opleiden in groepsbehandeling, cursus, supervisie, leertherapie, intervisie en bijscholing, aan de orde komen.

15.2 Achtergrond

15.2.1 Kennis van groepsbehandeling

Er bestaan veel verschillende behandelgroepen in de gezondheidszorg. Het doel en daarmee de taak van deze groepen kan sterk verschillen. De taak kan bijvoorbeeld zijn dat groepsleden leren omgaan met restklachten en vermoeidheid na kanker, of dat jongvolwassenen hun autonomie en identiteit ontwikkelen. Dit vraagt van de groepsbehandelaar specifieke deskundigheid op het gebied van de gevolgen van kanker op de lange termijn, of op het gebied van de identiteitsontwikkeling van jongvolwassenen. In alle groepen wordt echter óók deskundigheid gevraagd in het sturen van de zich spontaan ontwikkelende groepsprocessen. Om dit te kunnen doen is kennis nodig van de kernbegrippen waarmee groepsdynamische processen kunnen worden beschreven. Er bestaat in Nederland een zekere consensus onder klinische experts over de basiskennis die een groepsbehandelaar nodig heeft om een groep te kunnen leiden. In de hoofdstukken

twee tot en met twaalf worden deze kennisgebieden behandeld. Kort samengevat is de volgende basiskennis nodig om een groep te kunnen leiden:

- Kennis van het opzetten en beëindigen van een groep (zie hoofdstukken 2, 3 en 7)
- Kennis van werkzame factoren in groepsbehandeling (zie hoofdstuk 4), en van (potentieel) destructieve processen in groepsbehandeling (zie hoofdstuk 9)
- Kennis van de vier belangrijkste processtructuren die zich in een groep ontwikkelen: cohesie, interactie, normen en rollen (zie hoofdstuk 5)
- Kennis van ontwikkelingsfasen in open en gesloten groepen (zie hoofdstuk 6)
- Kennis van verschillende soorten interventies in groepsbehandeling (zie hoofdstuk 8)
- Kennis van het combineren van groepsdynamica met verschillende behandelmethoden (zie hoofdstuk 10 en 11)
- Kennis van co-begeleiding en co-therapie (zie hoofdstuk 12)

Voor aanvullende basiskennis over groepen en groepsdynamica wordt verwezen naar de aanbevolen literatuur.

Naast kennis heeft de groepsbehandelaar vaardigheden nodig om een groep goed te kunnen leiden en moet hij over een passende attitude beschikken.

15.2.2 Leren van vaardigheden van de groepsbehandelaar

In onderstaande zullen de vaardigheden van de groepsbehandelaar op twee manieren worden verduidelijkt: typen van interventies zoals deze uit wetenschappelijk onderzoek naar voren komen, en competenties die wijdverbreid in opleidingen in de gezondheidszorg worden geformuleerd.

15.2.2.1 Typen interventies

Welke vaardigheden moet de groepsbehandelaar leren? In hoofdstuk 8.2.2 zijn de verschillende soorten interventies beschreven, zoals die uit onderzoek (o.a. Burlingame et al., 2002) naar voren komen. Kort samengevat gaat het om bieden van structuur, faciliteren van verbale interactie en scheppen en onderhouden van een therapeutisch emotioneel groepsklimaat.

Voor het leren toepassen van de interventies die behoren tot deze domeinen kan het nuttig zijn het eigen functioneren te objectiveren door gebruik te maken van een van de daartoe beschikbare meetinstrumenten. Deze meetinstrumenten geven de beginnende groepsbehandelaar niet alleen een overzicht van het scala aan interventies dat hem ter beschikking staat, maar helpt ook om te scoren wanneer hij deze gebruikt. Zonder volledig te zijn worden hieronder twee voorbeelden omschreven van meetinstrumenten die van nut kunnen zijn in de dagelijkse praktijk.

In de *Group Psychotherapy Intervention Rating Scale* zijn deze interventie-domeinen uitgewerkt in achtenveertig items met achtenveertig verschillende effectieve interventies (Sternberg en Trijsburg, 2005). Dezelfde drie interventiedomeinen zijn ook gebruikt voor het ontwerpen van een schaal voor het beoordelen van interventies door de therapeuten bij de MBT groepstherapie, de *Mentalization-Based Group Therapy Adherence and Quality Rating*

Scale (MBT-G-AQS, Karterud, 2015). Deze bestaat uit negentien items waarvan de eerste negen gericht zijn op het toepassen van groepsinterventies.

In eerder onderzoek van Lieberman, Yalom & Miles (1973) worden vier soorten functies van de groepsbehandelaar genoemd, waarvan de eerste drie gedeeltelijk overlappen met de door Burlingame en anderen genoemde typen interventies.

1. Executieve (uitvoerende) functies zoals regels, normen, doelen en het stellen van grenzen).
2. Emotionele stimulatie door groepsleden aan te moedigen gevoelens te uiten en te verwoorden.
3. Zorgzaamheid en genegenheid geven door een warme, accepterende en echte houding.
4. Betekenis toekennen aan hetgeen beleefd wordt.

15.2.2.2 Competenties

In de meeste opleidingen binnen de Nederlandse gezondheidszorg zijn de vaardigheden en attitude van de behandelaar uitgewerkt in competenties, die samen een competentieprofiel vormen. Bij BIG beroepen zoals GZ-psychologen wordt vaak de CanMeds systematiek gevolgd die oorspronkelijk is ontwikkeld voor artsen in Canada. Hierbij worden de volgende competentiegebieden gehanteerd: vakinhoudelijk handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit en kwaliteit. Voor andere niet-BIG beroepen in de (G)GZ is een eigen, vakspecifieke systematiek gevolgd bij het opstellen van een competentieprofiel, zoals bij de agogische medewerker GGZ, de GGZ-Agoog en de GZ-vaktherapeut. Er is geen wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van competentiegericht opleiden bekend. Een algemeen onderschreven voordeel van competentiegericht opleiden is dat er gemakkelijk overzicht kan worden gehouden over welke competenties de behandelaar in opleiding al beheerst en welke nog moeten worden geleerd. Een bezwaar dat veel genoemd wordt, is dat het accent te veel kan komen te liggen op methodisch technische vaardigheden, waarbij er te weinig aandacht is voor het persoonlijke leerproces (Veeninga, 2009). Een ander probleem bij competentiegericht opleiden is dat het niet eenvoudig is om een competentieprofiel te ontwerpen dat voor iedereen voldoende duidelijkheid biedt, en niet te gedetailleerd of abstract is opgesteld (lezing T. Prinsen, in: Van Reijen, 2016).

Daemen & Van Reijen noemen in hun hoofdstuk over supervisie en groepstherapie in het handboek over supervisie (Beunderman et al., 2016) naast basiscompetenties voor elke behandeling zes competenties die specifiek zijn voor groepsbehandeling:

- Kunnen schakelen tussen groep en individu. Het kunnen in- en uitzoomen van groep naar individu en terug wordt de belangrijkste vaardigheid van de groepsbehandelaar genoemd.
- Ruimte kunnen geven aan de groep als geheel. De groepsbehandelaar leert om terughoudend te zijn en ruimte te geven aan de groep om de curatieve groepsfactoren optimaal te gebruiken.

- De kracht van de groep kunnen benutten. Yalom & Leszcz (2005) vatten het onderzoek samen en benoemen een tiental therapeutische factoren in de groep (zie hoofdstuk 4). Het is belangrijk deze te kennen om potentiële deelnemers aan de groep te motiveren, en om het belang van het leren van elkaar van groepsleden voldoende te simuleren en ondersteunen.
- Met het groepsproces een duidelijke groepstaak ondersteunen. Het is voor de groep belangrijk dat wat er in de groep dient te gebeuren (de taak) net zo helder is als hoe de groep hieraan werkt (het proces).
- In samenwerking met anderen een groep kunnen opzetten en in stand houden. Hierbij gaat het om aanmelding en indicatiestelling voor de groepsbehandeling, maar ook om inbedding van het programma in de organisatie en het creëren van randvoorwaarden (zie hoofdstuk 2).
- Samenwerking met een co-behandelaar en andere teamleden. Hierbij gaat het om een goede samenwerking tussen co-behandelaren zodat ze samen meerwaarde hebben voor de groep. Indien sprake is van een multidisciplinaire behandelopzet, ambulant, in deeltijdbehandeling of in een kliniek, betreft het samenwerking met teamleden van andere disciplines (zie hoofdstukken 11 en 12).

In hun competentieprofiel voor de supervisor groepstherapie doen Daemen & El Boushy (2017) een voorstel voor een meer gedetailleerde beschrijving van zeventien competenties die supervisanten groepstherapie moeten leren. Zij formuleren twee aanvullende competenties die te maken hebben met het hanteren van destructieve groepsdynamiek en stagnaties in de werkrelatie met individuen uit de groep, die mogelijk verband houden met het groepsproces.

Naast het leren toepassen van effectieve interventies is het van belang dat de groepsbehandelaar leert om het type interventies aan te passen aan de ontwikkelingsfase en het spanningsniveau van de groep. Taakgerichte interventies passen vooral bij de beginfasen van de groep, terwijl groepsgerichte en persoonsgerichte interventies pas in latere fasen van de groep aan bod komen (Remmerswaal, 2015). Bij oplopende spanningen in de groep is het van belang om stil te staan bij het groepsproces.

15.2.3 Leren van de attitude van de groepsbehandelaar

In het leerproces tot groepsbehandelaar kunnen ook algemene houdingsaspecten onderscheiden worden. In hoofdstuk 8.3.1 is de basishouding van de groepsbehandelaar al besproken. Deze bestaat uit zorg, acceptatie, echtheid en empathie naar de groepsleden (Yalom & Leszcz 2005).

Daarnaast worden drie algemene aspecten van de houding van de groepsbehandelaar onderscheiden waarin naar gelang de aard en fase van de groep gevarieerd kan worden (Rutan, Stone & Shay, 2014). Dit betreft de dimensies actief versus niet actief, transparant versus niet transparant, gratificerend versus frustrerend. Deze aspecten worden hier nader toegelicht.

Een actieve groepsbehandelaar biedt houvast, veiligheid, maar kan ook het spontane proces in de groep in de weg staan. Omgekeerd stimuleert een terughoudende groepsbehandelaar de interactie in de groep, maar kan dit ook leiden tot frustratie en afhaken van deelnemers.

De optimale mate van activiteit zal steeds afhangen van het type groep en de ontwikkelingsfase van de groep. Zo wordt bij psychotherapiegroepen voor groepsleden met een borderline persoonlijkheidsstoornis vanuit verschillende theoretische modellen een meer actieve houding van de groepsbehandelaar voorgestaan (Farrell & Shaw, 2012; Karterud, 2015).

Een zekere transparantie van de groepsbehandelaar kan helpen om processen in de groep te verduidelijken. De transparante groepsbehandelaar is als het ware een deelnemer aan de groep en geeft openheid over de eigen reacties. De gewenste mate van transparantie hangt sterk af van het type groep dat geleid wordt. In psychodynamische groepen wordt een zekere mate van transparantie vaak gewenst geacht (Billow, 2012; Yalom & Leszcz, 2005). Een derde aspect betreft de dimensie gratificatie en frustratie. Het gaat hier om de mate waarin de groepsleden gesteund en positief bevestigd worden tegenover de mate waarin zij geconfronteerd worden en niet tegemoet wordt gekomen aan hun behoeften. De groepsbehandelaar is met deze reacties model voor de groepsleden, die diens houding vaak zullen overnemen. De mate van gratificatie of frustratie beïnvloedt sterk het spanningsniveau in de groep. Bij te veel gratificatie is het spanningsniveau te laag, waardoor er weinig druk wordt gevoeld tot verandering. Bij een te hoog frustratieniveau blokkeert een te hoog spanningsniveau alle mogelijkheden tot verandering.

Een basaal aspect van de houding van de groepsbehandelaar die bij deze dimensies aansluit, en expliciet beschreven staat bij Farrell & Shaw (2012) is non-verbaal verbinding maken met alle groepsleden. Met name bij het werken met twee groepsbehandelaars wordt beschreven hoe de verbaal niet actieve groepsbehandelaar contact maakt met alle groepsleden door de groep rond te gaan en alle groepsleden even aan te kijken. De veiligheid en de groepscohesie worden hiermee bevorderd. Met name bij kwetsbare en angstige groepsleden is dit een belangrijk aspect van de basishouding van de groepsbehandelaar.

15.3 De praktijk

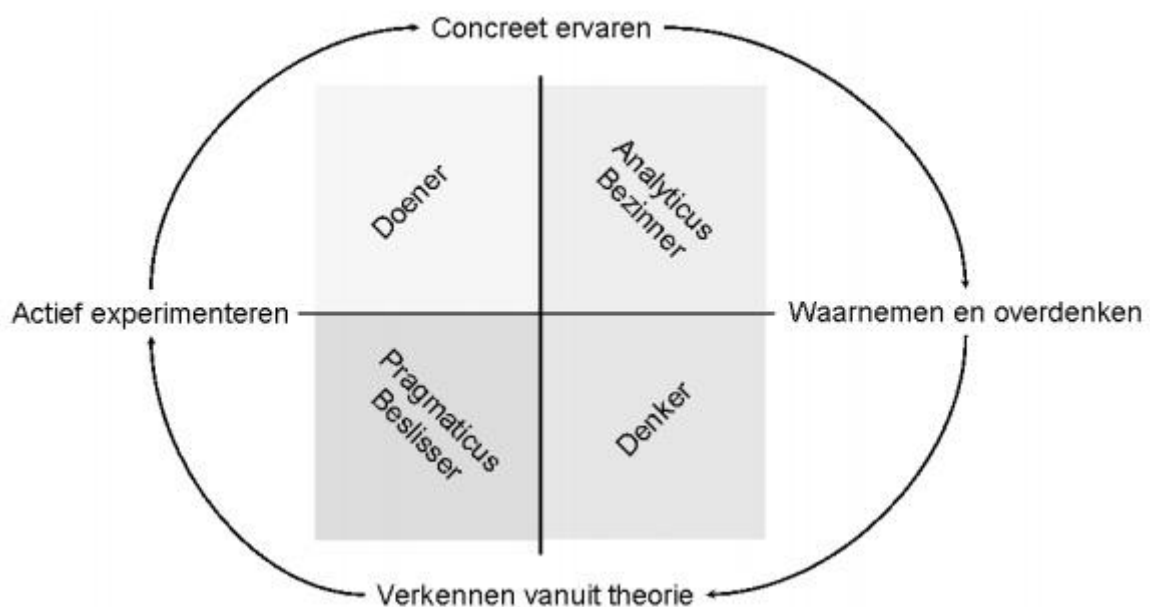
Nu beschreven is welke kennis, vaardigheden en attitude de begeleider van een groep (minimaal) moet leren, wordt in de rest van dit hoofdstuk beschreven hoe dit geleerd kan worden. Eerst worden enkele algemene principes van leren behandeld, waarna de verschillende onderdelen van de opleiding beschreven worden.

15.3.1 Algemene principes bij het leren van behandeling

Bij het leren van behandeling is het, zoals in elke leersituatie, van belang dat er een veilig leerklimaat geboden wordt, waarbij de docent of supervisor een accepterende en niet veroordelende houding aanneemt (Beunderman, Van der Maas, Hafkenscheid & Huls, 2016). Binnen een leersituatie kan het leerproces op verschillende manieren verlopen. Iedereen heeft een eigen voorkeursmanier waarop hij het beste leert, zijn leerstijl, die karakteristiek is voor deze persoon en betrekkelijk constant is in iemands leven. Het is van belang dat hier tijdens het leren van groepsbehandeling zo veel mogelijk rekening mee wordt gehouden.

In de theorievorming over leerstijlen neemt de leercyclus van Kolb (1984) een belangrijke

plaats in. Hij onderscheidt twee dimensies van leren. Bij de eerste dimensie staat de wijze waarop leerervaringen worden verworven centraal. Dit gebeurt door concreet ervaren versus verkennen vanuit de theorie. Bij de tweede dimensie gaat het om de wijze waarop ervaringen in kennis worden omgezet. Hier onderscheidt hij waarnemen en overdenken versus actief experimenteren. Wanneer de twee dimensies met elkaar worden gecombineerd, kunnen volgens Kolb vier verschillende leerstijlen worden onderscheiden. Dit kan als volgt in beeld worden gebracht:



schema 1: Leercyclus (naar: Kolb, 1984)

Als de nadruk in het leren vooral ligt op concreet ervaren en actief experimenteren, bijvoorbeeld door iemand die graag uitprobeert hoe een bepaalde werkwijze in een groep uitpakt zonder uitvoerige theoretische overwegingen vooraf, dan wordt gesproken van een accommoderende leerstijl, zo iemand wordt ook wel een *doener* genoemd.

Ligt de nadruk in eerste instantie op concreet ervaren maar daarnaast waarnemen en overdenken wat er in de groep gebeurt, dan wordt gesproken van een divergerende leerstijl, en spreekt men wel van een *analyticus/bezinner*.

Ligt de nadruk in eerste instantie meer op het verkennen vanuit de theorie, en daarnaast waarnemen en observeren, dan spreekt men van een assimilerende leerstijl en een *denker*.

Als een voorkeur voor verkennen vanuit de theorie gecombineerd wordt met actief experimenteren, spreekt men van een convergerende leerstijl en wordt zo iemand een *pragmaticus* of *beslisser* genoemd.

Er is veel onderzoek gedaan naar de voorkeurs stijl van leren van verschillende studentengroepen. Onderzoeken waarin de voorkeur leerstijl wordt gekoppeld aan de resultaten van een specifieke lesmethode of specifieke werkvormen zijn echter schaars. Met

name bij extra ondersteuning bij de studie is aangetoond dat het onderkennen van en aansluiten bij de leerstijl positief effect heeft (Murray, 2010).

Uiteindelijk kunnen de verschillende leerstijlen gezien worden als vier verschillende fasen in een cyclisch leerproces. Immers, sommige groepsbehandelaars doen eerst ervaring op voor ze een cursus gaan volgen, terwijl anderen met een cursus beginnen en van daaruit dingen gaan uitproberen. Uiteindelijk is het niet van belang waar de leercyclus begint, maar wel van belang dat alle stappen in de leercyclus worden doorlopen. Zo kan iemand in supervisie over groepsbehandeling vertellen over een situatie in de groep waar hij niet goed raad mee weet, vindt reflectie over het groepsproces plaats, waarna koppeling volgt met algemene groepsdynamische principes, en volgt er dan een actieplan voor de eerstkomende groep sessie. In de praktijk van het leren van groepsbehandeling zal in supervisie, intervisie en leertherapie het meest gewerkt kunnen worden vanuit de eigen leerstijl, terwijl het bij het cursorisch onderwijs van belang is dat er voldoende verscheidenheid is in werkvormen. De voorkeursstijl zal vooral bepalen waar het leerproces begint, terwijl de andere fasen in de leercyclus ook doorlopen worden.

15.3.2 Cursorisch onderwijs

De meeste opleidingen starten met cursorisch onderwijs. Naast het leren van theorie, omvatten cursussen in groepsdynamica of groepsbehandeling het trainen van vaardigheden, oefenen in rollenspelen (simulaties) en reflectie. Het accent ligt dus niet alleen op abstract theoretiseren, maar er is ook ruimte voor concreet ervaren en actief experimenteren in rollenspelen of vaardigheidsoefeningen, en reflectief observeren als observant bij rollenspelen of vaardigheidsoefeningen. Er bestaan algemene cursussen in groepsdynamica en het leiden van groepen, en specifieke cursussen waarin geleerd wordt een specifiek soort groep te leiden. Zo kan bijvoorbeeld een groep ervaringsdeskundigen geleerd worden om een groep met ouders met kinderen met ontwikkelingsstoornissen te begeleiden, of kan een groep professionals geleerd worden om een specifiek therapie model zoals de affectfobie therapie, de schemagerichte therapie of de interpersoonlijke therapie toe te passen in de groep. In algemene cursussen is het van belang dat de deelnemer inzicht krijgt in de organisatie en het leiden van verschillende soorten groepen. Globaal kan hierbij een onderscheid worden gemaakt tussen taakgerichte en procesgerichte groepen. In taakgerichte groepen staat de taak, de werkwijze om aan een gemeenschappelijk doel te werken, voorop, en let de groepsleider erop dat de spontane processen tussen groepsleden ondersteunend zijn bij deze taak. Zo nodig stuurt hij de groepsprocessen bij. In procesgerichte groepen staat het spontane proces tussen groepsleden voorop, en bestaat de taak van de groepsleider vooral uit het, samen met de groepsleden, onderzoeken van de dysfunctionele interactiepatronen van alle groepsleden, zodat die het eigen patroon kunnen bijstellen.

De opleiding die de Nederlandse Vereniging voor Groepsdynamica en Groepspsychotherapie (NVGP) aanbiedt, start met een algemene cursus over het leiden van groepen, een basiscursus groepsdynamica. Deze cursus wordt vaak als onderdeel van een opleidingstraject aangeboden, zoals de opleiding tot GZ-psycholoog of tot psychiater. Er zijn echter ook

cursussen groepsdynamica die los staan van een opleidingstraject, en toegankelijk zijn voor iedereen die minimaal een HBO-opleiding in de zorg, hulpverlening of vaktherapie heeft gevolgd. Nadat men een algemene basiscursus heeft gevolgd kan men een cursus volgen in een specifiek therapeutisch model (zie voor cursussen en opleidingstrajecten www.groepspsychotherapie.nl).

Naast de NVGP bieden meerdere organisaties cursussen groepsdynamica aan op HBO-niveau (bijvoorbeeld de HBO-opleiding Toegepaste Psychologie of erkende trainersopleidingen). Veel van deze cursussen zijn echter meer gericht op het begeleiden van teams in organisaties dan op het leiden van een behandelgroep. Ook in het onderwijs (bijvoorbeeld de lerarenopleiding) worden modules groepsdynamica gegeven gericht op het begeleiden van klassen. In een deel van de MBO- en HBO-opleidingen in de gezondheidszorg behoort een module groepsdynamica tot de aangeboden vakken. In deze modules ligt het accent wel op het begeleiden van cliëntgroepen, bijvoorbeeld bij sociotherapie en het groepsgewijs aanbieden van vaktherapie.

15.3.3 Supervisie

Het ontbreekt aan een algemeen gehanteerde definitie voor supervisie (Beunderman, Colijn, Geertjens & Van der Maas, 2016). In de kern gaat het om begeleiding door een senior professional van een minder ervaren professional met als doel het professionele functioneren zodanig te verbeteren dat het voldoet aan een professionele standaard.

Aangezien het in supervisie gaat om het toepassen van geleerde kennis en vaardigheden in de praktijk, kan het accent gemakkelijk komen te liggen op concreet ervaren en reflectief observeren. Echter ook theoretiseren naar aanleiding van de opgedane ervaringen en actief experimenteren naar aanleiding van nieuwe inzichten zijn logische stappen in de leercyclus. Juist de afwisseling van observeren, reflecteren, theoretiseren en experimenteren draagt bij aan een compleet supervisieproces.

Eén specifiek aspect van de supervisie van groepsbehandeling is de angst die groepsbehandelaars ervaren als zij voor het eerst een groep gaan leiden (Yalom & Leszcz, 2005). Deze angst is sterker dan bij het beginnen met individuele behandelingen. Om uiteindelijk door middel van supervisie de groepsbehandelaar een positieve ervaring te laten opdoen met groepen worden drie aanbevelingen gedaan. De eerste aanbeveling is om de supervisie te starten nog voor de groep start, zodat selectie van deelnemers en voorbereiding ook in de supervisie meegenomen kan worden. In het geval dat een groep door twee groepsbehandelaars wordt geleid, wordt daarnaast geadviseerd om in de supervisie aandacht te besteden aan de relatie tussen beide groepsbehandelaars door in de supervisie enkele malen met beide behandelaren de samenwerking te bespreken. Als laatste wordt in overweging gegeven om de supervisie in een groep te doen, aangezien supervisanten dan een bredere ervaring meekrijgen en elkaar kunnen steunen bij het leerproces.

Er is, niet alleen op het terrein van groepsbehandeling, een discussie gaande over competentiegericht opleiden en competentiegerichte supervisie. Vanuit de psychodynamische groepstherapie wordt juist gepleit voor persoonsgerichte supervisie (Groen, 2012). Het gaat bij deze behandelvorm om het inlevingsvermogen in de ander en

een hoog ontwikkeld vermogen om de eigen emotionele en lichamelijke ervaring te kunnen dragen, observeren, overdenken en te gebruiken ten dienste van het behandelproces (Sarnat, 2010). Voor een meer taakgerichte groepsbehandeling kan een meer competentiegerichte supervisie mogelijk meer passend zijn.

15.3.4 Leertherapie

Leertherapie in een groep kan een onderdeel zijn van het leren van groepsbehandeling. Over het algemeen wordt deelname als cliënt aan een groep als waardevol onderdeel van de opleiding gezien. De nadruk ligt bij leertherapie op het ervaren van de rol van deelnemer aan een groep. De bedoeling is dat dit ervaren via de verschillende fasen in het leerproces het functioneren als groepsbehandelaar positief beïnvloedt. De vraag is echter of dit nodig is om een goede groepsbehandelaar te worden. Van Reijen (2010) zet het beschikbare onderzoek over leertherapie op een rij. Zij constateert dat behandelaren in grote meerderheid van mening zijn dat een leertherapie hun professionele functioneren heeft verbeterd. Er is echter niet overtuigend aangetoond dat leertherapie de kwaliteit van de behandeling verbetert. Processtudies tonen echter wel aan dat de groepsbehandelaar die een leertherapie heeft ondergaan in de sessie meer warmte, empathie en echtheid laat zien, meer aandacht heeft voor de werkgrelatie en zich beter bewust is van de tegenoverdracht (Macran & Shapiro, 1998). Er bestaan verschillende soorten leertherapie: een open of gesloten groep, een gemengde (professionals en niet professionals samen) of homogene groep, een groep met wekelijkse sessies of een groep met intensieve therapie dagen, een groep die fysiek bij elkaar komt of soms een groep die online bij elkaar komt via videobellen. Soms worden er specifieke eisen aan een leergroep gesteld. Zo is vanaf medio 2019 bij een opleiding tot klinisch psycholoog of psychotherapeut niet meer toegestaan dat men aan een gemengde leergroep deelneemt.

15.3.5 Intervisie en bijscholing

Intervisie betekent collegiale ondersteuning bij werkproblemen in een leergroep bestaande uit gelijken, die binnen een vastgestelde structuur tot inzichten en oplossingen proberen te komen (Hendriksen, 2009). Hoewel er geen onderzoek bekend is, veronderstelt Hendriksen dat steun en aandacht van collega's, in combinatie met reflectie en maken van een actieplan, sterk bijdragen aan de uitkomsten van een intervisiegroep. Veel hulpverleners nemen in of buiten hun werksituatie deel aan een intervisiegroep. Voor groepsbehandelaars kan het een voordeel betekenen om deel te nemen aan een intervisiegroep met mededeskundigen op het gebied van groepsdynamica. Het startpunt in de leercyclus van Kolb zal bij intervisie vaak het concreet ervaren zijn, waarna de overige fasen van de leercyclus kunnen worden doorlopen.

Naast intervisie kan het zinvol zijn bijscholing te volgen, bijvoorbeeld een congres of workshop over groepsbehandeling.

15.3.6 Opleidingsroutes

In Nederland kan men groepsbehandeling leren bij de Nederlandse Vereniging voor Groepsdynamica en Groepspsychotherapie (NVGP). Voor het leiden van een behandelgroep is er een leerroute tot groepstherapeut; voor het leiden van een groepspsychotherapie een route tot specialistisch groepstherapeut. Het valt op dat er veel verschillen zijn tussen de

opleidingen tot groeps (psycho) therapeut per land. Zo ligt bij de *American Group Psychotherapy Association* (AGPA) er veel minder dan in Nederland nadruk op cursorisch onderwijs maar meer op supervisie en praktijkervaring in het leiden van groepen.

15.4 Samenvatting

- Er bestaat geen wetenschappelijk onderbouwde methode om groepsbehandeling te leren. Wel bestaat er onder experts enige consensus over de kennis, vaardigheden en attitude die nodig zijn om een groep te leiden.
- Om groepsbehandeling te leren is het raadzaam om niet alleen theoretische kennis over groepsprocessen en groepsbehandeling op te doen, maar ook actief met het geleerde te experimenteren, en te kunnen reflecteren op de ervaringen hierbij.
- Tegenwoordig is het gebruikelijk om de vaardigheden en attitude bij groepsbehandeling te leren in de vorm van een competentieprofiel. Het lijkt raadzaam dit niet te gedetailleerd met teveel, maar ook niet te globaal met te weinig competenties in te vullen.
- Op verschillende manieren kunnen de specifiek voor groepsbehandeling benodigde competenties samengevat worden: volgens het CANMEDS-model, vanuit het wetenschappelijk onderzoek, en vanuit de praktijk.
- De houding van de groepsbehandelaar is afhankelijk van de soort groep en de ontwikkelingsfase van de groep. Deze kan variëren op de dimensies actief-passief, transparant-terughoudend, gratificerend-frustrerend.
- Onderdelen van de opleiding tot groepsbehandelaar (kunnen) zijn cursussen, supervisie, leertherapie en intervisie.
- In Nederland kan men groepsbehandeling leren bij de NVGP. Voor het leiden van een behandelgroep is er een leerroute tot groepstherapeut; voor het leiden van een groepspsychotherapie een route tot specialistisch groepstherapeut.

15.5 Aanbevolen literatuur

Daemen, M. & Reijen, J. van (2016). Supervisie en groepspsychotherapie. In Beunderman, R., Colijn, S., Geertjens, L., Maas, F. van der (red.). *Theorie en praktijk van supervisie in de GGZ*. Utrecht: de Tijdstroom.

Haas, W. de (2017). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Soest: Nelissen.

American Group Psychotherapy Association (2007). *Practice Guidelines for Group Psychotherapy*, Science to Service Task Force (www.agpa.org).

Beunderman, R., Colijn, S., Geertjens, L. & Maas van der, F. (2016). Supervisie: begripsbepaling en positionering. In Beunderman, R., Colijn, S., Geertjens, L. & Maas, van der F. (red.). *Supervisie in de GGZ*. Assen: van Gorcum.

Beunderman, R., Maas, F. van der, Hafkenscheid, A., Huls, R. (2016) Leren. In Beunderman, R., Colijn, S., Geertjens, L. & Maas, F. van der (red.). *Supervisie in de GGZ*. Assen: van Gorcum.

Billow, R.M. (2012). It's all about me: Introduction to relational group psychotherapy. In Kleinberg, J.L. (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of group psychotherapy* (p. 169-185). West Sussex, UK: Wiley

Burlingame, G.M., Fuhrman, A & Johnson J.E. (2002). Cohesion in Group psychotherapy. In Norcross, J.C. (ed). *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. p.71-88. New York: Oxford University Press.

Daemen, M. & Boushy, M. el (2017). Een competentieprofiel voor de supervisor groepstherapie. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 12(2), 8-18.

Daemen, M. & Reijen, J. van (2016). Supervisie en groepspsychotherapie In Beunderman, R., Colijn, S., Geertjens, L., Maas, F. van der (red.). *Theorie en praktijk van supervisie in de GGZ*. Utrecht: de Tijdstroom.

Farrell, J.M. & Shaw, I.A. (2012). *Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Groen, P. (2012). Ter inzage. Over psychodynamische groepspsychotherapie, één van de theoretische en therapeutische referentiekaders in de NVGP. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 7(2), 40-50.

Hendriksen, J. (2009). *Handboek intervisie*. Amsterdam: Boom uitgevers.

Karterud, S. (2015). *Mentalisation Based Group Therapy MBT-G: a theoretical, clinical and research manual*. Oxford: Oxford University Press.

Kolb, D. (1984). *Experiential learning: Experiences as the source of learning and development*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Lieberman, M.A., Yalom, I.D. & Miles, M. (1973). *Encounter groups, first facts*. New York: Basic Books.

Macran, S. & Shapiro, D. (1998) The role of personal therapy for therapists: A review. *British Journal of Medical Psychology*, 71 (1), 3-27.

Murray, C. (2011). Use of learning styles to enhance graduate education. *Journal of Allied Health*, 40 (4), 67-71.

Remmerswaal, J. (2015). *Begeleiden van groepen: groepsdynamica in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Reijen, J. van (2010). Leertherapie: zinloos, zinvol of noodzakelijk? *Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, (2), 7-19.

Reijen, J. van, (2016). Een competentieprofiel voor opleiders? *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 11(2), 32-37.

Rutan, J., Stone, W. & Shay, J. (2014). *Psychodynamic group psychotherapy (5th ed)*. New York: Guilford Press.

Sarnat, J. (2010). Key competences of the psychodynamic psychotherapist and how to teach them in supervision. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training*, 47(1), 20-27.

Snijders, J.A. (2006). *Interventies in behandelgroepen*. Houten: Bohn stafleu van Loghum.

Sternberg. S. & Trijsburg, W. (2005). *The relation between therapeutic interventions and therapeutic outcome*. Unpublished manuscript.

Yalom, I.D. & Leszcz, M. (2005). *Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.

