

Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie

Groepen

Tweelingen

Culture and Identity

Groepen maart 2024 jaargang 19 nummer 1



Nederlandse vereniging voor
groepsdynamica en groepspsychotherapie



Nederlandse vereniging voor
groepsdynamica en groepspsychotherapie



Inhoudsopgave

| | |
|---|--------|
| Redactioneel | 5 |
| Salvatore Vitale | |
| The group process research of Ariadne P. Beck: The phases of group therapy development and the emergent leadership roles – with special focus on the Scapegoat Leader | 11 |
| Bill Roller | |
| COLUMN | |
| Kritische-oudermodus? Of gezonde volwassene? | 23 |
| Rianne van de Kraats | |
| Tweeling zijn, een gave en een opgave | 27 |
| Katelijne Robbertz | |
| Autonomie en verbondenheid bij persoonlijkheidsstoornissen: Veranderingen in levensverhalen gedurende (dag)klinische psychotherapie | 43 |
| Fabian Schug, Silvia Pol en Gerben Westerhof | |
| COLUMN | |
| Een oproep voor de powerpointloze maar 'good enough' les | 65 |
| Sandra Schruijer | |
| DIT IS MIJN GROEP | |
| <i>Culture and Identity</i> | 69 |
| Karina Schill | |



Humor in groepstherapie

Op zaterdag ligt de weekendeditie van de krant bij ons prominent op de eettafel. Een uitnodiging voor onszelf om in het weekend in alle rust te lezen, nieuwsberichten, achtergronden bij het nieuws, opiniestukken en artikelen over kunst en cultuur. Stiekem ook met de wens dat de kinderen (11 en 13) de krant ook eens doorbladeren, echt lezen hoeft nog niet eens. Helaas moet de dag nog komen dat zij een blik werpen in een serieuze krant. Wel blijven zij op de hoogte van wat er speelt in de wereld. Toen zij jonger waren via het *NOS Jeugdjournaal* en inmiddels via de sociale media. Korte filmpjes op YouTube en vooral TikTok zijn hun bron van kennis en nieuws. Jammer genoeg moeten we constateren dat niet alles klopt wat zij voorbij zien komen, omdat er regelmatig nepnieuws bij zit (Vitale, 2023).

Mijn kinderen kijken natuurlijk geen TikTok om op de hoogte te blijven van het nieuws, maar vooral vanwege alle grappen, *pranks* en leuke experimenten en uitdagingen die zij in korte video's voorbij zien komen. Regelmatig hoor ik ze lachen of komen ze iets grappigs laten zien. Niet het wereldnieuws, maar humor is waar het vaak over gaat bij ons aan tafel.

Humor in brede zin speelt niet alleen binnen mijn gezin een belangrijke rol, maar ook in de samenleving, binnen vriendschappen, in contacten met collega's. In kunst, literatuur en films is humor alom aanwezig. Sociaal psycholoog Madelijn Strick (2020) stelt in haar boek *Humor is een van de vier pijlers onder het universum* dat humor de smeerolie is in ons sociaal functioneren, en een essentiële vorm van creatieve intelligentie. Dick Zijp (2023) schrijft in zijn proefschrift met de titel *Comedians without a cause. The politics and aesthetics of humour in Dutch cabaret (1966-2020)* over de belangrijke rol die cabaretiers spelen in de samenleving en het politieke debat.

En hoe zit het met het gebruik van humor binnen groepstherapie?

Een snelle zoektocht naar artikelen over groepstherapie levert weinig resultaten op en veelal wat verouderde literatuur. In ons eigen tijdschrift *Groepen* haalt de zoekterm 'humor' geen artikelen naar boven die specifiek gaan over humor in groepstherapie. Wel zijn er auteurs die in hun bijdrage iets schrijven over humor binnen (groeps)psychotherapie. Frans van Paassen (2023) schreef in het decembernummer over wat

iemand een goede therapeut maakt en noemt het gebruik van humor door de therapeut een mogelijk effectief element in de behandeling. Hij citeert daarbij het onderzoek van Knox et al. (2017) dat laat zien dat humor, mits zorgvuldig gebruikt, de angst bij de patiënt kan verminderen, de stemming kan verbeteren, de therapeutische relatie kan versterken en de therapeut menselijker kan maken. Humor kan volgens dit onderzoek meer inzicht geven en een nieuw perspectief bieden, waarbij een sterke therapeutische alliantie overigens een vruchtbaardere bodem is voor het gebruik van humor in de psychotherapie. In het themanummer van *Groepen* over het NPI schrijven Nina Kamar en Carla Zevering (2019) in hun artikel over MBT-groepstherapie dat het gebruik van humor een belangrijke rol speelt in het werken met jongeren. Zij steken als groepstherapeuten veel energie in het creëren van een veilig klimaat en investeren in de groepscohesie door te verbinden, waarbij het gebruik van humor een belangrijke rol speelt. Ook hebben zij de ervaring binnen de MBT-J dat het niet te lang te serieus moet zijn, en dat uitdagingen met een speels element goed en soms beter lijken uit te pakken.

Binnen de psychotherapie komt het onderwerp humor eveneens zijdelings langs in artikelen. Slechts enkele artikelen gaan specifiek over humor en psychotherapie. Zo belichten Schalkwijk (1996) en Bouman (2018) de functie van humor binnen de psychoanalyse. Volgens Schalkwijk is het vermogen van een patiënt om humoristisch met zichzelf om te gaan een teken van innerlijke flexibiliteit, het kan bijdragen aan het integreren van gevoelens en de humor van een patiënt kan een vermogen zijn om

zichzelf te troosten. Hij concludeert dat volwassen humorgebruik door de patiënt positief te waarderen is en dat ook de therapeut humor kan inzetten om de werkrelatie te verstevigen, maar dat humorgebruik ook een valkuil kan zijn als uiting van tegenoverdracht. In lijn met Schalkwijk (1996) concludeert Bouman (2018) dat humor niet iets is wat standaard als instrument kan worden toegepast of geleerd, maar dat het binnen (analytische) psychotherapie een belangrijke functie kan hebben en de therapeutische relatie kan versterken. Humor is zoals hij zo mooi verwoord: 'Het dubbelsnijdende zwaard dat tegelijk onthult en verbergt – dat het wapen en schild kan zijn, en intimiteit kan versterken of juist afhouden.' Bij het gebruik van humor is afstemming en timing volgens Bouman van belang, net als de realisatie dat het gebruik van humor risico's met zich meebrengt. Daartegenover staat dat in het zich abtinent houden van humor eveneens een gevaar schuilt. Het niet reageren en abtinent blijven als therapeut kan net als humor onbewust een instrument zijn van verwaarlozing of zelfs een vorm van het ageren van sadistische impulsen. Recent schreef Donders (2020) in het *Tijdschrift Persoonsgerichte Experiëntiële Psychotherapie* over het gelaagde karakter van humor binnen een interactioneel en experiëntieel therapietraject. Volgens hem bezit humor de capaciteit om de therapeutische relatie te versterken en de zelfexploratie bij de patiënt te vergroten. Tevens kan het lachen om pijnlijke ervaringen ook gezien worden als een emotieregulerende vaardigheid.

Zelf moest ik bij dit laatste direct terugdenken aan een van de eerste groepen die ik

gaf. Dit was in een kliniek voor patiënten met ernstige depressieve stoornissen waar ik wekelijks een groep gaf op de afdeling.

Jan, een stille en zeer gereserveerde 70-jarige man, vertelt voor het eerst over de aanleiding van zijn opname. Na het overlijden van zijn vrouw is hij somber geworden en steeds meer geïsoleerd geraakt. Het contact met zijn kinderen is al jaren slecht. Als hij hierover vertelt blijven zijn groepsgenoten stil en ze luisteren aandachtig. Ze zijn blij dat hij na een aantal sessies eindelijk iets deelt. Als groeps-lid Eva vraagt hoe zijn somberheid heeft geleid tot zijn opname kijkt Jan schaamtevol en zijn stem wordt zachter. Hij vertelt dat hij zich op een bepaald moment zo ellendig en eenzaam voelde dat hij zich geen raad meer wist. Met inmiddels trillende stem vertelt hij hoe hij aan het begin van de avond naar een meertje bij hem in de buurt is gelopen met als doel zichzelf te verdrinken. De groep is aanvankelijk stil en onder de indruk van de openheid en de voelbare wanhoop bij Jan. Dan doorbreekt Mary de stilte. Ze richt zich met een grote glimlach en vanuit oprechte betrokkenheid tot Jan: 'Maar Jan, ik ken dat meertje wel, je weet toch ook dat het water maar maximaal dertig centimeter hoog is daar?' Jan kijkt op en begint voorzichtig te glimlachen. Mary en de overige groepsleden beginnen langzaam te lachen en ook Jan kan zijn lach niet meer inhouden en zegt: 'Ja dat weet ik wel, maar ik wilde eigenlijk ook helemaal niet dood, ik wist het gewoon even niet meer.'

Het is een ervaring die mij altijd is bijgebleven en het illustreert hoe humor in een groep kan helpen om pijnlijke gevoelens en gebeurtenissen toch te delen. In mijn werk als groepstherapeut merk ik dat humor

helpt en ik gebruik het waar dat kan. Het kan een bindmiddel zijn voor de groep, humor kan ingewikkelde onderwerpen in de groep boven tafel krijgen of gebruikt worden om wat te ontregelen of te prikkelen in een groep met veel geremde patiënten. Ook kan het helpen om in de nabespreking ontlasting te vinden voor mezelf en mijn co-therapeut na een pittige groep. Natuurlijk kan humor ook verdekken of remmend werken op het groepsproces.

In dit nummer geen artikelen over humor. Wel zit er soms humor in, maar met een boodschap. We beginnen met een verhaal van onze Amerikaanse collega Bill Roller over het werk van Ariadne P. Beck en haar onderzoek naar faseontwikkeling in groepen en opkomende leiderschapsrollen. Rianne van de Kraats schrijft in haar column over bloemen en de kritische-oudermodus. Katelijne Robbertz heeft voor haar artikel de eeneiige tweeling en co-therapeuten Caroline en Jeantine Vons geïnterviewd en schrijft over tweelingenproblematiek en hun ervaringen met een online tweelingengroep die zij zelf geven. Fabian Schug, Silvia Pol en Gerben Westerhof hebben onderzoek gedaan naar veranderingen in levensverhalen gedurende (dag)klinische psychotherapie bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. In haar column schrijft Sandra Schruijer over haar voorkeur voor een powerpointloze ontmoeting met studenten. Tot slot neemt Karina Schill, psychotherapeut, ons in de rubriek 'Dit is mijn groep' mee in de specifieke uitdagingen van een Engelstalige AFT-groep die gegeven wordt bij Adagio in Amsterdam.

Voordat ik dit redactioneel afrond realiseer

ik me dat als ik zelf de weekendeditie van de *NRC* uit de brievenbus haal en aan tafel opensla ook niet als eerste het serieuze wereldnieuws lees, maar begin bij de achterpagina. Ik ben dan vooral benieuwd welke politici of mediapersoonen door Youp van 't Hek aan de schandpaal worden genageld met zijn harde en provocerende humor of

over welk actuele thema in de cartoon Fokke & Sukke een grap wordt gemaakt. Mogelijk heeft die krant op tafel dus toch effect gehad op mijn kinderen en hebben ze mij vooral de achterpagina zien lezen.

Salvatore Vitale

Refereren aan:

.....

Vitale, S. (2024). Humor in groepstherapie. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 19(1), p. 5-9.

Literatuur

.....

Donders, J. (2020). Humor als microproces. Van destructieve naar constructieve humor in een interactieel en experiëntieel therapietraject. *Tijdschrift Persoonsgerichte Experiëntiële Psychotherapie*, 58(4), p. 231-242.

Kamar, N. & Zevering, C. (2019). 'Mentaliseren to the Max': MBT voor jongeren en adolescenten. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 14(2), p. 21-31.

Knox, S., Butler, M.C., Kaiser, D.J., Knowlton, G. & Hill, C. E. (2017). Something to laugh about: Humor as a characteristic of effective therapists. In L.G. Castonguay & C.E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (p. 285-305). Washington: American Psychological Association.

Strick, M. (2020). *Humor is een van de vier pijlers onder het universum (de andere drie ben ik vergeten)*. Amsterdam: Uitgeverij Balans.

Paassen, F. van (2023). Wat maakt iemand een goede therapeut? *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 18(4), p. 23-41.

Vitale, S. (2023). Nepnieuws en propaganda. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 18(4), p. 5-9.

Zijp, D.C. (2023). *Comedians without a cause: The politics and aesthetics of humour in Dutch cabaret (1966-2020)*. [Doctoral thesis 1 (Research UU/ Graduation UU), Universiteit Utrecht], <https://doi.org/10.33540/1665>

.....

The group process research of Ariadne P. Beck: The phases of group therapy development and the emergent leadership roles – with special focus on the Scapegoat Leader

Bill Roller gaf de keynote-lezing op de zesde National Group Counseling and Group Therapy Conference in China op 21 oktober 2023 in Xiamen. Groepstherapeut Roller runt samen met zijn vrouw en co-therapeut Vivian Nelson het Berkeley Group & Family Therapy Institute in Berkeley, Californië. Hij is Life Fellow van de American Group Psychotherapy Association en was van 2006 tot 2012 voorzitter van de ethische commissie van de International Association for Group Psychotherapy and Group Processes. Wij laten de lezing onvertaald om mogelijke inhoudelijke veranderingen te vermijden.

Door Bill Roller

First, I want to thank all those individuals responsible for organizing this conference in Xiamen and for inviting me to deliver the keynote address. I particularly want to thank Dr. Xu Yong, Chair of the 6th Conference for his kindness and collegial comradery over the past years.

I want to dedicate my keynote address to two of my mentors. First, to Daniel Ellsberg, who revealed the secret Pentagon study of the Vietnam War, known as the Pentagon Papers – and who remained a staunch foe of thermonuclear weapons and their threat of omnicide for the whole world. And second, my professor, Norman Levine, who introduced me to the study of the history of ideas and how they influence human behavior – and who remains an in-depth scholar of Karl Marx, having been invited to teach classes in Marxism at several universities and colleges in the People's Republic of China across a period of ten years. I am grateful to both of them for sharing their keen insights with me and for their lasting friendship.

The subject of my keynote address is the life's work of Ariadne P. Beck, who was a group process researcher and psychotherapy mentor for both my wife, Vivian Nelson, and myself across forty years. The child of Greek immigrants, Ariadne Beck began her career as a seamstress and dress designer in lower

*Leadership in the group
does not always, nor
should it always, emanate
from the designated
leader or leaders*

Manhattan, New York City. A woman of the working class with a brilliant mind for perceiving patterns in psychological phenomena, upon completion of her graduate studies and licensing as a psychotherapist, she began her practice of group psychotherapy in Chicago, Illinois. It was there that she organized a team of process research psychologists and embarked on her work in the field of group process research. Her qualities of integrity, love of theory, and love of people shown in all she did. Together with her equally brilliant husband, Robert N. Beck – who was a pioneer in the field of nuclear medicine and medical imaging – they dedicated their lives to their love of science and their love for each other.

In this presentation, I shall apply the theory developed by Ariadne Beck and the Chicago Group Development Research Team, James Dugo, Albert Eng, and Carol Lewis (Beck et al., 1986). This theory has been derived from

the study of group process over forty years. It presents an analysis of group members' behavior as that behavior contributes to a group's passage through nine distinct phases of development (Beck et al., 1983). The theory describes the emergence of four leadership roles. The theory stems from a systems orientation that stresses the *isomorphy* of processes characteristic of all living systems.

Isomorphy means that beneath the diverse content of complex systems there exist identical structures and organizing processes. In other words, in a complex system there are similar organizing principles that occur in diverse parts or contexts of the same system. Thus, intrapsychic, interpersonal, and group-as-a-whole phenomena find parallel expression during the life of the group.

Beck also defines the group as an organism (Beck & Peters, 1981): 'As an organism, it evolves in an orderly way over time, unless obstructed; it defines rules and methods for interacting with the world around it and for protecting its boundaries; it regulates its own internal processes and has its own form of organization that gives it coherence, identity, continuity, and a characteristic emotional tone or atmosphere.'

Distributed leadership

One chief assumption in Beck's theory is the notion of distributed leadership, that is, the idea that leadership in the group does not always, nor should it always, emanate from the designated leader or leaders.

Leadership can and does emerge spontaneously in a group in response to the specific needs of the group – with each leader

expressing these needs either explicitly or implicitly for the group-as-a-whole. These leadership roles are part of the informal structure of the group. Various group members perform these leadership functions in order to accomplish the developmental tasks associated with the group issues characteristic of each phase. A member can be said to assume a leadership role when he or she is perceived to carry out a certain set of leadership functions that define the role. In the context of group therapy, a therapist must become closely attuned to the behavior of these leaders as they emerge. Therapists must observe how these leadership roles

facilitate the group process and keep themselves from getting in the way of the work performed by these leaders.

It is imperative that therapists refrain from competing with these leaders or feel a threat to their own authority when they observe the skillfulness of what the leaders accomplish.

As you read this article, please refer to the tables which describe the nine phases of group therapy development and the four emergent leadership roles (Roller, 1997). At this time I shall point out an example of a leadership role which emerged in the spontaneous, unscripted group that Vivian

1. Creating a contract to become a group/making an initial assessment of each other/forming an initial bond.
2. Forming a basic group structure: personal influence and survival in group and the resolution of competitive needs while forging a group identity/ establishing group norms and goals and selecting leaders.
3. Disclosure of individual identity/defining individual goals to be pursued in the group/ establishing a group work style/work on early life or authority relationships.
4. Exploration of intimacy and closeness in relationships outside of group and in relationships inside the group/challenging the authority of the Task Leader, if necessary.
5. Establishment of mutuality/negotiation of the management of dependency, personal limitations, and differences in needs.
6. Ownership of the group by the members/sharing power and influence with Task Leader.
7. Self-confrontation in the context of interdependence and ownership of one's own problems/resolving core issues.
8. Review of gains made and work still to be done/application of what was learned to other contexts.
9. Coping with separation and termination/acknowledging the meaning of the experience and the role that others played in it.

Tabel 1: Major themes in phases of group development. Source Ariadne P. Beck, © 1996.

| Leader | Role Function | Conflict Modeled |
|-------------------------|---|--|
| Task Leader | Convenes the group; guides the task: expert in communication and therapy processes; influences norm and goal development; handles interface of group and its organizational context, group and world outside; is usually the therapist. | Struggles with using or sharing power. |
| Emotional Leader | Prepared and motivated to participate in group task; monitors emotional processing in group; models the therapeutic change process; best-liked person in the group; most important support person to peers and Task Leader. | Struggles with denying or acknowledging the importance of close bonds with others. |
| Scapegoat Leader | Crystalizes group-level issues regarding norms; is perceived as 'different' during early group phases; expresses deep commitment to group in the face of being misunderstood; is the object of negative feelings in early phases; monitors the clarity of normative and emotional issues. | Struggles with conformity and autonomy. |
| Defiant Leader | Expresses considerable vulnerability in group; challenges and questions the trust level in group; expresses ambivalence about participation in group. | Struggles with merging and fleeing. |

Table 2: Emergent, ongoing leadership roles. Source Ariadne P. Beck, © 1996

Nelson and I conducted and captured on video tape entitled *The promise of group therapy* (Berkeley Group Therapy Education Foundation, 1997).

In this example, the group is in phase 5 of group development, in which group members are struggling to develop mutual relationships based on equality and the acceptance of mutual responsibility for each

other. But the group remained at an impasse: they could not tolerate the direct expression of animosity without feeling rejected. And yet, a good deal of therapeutic change still was possible. Listen to the interaction between Vivian and Bill, Task Leaders, and Judy, Scapegoat Leader, as she resolves an unconscious conflict with her mother and comes to a redecision.

Judy: 'Now at this point I start to feel like I'm taking too much time and space and I'd better shut up. That I shouldn't be doing this.'

Vivian: 'Sounds like the message you got from your mother when you did take time and space... I imagine this little preverbal child... how scary it must have been, because you knew what you needed – and you weren't getting it. If you dared to try and get it, you got smashed.'

Judy (speaking softly): 'Yes, yes.'

Bill: 'The little girl decision that you described last session was that you would be a really good little girl... but here it sounds like you're wanting to do something different... and that involves a redecision.'

Vivian: 'And it's not being a *bad little girl*. It's being a natural child who wants attention and wants time and space for herself.'

Judy (responding emotionally, with her hand covering her mouth): 'When you said the words, *wants some time and space*' I[and at this point, a visible shudder passes through her body, showing her emotional release].

Vivian: 'It's okay for you to want that.'

Judy: 'I'm just going to say it. *I want time and space*. I'm going to say it again. *I want time and space*' [at this point she is laughing with pleasure].

In this group interaction, we see an example of isomorphy, in which Judy's intrapsychic processes (her past memory of her mother's voice, prohibiting her from taking time and space as a child) is challenged by the Task Leaders whose interpersonal engagement allows her to state her redecision in the here and now. At the same time, there is the group-as-a-whole dimension in which Judy is witnessed by the other group members

whose perception of her has changed.

Earlier, in phase 2 of the group, Judy had emerged as the Scapegoat Leader because she was perceived by the group as being different, emotionally erratic, and attention seeking. This is consistent with the role of Scapegoat Leader, whose function is to test what is acceptable behavior in the group and the degree to which group members will tolerate difference.

However, following her redecision, all of the group members accepted her with one exception, Patricia. In this way Patricia became the Defiant Leader, refusing to accept the new norm: that Judy was an acceptable member of the group.

To understand Patricia's unwillingness to accept Judy, listen to the dialogue between Judy and Patricia that occurred the group session before Judy's redecision.

Judy: 'Last week I talked about letting out raw, ugly feelings and (speaking her words directly to Patricia) you really didn't like that... I also had a mother who was the only one allowed to express anger in the family. If I were to express anger...' (and at this point, Judy begins striking her fist against her own hand, physically expressing the wrath of her mother) 'It feels really great to let that out...'

Patricia (she's visibly disturbed): 'My heart's beating wildly... my response to you is *whoa*' (expressing her fear) 'I just want to run away. I had a mother who was just totally out of control with her anger. My response is to stay away.'

Bill (at this point, I spoke up and made an interpretation of what I saw happening): 'I get this powerful image when both of you speak. It's as if there is this *witch ghost mother* that's hanging over us...'

This was a crisis for Judy, our Defiant Leader. At this point, our entire group entered a period of intense mutual projective identification between Judy and Patricia that approached the level of group illusion and fantasy, as if the past were actually being played out before our eyes. Each woman was frightened of their mothers who they mutually projected onto each other, and at the same time, frightened of becoming their violent mothers. From this point on our group was not able to get beyond this impasse. We remained fixed in phase 5 and not able to advance to phase 6, described as the achievement of autonomy through reorganization of the group structure, or phase 7, described as self-confrontation and interdependence which creates space for deeper relationships to develop among members and Task Leaders.

As the final session of our group approached, Vivian and I had to insist the group began discussing how group members might transfer their learning in our group to the world outside. This is a description of one of the central purposes for phase 8. And we had to emphasize the importance of having a closure and how they must overcome their resistance to termination of our group. The group is tasked with finding meaning in our relationship with each other, even as we say goodbye. This is a central purpose of phase 9.

The early phases

But let's now circle back to the early phases of our group in order to see some of the steps that preceded our coming to an impasse at phase 5.

Initially, a gathering of people must agree

to become a functional group. This is the beginning of phase 1, called 'Making a contract'. In this phase, they must elucidate both individual and group goals, clarify expectations, and thereby commence the early establishment of norms for the group. The questions 'Can I accept the others?' and

The Scapegoat Leader tests the degree to which group members will tolerate difference

'Will they accept me?' are prominent in the members' minds. We saw that these questions were still relevant when in phase 5, our Defiant Leader refused to accept Judy as a member of the group. Although the first bond the members feel is usually with the therapist, that alone is not sufficient to sustain membership in the group. The members must discover connections with each other in order to create group cohesion. Thus, a beginning sense of group identity starts to form in the minds of its members. Four of the seven members in our group were mental health professionals and they had cause to wonder about its identity: did Vivian and Bill intend to conduct a therapy group or a training group?

This question was answered in phase 2 called 'Establishing a group identity'. In this phase, the group defines its purpose, chooses a style of communication – whether egalitarian, competitive, or cooperative – and allows leadership to emerge. The group members must identify acceptable norms by facing their differences and learning to

tolerate them. The process of scapegoating is a common feature of this phase and the Scapegoat Leader emerges at this time. This leader becomes either the target of attack or the container for negative projections by other members who perceive that she or he is quite different from the others in the group. The therapist must be active to help the group see whether this difference is real or a projective fantasy. In this way, the Scapegoat Leader tests what is acceptable behavior in the group and the degree to which group members will tolerate difference, helping clarify the norms of inclusion. Therapists must be active in stressing the inclusion of all members. In this process, the members must face their anxiety about differences without resorting to attempts to control others.

It is difficult to determine the exact moments of transition between phases, but I believe Patricia's confrontation of Judy in the second session of our group was a key point in our passage from phase 1 to phase 2. See how Patricia foreshadows her emergence as the Defiant Leader later in phase 5 by questioning Judy's standing as a therapist because she has failed to resolve her issues with anger. Listen to the interaction:

Judy: There's trust of other people and there's trust of myself... and there's *distrust* of my own level of *urrghh* (she makes a guttural nonverbal expression of violent anger).

Patricia: You're talking about your anger... yesterday I really went toward you and loved your openness... but I did feel your anger and I'm thinking "She's a therapist, now how much therapy work has she done around this?" Or do you continue to talk and talk about the same thing and not go anywhere with it?'

Judy (speaks after a few moments): 'You're putting me in touch with this other side... which is passive aggressive... I think your response is an appropriate response to my passive aggression.'

The willingness to confront differences and dislikes, especially to a person who emerges, as Judy does, in the role of Scapegoat Leader, signals the passage into phase 2 behavior, in which judgements are made explicit and the limits of toleration are tested.

The group remained in phase 2 the following session. Patricia was absent, so the further elaboration of the conflict between Patricia and Judy had to be postponed until the following session, session 4. However, before that session, Judy called Vivian and me and expressed her wish to leave the group. We gave our permission for her to take care of herself in any way she needed to – including coming to the next session and letting the group know she would leave and not

*Paradoxically,
our permission to leave
allowed her to stay*

complete the ten session commitment that all members had made. It was important that as Task Leaders, we did not take an authoritarian position with the Scapegoat Leader. Paradoxically, our permission to leave allowed her to stay.

Our group was fortunate enough to have in Judy a Scapegoat Leader strong enough to contain the negative projections of the members – and to resist the temptation to

leave the group before the resolution of phase 2. Her decision to stay helped propel the group into phase 3, called 'The exploration of individuals in the group'. This is the level of development reached by most counseling and therapy groups and they can successfully help participants to accomplish behavioral changes. In phase 3, the group's capacity for intrapsychic examination is tested. These processes lead to higher trust among members and greater cohesion, lessening to a degree the group's anxiety about being close with one another. Peer bonds are formed as members share personal histories, helping others understand their particular circumstances and awakening feelings of empathy within the group. Phase 3 is also a time when parent-child issues are explored, opening the possibility of widening the scope of the members' reflection onto authority issues in the larger world.

Shift

When Judy returned to group, she revealed how 'alienated and regressed' she had been the previous session. But she decided not to leave. She realized she had tried to be intimate too soon with the group. She added that she could shift and participate from a different part of herself.

The shift began when Judy interacted with John, who had implied she was trying to control the group. She said to John, 'I'm not trying to control the group. I'm shifting my perspective.' John, in the role of Emotional Leader, began to adapt to Judy's shift and helped the group adapt also. As the group moved out of phase 2, members had to claim their own projective processes that

contributed so much to the scapegoating phenomenon. Appropriate to his Emotional Leadership, John began the process, evoking a strong emotional response within Judy. The following exchange is a good example of how the Emotional Leader took responsibility for his own behavior and in that process contributed to the acceptance of the Scapegoat Leader and to her own self-acceptance.

John (saying to Judy): 'When I left this group last week, it was with the resolve to do no harm, and I was concerned that I had...'

Joanna: 'John, can I interrupt you a minute?' (John has missed that Judy is crying)

'I want to give Judy a chance to respond.'

(And then Joanna turns to Judy and says)

'Take your time... the cameras are rolling but we're all here.'

Judy (speaks to John): 'When you said to me "Your face looks controlled" – you handed me the knife and I did like that (she uses a hand gesture to indicate she is stabbing herself).'

'What I heard was I'm looking the way I hate looking... My face does look like a mask sometimes.'

In this scene we see Joanna acting in the role of a Task Leader, appropriately pointing out our Scapegoat Leader's deep emotional response to the words of John, our Emotional Leader. The creative engagement of these two members in powerful leadership roles is very exciting to watch because it portends positive growth in the group as a whole. Joanna's act had great import for healing in the group, because by making space for Judy's emotional response, she was recognizing and accepting the Scapegoat Leader.

Her gesture removed the tone of competition between the Scapegoat and the Emotional Leader and helped resolve that issue for the group as a whole – a fine example of isomorphy, in which the interpersonal sphere and the group as a whole reflect

*If there are co-therapists,
they must welcome
this shift in power*

each other's growth. It is not unusual for a skillful group member to assume the role of Task Leader on certain occasions. Again, it was important that Vivian and I let Joanna have her moment of brilliant intervention without interference from us.

Phase 4: the establishment of intimacy

Attention to the individuality of members in phase 3 opens the possibility for intimacy during this phase in two important respects: first, the members can express closeness and tenderness, and second, they can discuss sexuality as it affects their lives. New informal norms are established concerning closeness and distance, such that a level of self-revealing behavior is now appropriate that would not have been earlier, which was the case for our Scapegoat Leader, Judy, who revealed too much too soon. Expressions of warmth and attraction let members bond at a deeper level. Group members are more relaxed and able to enjoy each other. The cohesion experienced at the close of this phase creates an openness for a new commitment

by the group members in phase 5. Members become less dependent on their therapists, viewing them less as authorities and more as persons.

If there are co-therapists, they must welcome this shift in power and be comfortable with the expression of positive feelings. Humor and playfulness come to the surface and move the group in a direction of greater creativity.

I want to give you an example of the new expression of warmth that is possible in phase 4. Victoria, a member who up to this point had been quiet and reserved, now initiated an intimate exchange with John, expressing both her own and the group's feeling toward the Emotional Leader. Listen to what she says:

Victoria: 'When I think about you John, I get this image of Friar Tuck in Robin Hood – Somebody who has a lot of humor and a very big heart... the way you protect yourself is intellectually... but you're protecting a very big heart. (There's a 15 second interval of silence in which Victoria and John maintain eye contact; John nods and his eyes swell with tears.)

John (speaking softly): 'I appreciate... it's beyond words for me... (there are 10 more seconds with eye contact) it is intense for me that type of exposure...'

Victoria: 'My heart's beating really fast, too. I just want you to know I see you.'

What I have tried to do in this article is bring you closer into the experience of both the phases of development and the Emergent Leaders of our group who facilitated their passage.

But, for me, the value of Beck's theory lies

not in the precision with which we can make demarcations between phases of group development or even our exactness in naming the leadership roles. What seems of greater significance is how her theory illuminates some of the dynamics of a group amid the rich abundance of data that are present. Also – much like previews of coming attractions at motion picture theatres – the theory helps us predict a few events, so we can adjust our behavior as group therapists to meet the expected challenges.

I hope I have conveyed to you the fun and excitement that lie in the exploration of group process. Of special importance to me has been the on-going relationship between Vivian and myself as co-therapists in group and co-collaborators in sharing the deep discoveries in ourselves as we ask the questions about how a group develops meaningfully across time.

Bill Roller is a psychotherapist, relationship and family therapist and group analyst, working in his own practice in Berkeley, California, where he lives with his wife and co-therapist and co-author Vivian Nelson. He is the author and co-author of more than fifty publications and has been involved as principal investigator in two important studies on group therapy and group processes. In 1997, with Vivian Nelson, he produced The promise of group therapy: A live to tape demonstration of a time-limited group. The video presents a concise and compelling way of conceptualizing small group process. The same year he wrote The promise of group therapy, parts of which are included in the present article. In 2014, he produced Group dynamics and the New Heroism: The ethical alternative to the Stanford Prison Experiment, a six hour spontaneous, unscripted video series, available on Flash Drive that tracks the Berkeley Civic Courage and Heroism Experiment as it investigates the group dynamics which bring out the best in human beings and allow them to act together in alignment with their moral beliefs, even at possible risk to themselves. Instructive commentaries are supplied by Philip Zimbardo and Bill Roller, co-creators of the experiment. In 2017, they published the article The Berkeley Civic Courage and Heroism Experiment: The group dynamics of individuals acting in concert to advance ethical goals in the public interest in the International Journal of Group Psychotherapy. Go to www.berkeleyfamilyandindividualtherapist.BillRoller.com to find the complete text of article under Group Dynamics and the New Heroism.

Refereren aan:

.....

Bill Roller (2024). The group process research of Ariadne P. Beck: The phases of group therapy development and the emergent leadership roles – with special focus on the Scapegoat Leader. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 19(1), p. 11-21.

Literatuur

Berkeley Group Therapy Education Foundation (1997). *The promise of group therapy: A live to tape demonstration of a time-limited group*. Available from us now in an expertly captioned Six Hour Flash Drive format.

Beck, A.P., Dugo, J.M., Eng, A.M. & Lewis, C.M. (1986). The search for phases in group development: Designing process analysis measures of group interaction. In L.S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (p. 615-705). New York: Guilford Press.

Beck, A.P., Dugo, J.M., Eng, A.M., Lewis, C.M. & Peters, L.N. (1983). The participation of leaders in the structural development of therapy groups. In R.Dies & K.R. MacKenzie (Eds.) *Advances in group psychotherapy: Integrating research and practice* (p. 137-158). Madison, CT: International Universities Press.

Beck, A.P. & Peters, L. (1981). The research evidence for distributed leadership in therapy groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31(1), p. 63.

Roller, B. (1997) *The promise of group therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Publications.

Kritische-oudermodus?

Of gezonde volwassene?

‘Rozen zijn wel extreem vervuילend’, reageert mijn broer op het voorstel om onze ouders op hun jubileumfeest vijftig van deze doornige bloemen te geven. Hij stuurt er een filmpje bij van Arjen Lubach met de titel *En nou is het afgelopen met bloemen*. Ik heb de moed niet om te kijken. Ik hou van bloemen; veldbloemen op de eettafel in de zomer, een grote oranje bos met eikenbladeren in de herfst en vooral veel bosjes om weg te geven. Ook hou ik van mooie kleding, mijmeren over op reis gaan en een lekker warm bad. Van die kleine dingen die je dag nog een beetje optillen als zwaar werk, somber weer en opvoedtaken ervoor zorgen dat je het liefst onder de dekens kruipt. Maar steeds vaker worden deze blij momenten verstoord door die innerlijke criticaster die de keerzijde van de keuze belicht. ‘Met dit bad steun je Poetins oorlog’, ‘Dit glas wijn veroorzaakt kanker’, ‘Dit kledingstuk zorgt voor uitbuiting en vervuiling, en weet je eigenlijk wel hoeveel kilometer dit heeft moeten afleggen!’

In de schematherapie linken we dit strenge geweten, de innerlijke criticaster, aan de kritische-oudermodus, en leren we deze op

tijd te herkennen en weg te sturen, zodat er weer ruimte komt om keuzes te maken die liggen bij onze emotionele basisbehoeften. Aan de andere kant zijn er de beschermermodi, die sussend zorgen dat we afleiding zoeken in het conflict tussen, zo je wilt, drift en superego. De kunst is om de gezonde-volwassenemodus te vinden, in contact met je gevoel, maar ook de context.

Mijn broer is me voorbijgestreefd in ‘de goede burger uithangen’ en dat irriteert me. ‘s Avonds drink ik een biertje met vrienden en leg ik ze de bloemenkwesie voor. Ze kiezen niet mijn kant, maar vallen mijn broer bij, ik slik. ‘Rianne, als jij dit niet serieus neemt, wie dan wel?’ Een van hen oppert papieren bloemen te knutselen, hartstikke leuk toch, met de kinderen! Thuis kijk ik het filmpje. We gebruiken drie keer de gemeente Utrecht om bloemen te kweken, de totale CO₂-uitstoot ervan is meer dan die van de hele stad Rotterdam. Ook mag er voor de export geen enkel insect op zitten, er wordt twintig keer meer gif gebruikt dan in de gewone landbouw, wat de natuur fors verstoort en bijen in de wijde omtrek doet sterven.

Ze hebben gelijk, we moeten onze en elkaars ogen open blijven houden en ons luxeleventje aanpassen, anders komen we hier niet uit.

Maar mag ik dan wel even diep zuchten voordat ik naar de biologische zelfpluktuin fiets?

Door **Rianne van de Kraats**, psychiater en specialistisch groepspsychotherapeut binnen MoleMann in het Meander ziekenhuis in Amersfoort en lid ben van de commissie MAG van de NVGP.

Refereren aan:

.....
Rianne van de Kraats (2024). Kritische-oudermodus? Of gezonde volwassene? *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 19(1), p. 23-24.

Tweeling zijn, een gave en een opgave

Een interview met de eeneiige tweeling en co-therapeuten Caroline en Jeantine Vons over hun online tweelingengroep leidde tot dit artikel over tweelingenproblematiek in het algemeen en hoe groeps-therapie onder leiding van ervaringsdeskundigen daarbij kan helpen.

Door Katelijne Robbertz

Soms hoor je opeens iets nieuws over groepen, een verrassend initiatief. Zo werd mijn aandacht getrokken door de online meerlingengroep, die begin 2023 is gestart door Caroline en Jeantine Vons. Ze vormen zelf een eeneiige tweeling en Caroline is moeder van een twee-eiige tweeling. Ze zijn beiden klinisch psycholoog en psychotherapeut. Jeantine werkt bij Universiteit Maastricht bij de vakgroep huisartsgeneeskunde, Caroline heeft een vrijgevestigde praktijk en is groepspsychotherapeut, supervisor en leergroepstherapeut NVGP. In 2001 verscheen in de voorloper van *Groepen* het prijswinnende artikel van Caroline *Separeren in verbondenheid* en sindsdien had zij al het idee om een specifieke meerlingengroep op te zetten. Hoe mooi is het dat dit dan ook echt is gebeurd. In haar Arnhemse praktijk Vons Supervisie Psychotherapie Coaching (VSPC) had ze, naast andere groepen en individuele behandelingen, al een individueel- en systemisch behandelaanbod voor meerlingen sinds 2001. Daar kwam in 2020 een specifiek groepsaanbod voor meerlingen bij. In 2023 is Caroline de groep samen met haar zus Jeantine gaan begeleiden en kreeg de groep dus een tweeling als therapeutenkoppel. Deze bijdrage is het verslag van een online

interview met de therapeutentweeling over hun online tweelinggroep. Passend in de symboliek van tweelingen had het interview de vorm van 22 vragen. Er wordt stilgestaan bij de specifieke thematiek van tweelingen, met twee intermezzo's, over hechtingsstijl en ouderschapsstijl. Daarna volgt het doel van de groep, de specifieke groepsopzet, ervaringen met de groep, de effectiviteit en het unieke van deze groep. Daarnaast zal in een vignet een beeld geschetst worden van een tweeling in behandeling.

De specifieke thematiek

De specifieke thematiek van tweelingen gaat over het aanbrengen van een balans tussen de dimensies afstand-nabijheid en verbinding-autonomie. Aan de ene kant kan een te sterke verbinding ervaren worden die benauwend kan zijn voor de autonomie. Aan de andere kant kan er leegte ervaren worden nadat iemand alleen over is. Dat kan gebeuren wanneer een tweelinghelft in de baarmoeder, bij de geboorte of later in het leven is overleden, of wanneer er sprake is van een definitieve relatiebreuk tussen beiden. Cliënten die deelnemen aan de tweelinggroep worstelen met specifieke tweelingvraagstukken als individualiteit, separatie, identiteit, autonomie, hechting, rivaliteit, concurrentie en interdependentie. Of therapie nodig is, hangt vaak af van hoe ouders met de tweeling zijn omgegaan; werden ze gezien als eigen individuen of als een eenheid? Voor de ontwikkeling is het optimaal om de tweeling onderwijs te laten volgen in een aparte klas maar wel op dezelfde school, zodat er ruimte is voor autonomie maar ook oog gehouden wordt voor hun unieke verbinding. In de omgeving

zal men dan minder makkelijk in de verleiding worden gebracht te doen alsof een tweeling een eenheid is. Een voorbeeld is een Sinterklaasviering waarbij een tweeling samen één gedicht ontvangt terwijl de andere leerlingen elk een eigen rijm ontvangen (Peverelli, 2022). Hoe meer de tweeling benaderd is als een eenheid, des te vaker er problematiek kan ontstaan. Ook treedt bij tweelingen vaker rolfixatie op, doordat beiden een bepaalde rol/positie opgelegd krijgen ('framen'), die ook door beiden wordt aangenomen.

Tweelingen melden zich in de praktijk vaak aan met een expliciete hulpvraag rond de losmaking van elkaar. Aanmelding voor de tweelingengroep gebeurt vaak wanneer een van de tweeling de eigen behoeften los van de ander wil leren ontdekken. Vaak ligt het

De tweelingrelatie is vaak weinig uitgerijpt en heeft veel vroegkinderlijke kenmerken

initiatief om behandeling aan te gaan bij degene binnen de tweeling-relatie die de hoogste lijdensdruk ervaart en het meest verlangt naar meer autonomie. In de tweelingengroep kan geëxperimenteerd worden met ander en nieuw gedrag en kan worden uitgewisseld en vergeleken met andere tweelingen. Daarbij wordt ook de invloed van de omgeving onderzocht. In de intakefase krijgen beide tweelinghelften separaat een intakegesprek. Bij de intake wordt vaak een symbiotisch duo

gezien, onvoldoende afgegrensd van elkaar en met fragiele egogrenzen. De oorzaak van de lijdensdruk ligt dan in een verstoord, dat wil zeggen vertraagd of gestagneerd proces van separatie en individuatie. Er is vaak sprake van een vastlopen op meerdere levensgebieden met hechtingsproblemen en een zoeken naar eigen identiteit. De tweelingrelatie is vaak weinig uitgerijpt en heeft veel vroegkinderlijke kenmerken.

Tweelingproblematiek wordt veelal manifest in de adolescentiefase/vroege volwassenheid wanneer mensen een relatie aangaan. Voor tweelinghelften wordt in deze fase de onderliggende dynamiek blootgelegd.

Specifiek voor tweelingen is ook de buitengewone angst voor de dood van de ander. De gedachte dat de ander eerder zal sterven, is bij een te hechte tweeling niet te verdragen: 'Als de ander maar niet eerder gaat'. Men wil dan liever zelf als eerste overlijden, om deze pijn en de rouw maar niet te hoeven voelen. Zeker als men onvoldoende geïndividueerd is, wordt het verlies ervaren alsof een deel van jezelf sterft.

Ook komt eetproblematiek vaak voor bij tweelingen en dat kan een aanleiding vormen om hulp te zoeken. De fixatie van de tweelingproblematiek ligt vaak al in de symbiotische orale fase. Een tweeling kan bijvoorbeeld steeds willen weten wat de andere tweelinghelft eet. En als dat niet bekend is, dan kan de keuze zijn om maar niet te eten, want het moet kloppen. Ook kan er rivaliteit bestaan op dit gebied: wie is het dunst qua figuur en dergelijke. Gevoelens van rivaliteit en jaloezie treden op meer gebieden binnen de tweelingrelatie op de voorgrond. Juist omdat de tweeling zo afhankelijk is van elkaar kan de rivaliteit maar ten dele worden beleefd, waardoor

er allerlei mechanismen ontstaan om deze gevoelens te hanteren. Rivaliteit tussen de tweelinghelften is een belangrijke individuatiebevorderende factor. De afweer van de onderlinge rivaliteit wordt op verschillende wijzen getoond: in de rol van '*altruistic surrender*' wijdt de één zich volledig aan de ander om zo de onderlinge vijandigheid weg te werken. De rivaliteit heeft dan een buitenkant van altruïsme. In de rol van '*keeping things even*' zijn beiden constant bezig om precies op een lijn te blijven. In '*a gang of two*' vormt de tweeling elkaars kopie. In een complementaire rolverdeling zijn beiden '*separate but equal*'.

Een aanhoudende innerlijke strijd bij de tweelinghelften kan het gevolg zijn, met enerzijds het verlangen naar symbiose en anderzijds het verlangen naar autonomie en individuatie. Dat heeft vele gevolgen voor de ontwikkeling tot volwassene en voor de vorming van andere relaties. De kenmerken hiervan komen neer op een incompleet en negatief zelfbeeld, het gevoel alleen iets waard te zijn en pas compleet te zijn als de ander er is, het verminderde vermogen tot het vormen van eigen objectrelaties met leeftijdsgenoten, diffuse grenzen tussen de tweelinghelften, verlangens naar symbiose, en problemen met het toelaten van de wens tot separatie van de tweelingpartner. Ook is er vaak sprake van beperkte emotieregulatie, de ander gebruiken om je eigen emoties te reguleren, emoties uitbesteden aan de ander, en afhankelijk zijn van de ander hierin. Verschillen binnen het tweelingkoppel worden nauwelijks verdragen en gezien als een bedreiging, gepaard gaand met een gevoel van angst voor verlies. Al deze aspecten wijzen op een verstoorde hechtingsrelatie.

Intermezzo I: hechting in de tweelingrelatie

De hechtingstheorie biedt een mooi kader om de tweelingrelatie te begrijpen. Voor een tweeling is de start van het leven anders; tweelingen krijgen vaak minder individuele aandacht van de moeder vanwege ervaren overbelasting. Bij drielingen is dit nog meer het geval. Moeders zijn vaak overbelast vanwege de behoeftes van hun meerling. Toch zijn moeders voor hun tweeling niet minder belangrijk dan voor eenlingen. Onderzoek toonde aan dat peuters aandacht van hun moeder verkiezen boven die van hun *co-twin*. Alleen als moeder niet beschikbaar was, zochten ze steun bij elkaar. Vanaf drie jaar, het einde van de separatie-individuatie fase, gaat een tweeling duidelijk interesse voor elkaar tonen en neemt ook het aantal interacties tussen hen toe. Dit is de fase waarin ze heel belangrijk voor elkaar worden.

De vier hechtingskenmerken nader bekeken bij tweelingen (Tancredy & Fraley, 2006) zijn:

1. NABIJHEID

Onderzoek bij tweelingen en eenlingen uit 1966 toonde aan dat tweelingen graag bij elkaar in de buurt zijn. Terwijl broers/zussen juist gelukkiger waren zonder elkaar, waren tweelingen dat meer als ze bij elkaar waren. In een ander onderzoek werd gevonden dat tweelingen van vijf jaar gelukkiger zijn in de klas als de *co-twin* er ook is. Deze nabijheid geeft hen steun. Bij volwassen tweelingen speelt dit nog steeds. Eeneiige tweelingen wonen vaak dicht bij elkaar in de buurt en leven ook vaker samen dan twee-eiigen. Zowel een- als twee-eiige tweelingen hebben meer

contact met elkaar en wonen dichter bij elkaar in de buurt dan broers/zussen.

2. SCHEIDINGSANGST

Als een van de tweeling overlijdt, heeft de ander in 81% van de gevallen meer stress dan wanneer de partner overlijdt (J. Woodward, 1998). Van jonge tweelingen is bekend dat ze makkelijk huilen als ze de ander niet zien. Tweelingouders vertellen vaak dat als ze met één kind op stap gaan, de ander (of beiden) steeds maar naar zijn tweelingbroertje/zusje vraagt en zich ongelukkig voelt.

3. VEILIGE HAVEN

Tweelingen vinden steun bij elkaar zoals deze twee quotes laten zien: 'Als onze vader tegen ons schreeuwde, dan gingen we naar onze kamer. In elkaars nabijheid werden we vanzelf weer rustig.'
'Als ik ergens mee zit, dan kan niemand mij zo goed steunen als mijn tweelingzus. Ze weet precies welk advies het beste bij me past. Ze is echt een enorme steun voor me en ik voor haar.'

4. STEVIGE BASIS

Onderzoekster Audrey Sandbank (2003) ontdekte dat tweelingen minder vaak een troostvoorwerp hebben zoals een knuffelbeer. Ze zijn voor elkaar het troostobject. Helen Koch (2015) stelde ook dat tweelingen in sociale situaties samen minder angstig zijn.

Het lukt ouders niet altijd om voor de tweeling voldoende bij te dragen aan het ontwikkelen van een eigen identiteit en individualiteit. Het proces van separeren en individueren is dan te weinig ondersteund.

Ouders leggen nogal eens het accent op de twee-eenheid terwijl de individualiteit van de beide kinderen minder aandacht krijgt. In dat geval worden de tweelinghelften door hun ouders onvoldoende op hun eigenheid aangesproken, en worden ze te veel gezien als een eenheid, meestal vanuit onwetendheid (soms ook te zeer belast met eigen thema's). Wanneer dit aan de hand is, kunnen minieme verschillen tussen de

Opvoedingsstijlen van de ouders kunnen een ontstaansfactor zijn in de problematiek bij een tweeling

tweelinghelften worden uitvergroet en kan een polarisatie in persoonlijkheidstrekken optreden. Wanneer verschillen rigide en geforceerd zijn, kunnen ze het gevoel van eigen identiteit ondermijnen. De tweeling wordt onderling steeds vergeleken door anderen; heel bekend is de extraverte helft en de introverte helft. Als je deze boodschap steeds vanuit de omgeving krijgt dan kan je je ernaar gaan gedragen. Frustraties die worden ervaren in het contact met ouders, lijken de tweelingband juist te versterken, vaak als substituuut voor 'teleurstellende ouders'.

Naast de hierboven beschreven hechtingsstijl kunnen ook de opvoedingsstijlen van de ouders (en hoe deze twee op elkaar inwerken) een ontstaansfactor zijn in de problematiek bij een tweeling.

Intermezzo II: tweelingrelaties als gevolg van opvoedingsstijlen

De relaties tussen tweelingen zijn als volgt in te delen (Klein, 2017):

1. DE GEDEELDE IDENTITEIT (*unit identity*)

Bij een gedeelde identiteit is er vaak sprake van ernstige verwaarlozing of misbruik. Soms zijn er trauma's, zoals het overlijden van ouders. De tweeling geeft elkaar de steun en liefde die van de ouders behoort te komen. Het gaat om het 'parentificatie'-syndroom waarbij de tweelinghelften elkaars ouders worden. Ze leren weliswaar zich in de maatschappij staande te houden en een werkzaam leven aan te gaan, maar ze kunnen geen relaties met derden aangaan, of slechts kort. Als ze besluiten te trouwen, dan houdt het huwelijk geen stand. Zonder elkaar overleven ze niet.

2. DE INTERAFHANKELIJKE IDENTITEIT (*interdependent identity*)

Ook in de opvoedingsstijl die deze tweelingrelatie veroorzaakt, is sprake van een deficitair ouderschap, waarbij het hier gaat om onverschilligheid en vijandigheid van ouders ten opzichte van hun tweeling. De oorzaak is vaak dat de ouders zich te zwaar belast, gestresst of teleurgesteld voelen vanwege het hebben van een tweeling. Kinderen die positieve ervaringen met hun ouders missen, zoeken deze bij elkaar. De band met de co-twin neemt dan de plek in van de ouder-kindband. De co-twin wordt belangrijker dan de ouders. Zonder enige restrictie aanvaarden ze van elkaar alle eigenaardigheden en beperkingen. De ouders behandelen de tweeling als een eenheid zonder onderscheid te maken. Dit

vergemakkelijkt de opvoedingstaak; ze gaan ervan uit dat de tweeling hetzelfde is en hetzelfde nodig heeft. De tweeling ontwikkelt daardoor niet een duidelijk 'ik-beeld'; de co-twin wordt als deel van het eigen 'ik' ervaren. Hoewel hun ouders geen verschillen zien tussen hun tweelingkinderen, creëert de tweeling deze verschillen zelf wel. De tweelinghelften kunnen geen relaties aangaan zonder dat de co-twin erbij betrokken is. Zonder elkaar voelen geen van beiden zich op hun gemak. Tweelingen gaan bijvoorbeeld een relatie aan met één en dezelfde partner. Of ze trouwen beiden met partners die hun co-twin onvoorwaardelijk accepteert. Deze tweelingen vertrouwen elkaar meer dan wie dan ook.

3. DE GESPLITSTE IDENTITEIT (*split identity*)

In deze tweelingrelatie zijn ouders blij met hun tweeling vanwege alle aandacht, maar zien ze niet de werkelijke verschillen tussen hun kinderen. Ze zien een oppervlakkige, niet kloppende werkelijkheid. Vaak is er sprake van een psychisch labiele moeder. Zij identificeert haar ene kind met het goede deel van zichzelf, dat wordt het 'goede, lieve, makkelijke kind'; de ander is de personificatie van haar slechte ik, 'het slechte, moeilijk en lastige kind'. Dit creëert tussen de tweeling een conflictueuze situatie. Het ene kind bekritiseert het andere en die accepteert de schuld. Soms vinden ze het leuk om een tweeling te zijn, maar vaker haten ze het, en bij beiden is er een gevoel van schaamte. Als ze klein zijn, zijn ze van elkaar afhankelijk, maar als adolescenten drijven ze uit elkaar. De labels 'goed' en 'slecht' dragen ze bij zich tot op volwassen leeftijd. Omdat er tussen hen geen vertrouwen is, kost het hen in hun latere leven moeite om relaties aan te gaan met andere personen.

4. DE INDIVIDUELE IDENTITEIT

(*individual identity*)

Bij deze tweelingrelatie zien ouders de werkelijke verschillen tussen hun tweelingkinderen en zij voeden ze op als twee individuen. Ouders hebben oog voor hun bijzondere band, en respecteren deze, maar ze helpen de kinderen ook om ieder hun eigen 'ik' te vinden. Tweelingen die bestaan uit een jongen en een meisje vallen vaak in deze groep. Het is voor ouders, vanwege het verschillende geslacht, immers veel makkelijker om de eigen individualiteit van elk kind te zien. De tweeling heeft een goede band; ze vertrouwen elkaar, er is een diepe verbintenis. Vanwege hun positieve ervaring met hun co-twin treden ze ook andere relaties met vertrouwen tegemoet. Toch is de co-twin de beste vriend (vriendin).

Een tweelingengroep is uniek

Deze tweelingengroep vormt een uniek aanbod in Nederland. De tweelingproblematiek en de specifieke onderliggende thema's worden in de GGZ vaak te weinig (h)erkend. De ervaringsdeskundigheid van beide therapeuten maakt dat de problematiek sneller kan worden (h)erkend en de lijdenslast goed op waarde kan worden geschat, waarbij diverse psychische klachten in het hier-en-nu verbonden kunnen worden aan onderliggende thema's van tweelingproblematiek. Er is amper expliciete kennis en kunde over de problematiek die schuil kan gaan achter het deel zijn van een meerling/tweeling. In deze groep kunnen inzichten worden opgedaan en effecten van het opgroeien in een tweeling-relatie beter worden begrepen. De groep geeft een ideale mogelijkheid om vergelijkbare processen te zien bij een

andere tweeling. Tweelingen vragen zich vaak af: 'Hoe doen andere tweelingen dit dan? Ervaren wij alleen deze moeite om ons los te maken?' In de groep zien dat je niet de enige bent die ergens meer worstelt, stimuleert tot leren van de ander. Ook biedt het hoop als andere groepsleden al verder zijn in dit proces en delen hoe zij dit proces

*In de groep komen
thema's aan de orde
als verbondenheid,
jaloezie en rouw*

hebben ervaren. In de groep leert een deelnemer van andere tweelingkoppels. Behandelaren die geen kennis hebben van tweelingthematiek nemen vaak het gegeven dat een client opgroeide als deel van een tweeling voor kennisgeving aan; er wordt niet doorgevraagd. Ook wordt het tweeling zijn vaak geromantiseerd. Veel mensen denken dat het alleen maar fijn is om altijd een broer of zus bij je te hebben die precies even oud is, want dan hoef je je nooit alleen te voelen. Tweelingen intrigeren ook; het ideaalbeeld heeft letterlijk mythologische vormen aangenomen, zoals in de verhalen over Castor en Pollux of Romulus en Remus, Jacob en Ezaü. Vaak wordt er dan een beeld neergezet van een mooie en een lelijke kant, een voor- en achterkant, een zon- en schaduwkant. De groep kan bijdragen aan de ontwikkeling van een meer realistisch beeld van tweelingen. Zowel tweelingen samen als tweelinghelften los van elkaar, kunnen leren van elkaar. Vaak wordt de groep gecombineerd met systeem- en individuele gesprekken.

De behandelvisie is dat men de herhalende dynamiek van de tweelingrelatie, een blauwdruk voor latere relaties, gaat herkennen in andere relaties in het eigen leven. Dat men zich ervan bewust wordt dat het deel zijn van een tweeling andere opgaven in het leven kent dan het opgroeien als eenling. Het is van belang dat de complexiteit daarvan erkend wordt en dat daarvoor begrip ontstaat, en het niet langer blijft bij een romantiseren van de tweelingrelatie. Het streven is de dualiteit lossier te maken, de eigen autonomie te versterken en gevoelens van rivaliteit, schuld, en boosheid te leren te verdragen. Dat is een spannend proces omdat dan emotieregulatieproblemen in beeld komen, zoals het uitbesteden van emoties en (te grote) ruzie maken. In de groep komen thema's aan de orde als verbondenheid, jaloezie en rouw vanwege gevoelens van verlies en eenzaamheid. Tijdens de zoektocht naar een nieuwe vormgeving van de tweelingrelatie kunnen gevoelens van rivaliteit, schuld en boosheid opkomen. Steeds meer gaan beiden de eigen behoeften ontdekken en zichzelf deze toestaan. Dit leidt tot nieuw gedrag, meer afgrenzing, eigen vriendschappen en het aangaan van een partnerrelatie.

**Vignet: een tweeling komt in therapie
(van wij naar ik)**

De eeneiige tweeling Brechtje en Renske (de namen zijn gefingeerd) werd op 25-jarige leeftijd verwezen door de huisarts. Op deze leeftijd in de late adolescentie worden mensen geconfronteerd met de lastige(re) ontwikkelingstaak van het vinden van eigen autonomie. Dan komen problemen vaak naar voren. Beiden woonden samen in een huis, studeerden

allebei Frans en gaven alle twee Franse les en werkten in het onderwijs. Ze deelden een auto, een bankrekening en bijna alle kleding met elkaar (al zijn er ook kledingstukken die niet gedeeld worden zoals ondergoed). Wat er in hen omging aan gedachten en gevoelens werd allemaal gedeeld; er waren geen geheimen voor elkaar. Ze spraken bij voortduring over 'wij' in plaats van 'ik' in een verder eigen, voor anderen niet altijd goed navolgbaar taaltje, leefden in hetzelfde dag/nacht ritme, en nuttigden gezamenlijk alle maaltijden waarbij vergeleken werd wat de ander at. Beiden aten exact hetzelfde in even grote porties, uit angst dat de een zwaarder zou worden dan de ander. Ruzies waren er nauwelijks. Ze leken fysiek ook veel op elkaar. Brechtje, als oudste van de eeneiige tweeling, had op deze verwijzing aangestuurd. Zij had als hulpvraag om meer autonomie te vinden in de tweelingrelatie, zich meer los te maken. Ze beschreef zich als de meer dominante en initiatief nemende van de twee. Ze bemerkte dat als ze niet met Renske samen was, ze meer haar eigen ding kon doen.

Beide zussen hadden een relatie, allebei sinds ongeveer twee jaar. Brechtje beschreef dat als ze met haar zus en haar vriend samen was, de laatste beleefd kon worden als een stoorzender. Ook haar vriend zelf gaf aan dat hij zich op zulke momenten soms een indringer voelde. Maar als ze alleen was met haar vriend, vond ze het fijn, en maakte ze plannen om met hem te gaan samenwonen. Bij Renske speelde twijfel of ze met Brechtje wilde blijven wonen of met haar vriend wilde gaan samenwonen. Het zelfstandig gaan wonen van beiden met het oog op de ontwikkeling van hun autonomie werd vaker besproken in de systeemgesprekken, maar ze wilden dit beiden niet en voelden daartoe weerstand en angst. Het idee om te gaan samenwonen gaf Renske een schuldge-

voel. Voor haar was Brechtje het belangrijkste in haar leven, al kon ze naast het liefdevolle ook beklemming voelen.

Beide tweelingzussen hadden de wens naar verbinding en voor altijd samen zijn, maar ze wilden zich ook meer losmaken van elkaar, omdat ze ervoeren dat de ander in de weg zat om een meer eigen zelfstandig leven op te bouwen. Een zeer ambivalente ervaring voor beiden. Ze wisten niet goed wat ze nu wilden en hoe de toekomst eruit zou moeten zien. Ze ervoeren het als lastig om grenzen te stellen, en om contact te maken met eigen behoeften, verlangens en wensen. Ze worstelden met de vraag wat ze zouden kunnen bereiken als beiden meer eigen keuzes zouden kunnen maken, en zouden leren te accepteren dat ze niet altijd gelijk zijn. Maar tegelijkertijd was er ook de angst de band kwijt te raken die ze tot nog toe ervoerden. De hulpvraag van de zussen was anders gezegd 'een meer eigen leven' op te bouwen.

Doel van de tweelingengroep

Het specifieke doel van de groepsbehandeling is te komen van een wij naar een ik. Er worden existentiële thema's besproken als autonomie, alleen/eenzaam zijn, verantwoordelijkheid, dood, identiteit, en verlies/rouw. De centrale focus van de behandeling is: separeren in verbondenheid. Het gaat om het vinden van een optimale balans in onderlinge verbondenheid tussen een drang naar symbiose versus een wens tot individualiteit, eigen autonomie en eigen identiteit. De uitkomst van dit proces verschilt per tweelingkoppel. Deze onderwerpen werden eerder tot nu toe in de praktijk individueel c.q. systemisch behandeld. Nu is daar een groepsaanbod bij gekomen.

De groep is opgezet voor volwassenen die zijn opgegroeid in een tweeling- of meerlingrelatie. Naast de intakevragen die gebruikelijk zijn in de GGZ, worden specifieke en verdiepende vragen gesteld ten aanzien van het opgroeien in een meerlingrelatie. Ook vindt een heteroanamnese plaats met ouders en eventueel belangrijke anderen, waarbij vragen worden gesteld die expliciet zijn gericht op het opgroeien als deel van een tweeling en tweelingthema's. Partners worden eveneens met algemene en specifieke vragen bij de intakeprocedure betrokken.

De psychotherapie-groep staat open voor mannen en vrouwen vanaf 18 jaar, die opgegroeid zijn als een deel van een tweeling of meerling. Uitgangspunt voor deelname is dat de client zich openstelt om in deze groep de tweelingrelatie en -dynamiek (samen) te onderzoeken en bereid is om verantwoording te nemen voor het eigen aandeel in de problemen die samen ervaren worden. Deze verantwoordelijkheid uit zich door inzet om de eigen tweelingpartner te leren begrijpen maar ook om jezelf te leren begrijpen. Men moet tevens de bereidheid hebben de groep te gebruiken om verder te komen in het individuele ontwikkelingsproces, maar ook in het ontwikkelingsproces van de tweeling. In de groep kan geprofiteerd worden van feedback over de beleving vanuit anderen van hun tweelingrelatie.

Vooraf wordt ook de afspraak gemaakt dat men de tweelingrelatie niet verbreekt zolang men in de groep blijft.

In de praktijk zien we vooral cliënten in de leeftijd van 20-30 jaar, omdat in deze levensfase thema's als autonomie, identiteit, losmaken versus verbinden stagnatie

kunnen gaan geven op meerdere levensgebieden, zoals wonen, vriendschappen, relatie, functioneren op het werk. Er worden zowel doelen gesteld op tweelingniveau als op individueel niveau, waarbij men meestal ziet dat een van beiden meer gemotiveerd is om zich los te maken; de meer stevige wil zich losmaken en dat levert verzet/angst op bij de ander, die dat ervaart als een bedreiging. Als contra-indicaties gelden dat men te angstig is om verandering van het bestaande evenwicht te bespreken, dat afweer te veel op de voorgrond staat en het verlangen naar symbiose en het vasthouden van het oude evenwicht nog te zwaar weegt, of de verwijten naar de andere tweelinghelft (in verband met de dreigende verlating) te fors zijn.

Opzet

Het betreft een online groep die elke twee à drie weken anderhalf uur bijeenkomt via videobellen. Cliënten wonen door het hele land en soms in het buitenland en dat maakt beeldbellen een praktische oplossing. Er kunnen acht cliënten (mannen en vrouwen) deelnemen die verwezen worden door hun huisarts of GGZ-behandelaar. Vooraf wordt een deelnemer gevraagd een vragenlijst in te vullen gericht op het opgroeien in een tweelingrelatie en vindt zoals beschreven een intakegesprek plaats. Specifieke vragenlijsten zijn door Caroline ontworpen en zijn gericht op tweelingen, drielingen, een alleen geboren tweeling, of een overleden tweelinghelft, of een relatiebreuk bij de tweeling. Er is ook een vragenlijst voor de ouders en sblings. Naast de beschrijvende diagnose, wordt een beschrijving gemaakt van de specifieke tweelingdynamiek op individueel- en tweelingniveau.

Na de intake wordt een behandelplan opgesteld. Daarin worden de gespreksgegevens en de indrukken vertaald naar specifieke termen ten aanzien van de dynamiek van de tweelingrelatie en behandeldoelen. De intakefase eindigt met het doen van een behandelaanbod en het opstellen van een behandelplan (dat elk half jaar geëvalueerd wordt).

*Er is op de dimensie
initiatief nemen en
volgen altijd een verschil
binnen het tweelingkoppel*

De doelen voor de groepstherapie, datgene wat de groepsleden aan het eind van de groep bereikt willen hebben, worden in realistische en haalbare termen beschreven. In brede zin betreft het vaak separeren, losmaken van de huidige onderlinge band en deze in een nieuwe/meer gezonde vorm (her-) opbouwen. In de groep wordt veel psycho-educatie geboden over opgroeien binnen een tweelingrelatie, het effect daarvan op de identiteitsontwikkeling, hechting, taalontwikkeling, rollen in een tweelingrelatie, stagnatie en vertraging in de ontwikkeling, emotieregulatie, boosheid voelen en uiten, verdragen van de gevoelens die het gevolg zijn van losmaking, beleving van de relatie met ouders, siblings en eventuele partners. Hierbij wordt erkenning geboden voor het feit dat het een complexe uitdaging is waarvoor tweelingen en hun ouders, soms ook bredere omgeving, gesteld worden. Vaak wordt het romantische beeld gezien van een tweeling, veel mensen hebben de wens een

tweelingbroer/zus te hebben om alles te delen en altijd iemand bij je te hebben, maar de keerzijde is niet iedereen bekend en leidt makkelijk tot een zich onbegrepen voelen, en een alleen zijn in het proces van losmaking.

Het gaat om een online inzichtgevende psychotherapie, gebruikmakend van elementen uit psychodynamische therapie, Schematherapie en Mentalization Based Treatment. De therapeuten hebben een actieve houding met extra aandacht voor non-verbaal gedrag. De groep wordt structuur geboden, onder meer door bij aanvang en afronding een rondje te doen. De therapeuten nodigen de deelnemers meer uit en bevragen gericht dan in een face-to-face-groep. De therapeuten sturen elkaar tijdens de online groepsessie korte vragen zoals: 'Zullen we dit thema gaan afronden?' Het antwoord is dan kort zodat de groep gevolgd kan blijven worden. Als de ene therapeut een bericht stuurt, let de ander meer op het scherm: een online groep is een goed alternatief voor een live samenkomende groep.

Er zijn in de groep zowel tweelingkoppels als cliënten zonder hun tweelingbroer of -zus. In dat laatste geval houdt de ander deelname aan de groep af, daar deze onvoldoende lijdensdruk of een te hoog angstniveau ervaart, of de tweeling heeft beperkt of geen contact. Bij een tweeling is er traditioneel sprake van een rolverdeling, de zogenoemde tweelingdynamiek: er is op de dimensie initiatief nemen en volgen altijd een verschil binnen het tweelingkoppel. Vaak zijn het complementaire rollen die consolideren in de persoonlijkheid. Deze dynamiek is ook in de groep terug te zien als initiatiefnemer versus volger, afhankelijk

versus onafhankelijke en de introverte versus extraverte. In het algemeen wordt gezien dat als alleen de helft van de tweeling wil deelnemen aan de groep, dat vooral de zwakkere van de twee betreft. Wanneer er maar een van de tweeling in de groep participeert, wordt de positie van afwezige tweelinghelft vaak in de groep wel als aanwezig ervaren, daar deze wordt gerepresenteerd door andere groepsleden middels identificatie.

Vignet: hulpvraag van de tweeling (van wij naar ik) in specifieke termen ten aanzien van de tweelingproblematiek

De tweelingzussen ervoeren stagnatie op het gebied van identiteitsontwikkeling, en angsten voor en een verlangen naar losmaken veroorzaakt door een gebrekkige individuatie. Ze wilden meer eigen invulling van vrije tijd, en meer sociale contacten en een verdieping van de relatie met hun vrienden en partners. Voorts wilden ze allebei de keuze maken om met hun partner te gaan samenwonen. Er was bij beiden lijdensdruk. In de persoonlijkheid waren vermijdende en afhankelijke trekken zichtbaar. De tweelingrelatie werd als erg veilig beleefd en belemmerde hen alle twee om meer eigenheid identiteit te ontwikkelen. Opgroeien in een tweelingrelatie was voor hen van grote invloed geweest op de persoonlijkheidsontwikkeling. Er bestond een stagnatie in het proces van separatie en individuatie, door hun onderlinge sterke verbondenheid, identificatie, interdependentie en sterke gevoelens van rivaliteit. Er was tevens een vertraagde ontwikkeling met een fragiel gevoel van eigen identiteit als uitkomst. De onderlinge band werd als zo hecht en de afhankelijkheid als zo groot ervaren, dat dit er zowel toe geleid heeft

dat er minder hechting was met ouderfiguren, als dat de volwassen relatie met de eigen levenspartner van mindere kwaliteit was dan de relatie met de tweelingzus. Er was een wisselwerking tussen de drang naar fusie van identiteiten en de drang naar verwezenlijking van individuatie.

Effectiviteit

Er wordt gesproken van een effectief groepsproces wanneer er ontwikkeling plaatsvindt in verbaliseren en mentaliseren; wanneer men heeft kunnen delen, zich open en kwetsbaar kon opstellen, kon leren van de inbreng van anderen, wanneer er therapeutrouw was en groei in de ontwikkeling van de eigen identiteit. In deze groep kan daaraan worden toegevoegd: wanneer er specifieke tweelingthema's in de groep aangeeraakt, doorgewerkt en doorleefd konden worden. Wat er tussen de tweelinghelften plaatsvond heeft woorden mogen krijgen. Er is taal gevonden voor het proces van de tweeling en de onderlinge dynamiek (de problematiek is in oorsprong vaak preverbaal). Als de groep effectief is, dan is er ruimte om herkenning te vinden bij andere tweelingen, maar ook om per tweeling te mogen verschillen. Door onderlinge herkenning kan men zich gezien en begrepen voelen waar eerder de ervaring met onbegrip was opgedaan. In de groep is er bijzondere aandacht voor de invloed van het romantische beeld over tweelingen, en voor ervaringen met de omgeving zoals met broers en zussen, maar ook met leraren en dergelijken. Het resultaat van behandeling gaat in de richting van een gezondere, meer gelijkwaardige relatie tussen de tweelinghelften met respect voor elkaars behoeften,

grenzen en de verschillen. Qua grenzen zal men in mindere mate open zijn naar elkaar, worden eigen keuzes gemaakt en leunt men minder op elkaar. Er is ruimte ontstaan voor andere betekenisvolle contacten naast de exclusieve tweelingrelatie. Er is ruimte voor een groei in hechting aan belangrijke anderen, zoals een partner. Er is erkenning gegeven voor de unieke en zeer exclusieve band van de tweeling, en voor de ervaren problemen. Het proces van zich meer losmaken is genormaliseerd als gezond. Er is al een aantal behandelingen succesvol afgerond waarbij de cliënten een nieuwe, voor beiden prettige relatievorm hebben ontwikkeld op de dimensies initiatief nemen/volgen. Groepsleden gaven in de evaluaties aan het prettig te vinden om te delen, herkenning te vinden en het gevoel te krijgen begrepen te worden. Men ervoer steun aan het zien van verschillen en het meemaken van elkaars groei en ontwikkeling. Het idee niet alleen te zijn in deze problematiek was ook belangrijk. Doordat de cliënten in de groep verschilden in hun fase van losmaking gaf dat een voorbeeld en daarmee aan de jongere leden hoop en vertrouwen. Deze resultaten waren extra positief omdat Caroline de groep een periode zonder co-therapeut moest aanbieden, en deze helaas na een jaar moest stoppen omdat er te weinig verwijzingen waren.

Ervaringsdeskundige therapeuten

Caroline en Jeantine kunnen gericht vragen stellen die anderen, die niet in een tweelingrelatie zijn opgegroeid, niet zo snel stellen. En ze weten dat ze door moeten vragen naar de ervaren ambivalentie. Omdat ze als tweeling zelf ooit in een eigen 'bubbel'

zaten en dus ervaringsdeskundigen zijn, worden ervaringen bij andere tweelingen goed herkend en gevalideerd. In de groep zijn ze gelijkwaardige co-therapeuten, die eigen thema's gerelateerd aan het opgroeien binnen een tweelingrelatie eerder goed hebben doorgewerkt. Toen zij op kamers gingen, was er geen hulp of begeleiding in het proces van elkaar loslaten en moesten ze zelf hun leven alleen opbouwen. De motivatie deze groep aan te bieden voor

Caroline en Jeantine hopen dat andere hulpverleners meer passende hulp zullen bieden

tweelingen ligt ook in de toen ervaren lijdensdruk en het gemis aan adequate begeleiding. Ze kunnen intrinsiek met de groepsleden meevoelen ten aanzien van de pijn om te moeten loslaten, en met de vrijheid die daarmee ontstaat, en ook de angst voor en het verlangen naar het opbouwen van een eigen identiteit. Zelf hebben ze ervaren hoe het is om 'de tweeling' genoemd te worden. Op school hadden ze samen een vriendin en gingen ze vertraagd eigen relaties aan. Pas in de studententijd, toen ze in verschillende steden gingen studeren, werden ze bij hun eigen voornaam genoemd. Op de dimensie initiatief nemen/volgen was Caroline de leider en Jeantine de volger. Hier is een parallel met hoe de samenwerking tot stand is gekomen ten aanzien van de tweelinggroep; Caroline nam in haar

eigen praktijk het initiatief voor deze groep. Maar verder is Jeantine niet meer volgend te noemen. Door het opbouwen van een eigen leven en eigen gezinnen hebben ze zich gezond kunnen ontwikkelen. In hun jeugd werden de verschillen steeds uitvergroot in een poging om hen uit elkaar te houden. Nu zijn ze 'gesepareerd in verbondenheid' zoals de titel van Carolines artikel ook luidde. Sinds hun studietijd komen ze elkaar eigenlijk niet tegen in het werk, al zijn ze allebei psycholoog, en ook niet op straat omdat ze in een andere stad wonen. Omdat er voldoende afstand is, kunnen ze nu deze groep begeleiden en een voorbeeld zijn voor de tweelingen die deelnemen, en hen hoop geven op een goede uitkomst. Caroline kan ook nog putten uit ervaringen als moeder van inmiddels volwassen tweelingzons.

Groepsleden gaven in evaluaties aan de groep als prettig te ervaren, men voelde zich begrepen. Ze gaven aan het fijn te vinden dat de therapeuten antwoorden kunnen bieden op hun vragen, met enige *selfdisclosure*, met name als een bepaalde kant van een thema in de groep niet genoemd wordt. Caroline en Jeantine hopen dat andere hulpverleners meer oog ontwikkelen voor specifieke tweelingthema's en meer passende hulp zullen bieden, met hopelijk ook aandacht voor de vaak specifieke co-morbiditeit zoals vermijding, eetproblemen en stemmings- en angstklachten. Wanneer slechts naar de problematiek gekeken wordt die wordt gepresenteerd door de cliënt zelf, en geen aandacht wordt besteed aan het feit dat de cliënt is opgegroeid in een tweelingrelatie, dan kan therapie veel minder effect hebben omdat de kern van de problematiek niet of onvoldoende aangeraakt wordt.

Vignet: de afronding van de therapie (van wij naar ik)

Na anderhalf jaar waarin de tweeling de groep volgde maar ook daarnaast werd gezien, met de partners en de ouders, volgde een eindgesprek. Bij Brechtje en Renske was er oorspronkelijk sprake van een interafhankelijke identiteit (Klein, 2017). Terugkijkend op hun doel om te separeren in verbondenheid gaven beiden aan dat dit was behaald. Ze zagen dat de ouders geen eigen relatie met elk van hen had opgebouwd, maar steeds met hen samen als een eenheid. Ze ervoeren dat de ander in de weg zat en daar was schuldgevoel over. Renske en Brechtje wilden beiden een eigen leven opbouwen, maar wilden daarbij ook de hechte en unieke band die ze hadden, behouden.

Er was veel veranderd. Zo woonden ze in het begin van het traject beiden nog samen thuis, sporten ze iedere dag samen en werkten ze ook allebei vanuit huis. Nu wonen ze op zichzelf en zelfs in andere steden, sporten ze ieder apart en hebben ze ander werk. Van bijna alles samendoen naar soms iets samendoen, en van hele dagen met elkaar zijn naar veel minder tijd samen doorbrengen, dat was aanvankelijk ondenkbaar voor hen en ze bespraken geregeld hun weerstand in de groep, die herkenbaar was. Soms dachten ze toch dat ze samen wilden leven zonder de partners. De uitdagingen waren vooral zelf een ritme op te bouwen en dingen te gaan bepalen. Dat kon gaan om zelf vrienden maken en onderhouden, je eigen portemonnee beheren en zelf bepalen welke boodschappen er gedaan worden, en wat er gezeten wordt. De grootste uitdaging bleek om evenwicht te bewaren; elkaar ook niet te weinig te gaan zien. De tweeling rapporteerde

aanvankelijk heimwee naar vroeger als ze samen waren. Maar als ze weer in hun eigen ritme waren, merkten ze allebei dat ze gewend raakten aan hoe het eigen leven de afgelopen anderhalf jaar vorm had gekregen. En dat ze niet meer spraken over 'wij' maar over 'ik'.

De afronding van de groepsbehandeling zagen ze niet als het eindpunt in het proces, maar als een nieuw begin. Het blijft een proces om zonder externe begeleiding te blijven zoeken naar hoe de onderlinge band vorm te geven, ook in verschillende levensfasen. Zonder deze groepstherapie meenden ze niet zo ver zijn gekomen, omdat de 'beren op de weg' te groot waren om zelf aan te pakken. Deze tweeling-groep hebben ze ervaren als de 'kers op de taart' in de gehele behandeling!

Tot slot

Als groepspsychotherapeut was mijn nieuwsgierigheid gewekt toen ik hoorde over de tweelinggroep gegeven door een therapeutentweeling. Met veel interesse heb ik Caroline en Jeantine geïnterviewd, en met groot enthousiasme hebben zij me veel nieuws over tweelingen, hun specifieke problemen en een mooi en passend groepsaanbod verteld, waarvoor mijn hartelijke dank. Dit artikel kwam voort uit ons gesprek omdat het ons ook voor andere collega's interessant leek om meer over tweelingen, hun hulpvragen en hun (groeps-)behandeling te weten, en meer kennis ook voor tweelingen zelf er hopelijk toe zal bijdragen dat zij een gerichtere behandeling krijgen.

Katelijne Robbertz (katelijne.robberitz@radboudumc.nl) is klinisch psycholoog/(groeps) psychotherapeut en supervisor NVGP. Ze werkt in Nijmegen bij de afdeling psychiatrie van het Radboudumc en als hoofddocent groepsdynamica bij het RCSW voor de GZ, PT en KP-opleidingen.

Refereren aan:

.....
Katelijne Robbertz (2024). Tweeling zijn, een gave en een opgave. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 19(1), p. 27-41.

Literatuur

Gantois, P. (2015). Tweelingen is een werkwoord. Boekbespreking. *Tijdschrift voor psychoanalyse*, 21(3), p. 299-231.

Feenstra, C. (2019). *Tweelingen zijn hechtingspersonen van elkaar*.
<https://coksfeenstra.info/nl/tweelingen-zijn-hechtingspersonen-van-elkaar/>

Feenstra, C. (2016). *De band tussen een tweeling*.
<https://coksfeenstra.info/nl/de-band-tussen-een-tweeling/>

Feenstra, C. (2015). *Invloed van de tweelingband op andere aspecten van hun ontwikkeling*.
<https://coksfeenstra.info/nl/invloed-van-de-tweelingband-op-andere-aspecten-van-hun-ontwikkeling/>

Klein, B. (2017). *Twin dilemmas: Changing relationships throughout the life span*. New York: Routledge.

Klein, B. (2003). *Not all twins are alike: Psychological profiles of twinship*. Westport: Praeger.

Koch, H.L. (2015). *Twins and twins relations*. University of Chicago Press.

Peverelli, H. (2022). *Wij zijn een tweeling, maar wie ben ik*.
<https://www.psychologiemagazine.nl/artikel/wij-zijn-een-tweeling-maar-wie-ben-ik/>

Sandbank, A. (2003). *Twins and the family. The essential guide to bringing up twins*. Guilford, UK: Tamba.

Steures, P. & Boom, B. van der (2022). Online psychodynamische groepspsychotherapie. In: Verhagen, P. & Haar, A. ter (red). *Leerboek groepspsychotherapie*. Amsterdam: Boom|deTijdstroom.

Tancredy, C.M. & Fraley, R.C. (2006). The nature of adult twin relationships: an attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(1), p. 78-93.

Vons, C. (2001). Separeren in verbondenheid. *Groepspsychotherapie*, 35(2), p. 60-71.

Woodward, J. (2009). *Lone twin: Understanding twin bereavement and loss*. London, UK: Free Association Books.

Autonomie en verbondenheid bij persoonlijkheidsstoornissen: Veranderingen in levensverhalen gedurende (dag)klinische psychotherapie

Een verslag van een onderzoek dat is uitgevoerd als eerste stap in het streven om meer zicht te krijgen op de twee kerncomponenten van persoonlijkheidsontwikkeling bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. De onderzoekers analyseerden de levensverhalen die PS-patiënten op hun verzoek schreven voor en na een intensieve (dag)klinische psychotherapeutische behandeling. Leveren die inzichten verbeterpunten op voor de therapie?

Door Fabian Schug, Silvia Pol
en Gerben Westerhof

'Ik liep door mijn tuin, de tuin die hoorde bij mijn huis waar ik al twaalf jaar woonde. De tuin was overwoekerd met onkruid. Het gras stond hoog. Voor het eerst in mijn leven nam ik stap voor stap een tuin onderhanden. Doelbewust. Niet met mijn gedachten bij het verleden of de toekomst. In het hier en nu. [...]. Zo trots als een pauw liep ik door mijn nieuwe tuin. De kleuren maakten mij gelukkig. In de hoek van de tuin stond een oude schommelbank. Verroest en de planken doorgerot. [...] Ik schuurde het metaal en verfde het met blauwe hamerslag metaalverf. Ik verving de vijftien planken van de bank met nieuwe planken. Ik beitste de planken in notenhoutkleur. De schommelbank was begonnen aan zijn tweede leven, hij stond nu in een kleurrijke mooie tuin. In het hier en nu. Een waargebeurd verhaal. Na mijn tijd bij Scelta.'

Bovenstaand citaat illustreert twee belangrijke zaken. Enerzijds wordt de lijdensdruk van mensen met persoonlijkheidsstoornissen (PS'en) duidelijk. PS'en worden gekenmerkt door duurzame en disfunctionele belevings- en gedragspatronen (American

Psychiatric Association, 2013). Deze klachten gaan gepaard met problemen op het gebied van werk, sociaal functioneren, co-morbide psychopathologie, verminderd algeheel functioneren en een lage kwaliteit van leven (Samuels, 2011; Soeteman et al., 2008). Anderzijds beschrijft deze patiënt de ingrijpende verbetering die door een gespecialiseerde psychotherapeutische behandeling tot stand kan komen. Onderzoek bevestigt dat verschillende psychotherapeutische behandelvormen (kosten)effectief zijn voor mensen met PS'en (Stoffers et al., 2012; Soeteman & Kim, 2013).

Cross-sectioneel onderzoek laat zien dat autonomie en verbondenheid samenhangen met geestelijke gezondheid

Ondanks deze veelbelovende ontwikkelingen is er op dit moment veel discussie over classificatie en behandeling van PS'en. Zo kent het categoriale DSM-5 classificatiesysteem een aantal problemen, waaronder een beperkte diagnostische betrouwbaarheid, grote comorbiditeit tussen en heterogeniteit binnen PS'en (Morey et al., 2015; Widiger & Trull, 2007). Oorzaak hiervan is onder andere het gebrek aan empirisch bewijs voor onderscheidende affectieve en cognitieve patronen tussen PS'en (Dimaggio et al., 2006). Dit heeft tot gevolg dat enkel de classificatie van PS'en onvoldoende specifiek is voor passende indicatiestelling (Krueger, 2013). Daarnaast is de vraag hoe behandeling leidt tot psychotherapeutische

veranderingen nog grotendeels onontgonnen terrein (Kazdin, 2007). Om behandelingen te optimaliseren moeten ze beter aansluiten bij de individuele patiënt (Arntz et al., 2012). Hiervoor is er meer begrip nodig van 1) de persoon achter de classificatie (Krueger et al., 2014) en 2) het proces van verandering. Aan een verbeterd begrip kan het identificeren van onderliggende concepten die de afzonderlijke PS overstijgen een belangrijke bijdrage leveren (Bender et al., 2011).

Autonomie en verbondenheid worden beschouwd als kerncomponenten van zowel de normale als de verstoorde persoonlijkheidsontwikkeling (Blatt, 2008; Hopwood et al., 2013; Kernberg 2012; Livesley, 2003; Luyten & Blatt 2011). Deze 'Big Two' (Paulhus & Trapnell, 2008) van de persoonlijkheid kennen, onder verschillende namen en definities, een lange traditie binnen de psychologie (voor een overzicht zie Abele & Wojciszke, 2014). Bakan introduceerde de begrippen 'autonomie' en 'verbondenheid' in 1966, maar de idee van deze dualiteit van het menselijke bestaan wordt al beschreven door filosofen in de Griekse oudheid (Markey, 2003). In het wetenschappelijke discours bestaat een grote diversiteit aan op elkaar lijkende, maar niet geheel identieke definities van autonomie en verbondenheid. In deze studie hanteren we een combinatie van twee definities van deze twee thema's die eerder werden gebruikt bij onderzoek naar het verband met afweermechanismen, welbevinden en persoonlijkheidskenmerken (Abele et al., 2008; Diehl et al., 2004). Deze auteurs associëren autonomie met een positieve gerichtheid op zelfstandigheid, gewenste doelen en regie over het eigen

leven. Verbondenheid kenmerkt zich door positieve gerichtheid op de ander ten bate van een gevoel van saamhorigheid. Naast gezond aanwezig kunnen autonomie en verbondenheid onvoldoende of juist overmatig aanwezig zijn.

Cross-sectioneel onderzoek laat zien dat autonomie en verbondenheid samenhangen met geestelijke gezondheid. Een hogere mate van autonomie gaat gepaard met meer zelfverzekerdheid, minder vijandigheid (Helgeson, 1993; Helgeson & Fritz, 1999), minder distress (Helgeson & Fritz, 2000), mindere mate van psychopathologie (Lysaker et al., 2003), betere geestelijke gezondheid in het algemeen (bv. Adler et al., 2008; Helgeson, 1994; Woike & Polo, 2001) en succesvolle behandelingen (Adler & McAdams, 2007). Verbondenheid wordt geassocieerd met positieve interpersoonlijke relaties, veilige hechting (Helgeson & Fritz, 1999) en positieve geestelijke gezondheid in het algemeen (Helgeson & Palladino, 2012; Mansfield & McAdams, 1996; Woike & Polo, 2001). Een omgekeerd patroon wordt aangetroffen bij overmatige autonomie en verbondenheid (Helgeson & Fritz, 1999, 2000; Le et al., 2018).

Autonomie en verbondenheid komen terug in uiteenlopende hedendaagse psychotherapeutische modellen, variërend van interpersoonlijke, hechtings-, cognitief gedragstherapeutische en psychodynamische modellen (Blatt, 2008, Hopwood et al., 2013; Luyten & Blatt 2011). De meeste vormen van psychotherapie zijn gericht op het stimuleren van het gevoel van autonomie en verbondenheid (b.v. Elliott & James, 1989; Williams & Levitt, 2007). In het bijzonder geldt voor groepstherapie dat de mogelijkheid bestaat om te werken aan autonomie, de ontwikkeling van

een sterk en onafhankelijk zelf, en aan verbondenheid die zich uit in de vaardigheid om zich op een betekenisvolle manier met anderen te verbinden (Burlingame et al., 2021). Groepspsychotherapie ontleent haar werkzaamheid aan het leren in de interactie van en met elkaar, waarbij het onder meer gaat om experimenteren met nieuw gedrag en leren van interpersoonlijke feedback (cognitief, affectief en gedrag) en het vinden van herkenning, empathie en steun (Yalom & Leszcz, 2021). Een longitudinale studie (Adler, 2012) naar therapieveranderingsprocessen laat een positieve samenhang zien tussen autonomie en verbondenheid met geestelijke gezondheid.

Door het bestuderen van levensverhalen kan men inzicht verwerven in de manier waarop en de mate waarin autonomie en verbondenheid een rol spelen in het leven van mensen (McAdams, 2001). Tevens kan hiermee het psychotherapeutische proces in kaart worden gebracht (Dimaggio et al., 2006). Zo blijken levensverhalen van patiënten met PS'ën sensitief voor veranderingen in taalgebruik (Arntz et al., 2012) en autonomie en verbondenheid (Adler et al., 2012) in de loop van een behandeling. Dit betekent dat de analyse van levensverhalen een geschikte (complementaire) kwalitatieve methodiek is om kenmerkende concepten van patiënten vast te stellen en het psychotherapeutisch proces van verandering te begrijpen (Kazdin, 2007; Angus & McLeod, 2004).

Ondanks de centrale rol van autonomie en verbondenheid in de normale en verstoorde persoonlijkheidsontwikkeling, zijn ons bij PS'ën slechts twee studies naar deze thema's bekend. Guruprasad en Bhola (2015) onderzochten levensverhalen van patiënten met een borderline PS (BPS) aan

het begin van behandeling. Autonomie en verbondenheid kwamen (relatief) weinig voor in deze verhalen. In een correlatieve studie bij 20 patiënten met een BPS bleken zowel een hogere mate van autonomie als een hoge mate van verbondenheid samen te gaan met minder symptomatologie passend bij BPS (Adler et al., 2012). Daarnaast hing een hogere mate van autonomie samen met minder depressieve klachten, meer positieve interpersoonlijke relaties en een hogere kwaliteit van leven, ook bij een follow-upmeting zes maanden later (Adler et al., 2012).

Het accent ligt op het verbeteren van het intrapsychisch, sociaal en maatschappelijk functioneren

Concluderend kan er worden gesteld dat autonomie en verbondenheid kernconcepten zijn van het persoonlijkheidsfunctioneren en dat psychotherapie tot doel heeft deze te bevorderen. Deze 'Big Two' worden geassocieerd met geestelijke gezondheid en blijken gevoelig voor psychotherapeutische veranderingen. Desondanks is er nauwelijks onderzoek verricht naar de manier waarop deze concepten naar voren komen bij mensen met PS'en en hoe ze veranderen in de loop van een intensieve (dag)klinische behandeling. Dit onderstreept de urgentie van ons exploratief en beschrijvend onderzoek dat een eerste stap is om meer zicht op autonomie en verbondenheid bij patiënten met PS'en te verkrijgen.

De onderzoeksvragen zijn:

1. Hoe manifesteren zich de thema's autonomie en verbondenheid in levensverhalen van mensen met PS'en?
2. Welke verandering in deze thema's komen naar voren in de vergelijking tussen levensverhalen voorafgaande en direct na afloop van een intensieve (dag) klinische psychotherapeutische behandeling?

Methode

Onderzoeksdesign

Het onderzoek betreft een naturalistisch, prospectief, *within-subjects*-design. Levensverhalen werden voorafgaand aan en direct na de behandeling verzameld. Het onderzoeksprotocol werd goedgekeurd door de ethische commissie van de Universiteit Twente.

Setting

Om de onderzoeksresultaten te kunnen generaliseren naar intensieve psychotherapeutische behandelingen in een (dag)klinische setting werden de deelnemers voor ons onderzoek geworven bij drie verschillende afdelingen van Scelta, onderdeel van GGNet (een derdelijns instelling voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen, TopGGZ erkend). De drie afdelingen kennen een multi-methodische benadering (cognitieve gedragstherapie, groepsdynamische groepspsychotherapie, beeldende, muziek- en psychomotorische therapie en maatschappelijke re-integratie als mede systeemgesprekken) binnen een milieutherapeutisch kader. Het accent ligt op het verbeteren van het intrapsychisch, sociaal en maatschappelijk functioneren. Het cognitief gedragstherapeutisch kader van de

afdelingen is gebaseerd op dialectische gedragstherapie (DGT; Linehan, 1993), schematherapie (ST; Young e.a., 2003) en een combinatie van DGT en ST (deeltijd). DGT en ST zijn aangepast aan en herschreven voor de klinische setting. De behandeling duurde 10 (DGT en ST) of 9 (deeltijd) maanden met een maximale verlenging van twee maanden.

Deelnemers

Patiënten met één of meerdere persoonlijkheidsstoornissen die onvoldoende profiteerden van eerdere behandeling (waaronder ambulante individuele en/of groepstherapie, dagbehandeling en/of klinische behandeling) werden op basis van een indicatiestellingsonderzoek (voorinformatie verwijzer, levensverhaal en intakegesprek door een klinisch psycholoog of psychiater) toegewezen aan een van de drie behandelprogramma's. Exclusiecriteria voor de behandeling waren als volgt: chronische psychose of schizofrenie, onvoldoende kennis van de Nederlandse taal, zwakzinnigheid, antisociale persoonlijkheidsstoornis als hoofdclassificatie en op de voorgrond staande middelenafhankelijkheid waarvoor detoxificatie noodzakelijk was.

In de periode vanaf december 2014 tot april 2016 zijn 121 patiënten tussen de 18 en 65 jaar gestart met een behandeling op een van de drie intensieve (dag)klinische psychotherapeutische behandelprogramma's van Scelta. Alle patiënten schreven voorafgaande aan behandeling een levensverhaal. Na drop-out van 41 patiënten (33,9%) rondden er 80 de behandeling binnen 8 tot 12 maanden af. In het onderzoek van Cornelissen en anderen (2010) bij dezelfde patiëntengroep bleek hetzelfde percentage patiënten

(33,3%) uit te vallen. 51 patiënten werd gevraagd om een tweede levensverhaal te schrijven. 35 van hen schreven een tweede levensverhaal waarvan er één geen toestemming gaf voor het gebruik van de gegevens. Daarmee voldeed het aantal aan een a priori poweranalyse met G*Power 3 (Faul et al., 2007) voor de gepaarde t-toets (uitgaande van een $\alpha=0,05$, Cohen's $d=0,5$ en $\text{power}=0,80$ is een steekproefgrootte van 34 nodig).

Instrument

Bij elke aanmelding werd aan patiënten gevraagd om een levensverhaal aan te leveren (instructie: 'Voor aanmelding als cliënt levert u aan: een levensverhaal'). Verder zijn er geen instructies wat betreft het schrijven van het levensverhaal. Na afloop van de behandeling werd wederom aan patiënten gevraagd om een levensverhaal te schrijven ('Schrijf opnieuw uw levensverhaal').

Kwalitatieve analyses

De levensverhalen werden geanalyseerd met een inhoudsanalyse zoals beschreven door Elo en Kyngäs (2008). Hierbij werd de terminologie voor het uitvoeren van een inhoudsanalyse van Graneheim en Lundman (2003) aangehouden. Het gehele levensverhaal van een deelnemer werd bij de analyse betrokken. We beschouwden woorden, zinnen en alinea's die aan elkaar gerelateerd waren door inhoud en context als een betekenisvolle eenheid (*meaning unit*; MU). De inhoud van de eenheid kan zowel manifest als latent zijn (Graneheim & Lundman, 2003). Voor de start van het analyseproces werden alle levensverhalen op naam en plaats geanonimiseerd door een psycholoog van Scelta Apeldoorn die verder niet bij het

onderzoek was betrokken. Iedere patiënt kreeg een onderzoeksnummer. Ieder verhaal werd gecodeerd met het onderzoeksnummer aangevuld met 1 (voormeting) of 2 (nameting). Door de inhoud van de tekst was ieder verhaal te identificeren als voor- of nameting. De onderzoekers waren blind voor de deelnemer, maar niet voor het meetmoment. Bij de kwalitatieve analyses werd gebruikgemaakt van het software ATLAS.ti 8.

De inhoudsanalyse in ons onderzoek was een combinatie van deductieve en inductieve analyses. Deductief (top-down) analyseren hield in dat verhalen vanuit de thema's autonomie en verbondenheid werden geanalyseerd. Als eerste stap ontwikkelden we een a priori codeboek voor de thema's autonomie en verbondenheid. In deze studie hanteren we de definitie van Diehl en anderen (2004, Appendix A) met aanvullingen van Abele en anderen (2008, p. 1204):

Autonomie: '... refers to a person's striving to be separate from others, to master the environment, and to assert, protect, and expand the self. Individuals who score *high on agency* are usually powerful and autonomous 'agents,' they are highly individualistic, they like to dominate and lead, they want to be a force to be reckoned with. In its *positive form*, high agency orientation is found in skillful leaders who enjoy challenging tasks, are ambitious, self-confident and creative, and can lead a project to success – even in the face of obstacles. In its *negative form*, high agency orientation is expressed by 'hunger for power and dominance' and is often expressed by reckless, abrasive, and selfish/self-centred behavior toward others.' Abele en anderen (2008, p. 1204) voegen aan

deze definitie de afwezigheid van autonomie toe: 'A lack of *agency* manifests itself in, for instance, inactivity and apathy.'

Verbondenheid: '... refers to a person's striving to lose his or her own individuality by merging with others. Individuals who score *high on communion* enjoy participating in something that is larger than the self. They enjoy relating to other persons in warm, close, intimate, and loving ways. In its *positive form*, high communion orientation is found in persons who can easily give up or delay their individual needs and wishes for the common good. They are usually great team players and can collaborate with others smoothly and in constructive ways. Also, they are usually good in understanding others' feelings and are able to respond with empathy and thoughtful understanding. In its *negative form*, high communion orientation is found in persons who always want to please others and are extremely dependent on the approval and opinion of others. These individuals are devastated if their needs for 'union and merging with others' are not reciprocated by these others and they feel rejected and worthless. These individuals, in general, have given up any kind of sense of individuality and self-worth.'

Abele en anderen (2008, p. 1204) voegen aan deze definitie de afwezigheid van verbondenheid toe: 'A lack of communion manifests itself in, for instance, callousness and repellent behavior.'

Het codeboek maakt op basis van de theorie voor de thema's autonomie en verbondenheid onderscheid tussen drie subthema's, te weten Aanwezigheid, Gebrek en Overmatig aanwezig (zie tabel 4).

Als tweede stap werden telkens het eerste en tweede levensverhaal van zes random gekozen deelnemers (twee uit elk programma) enkele keren doorgelezen om vertrouwd te raken met de levensverhalen. Daarna wezen Silvia Pol (SP) en Fabian Schug (FS) relevante MU's aan waaraan de drie subthema's konden worden toegekend van autonomie of verbondenheid. Bij stap drie leidde een inductieve inhoudsanalyse (bottom-up) van dezelfde levensverhalen middels discussie tussen SP, FS en GW tot een nieuw subthema Maladaptieve coping voor Autonomie. In de vierde stap werden de subthema's op basis van discussie tussen SP, FS en GW onderverdeeld in codes. Consensus werd bereikt over de formulering van codes en over het moment van verzadiging dat er geen nieuwe codes van de subthema's van autonomie en verbondenheid meer naar voren kwamen. Voor een overzicht van alle (sub)thema's en codes zie tabel 4. Afsluitend werden de verhalen van de resterende deelnemers voor analyse verdeeld onder SP en FS en werd middels discussie consensus bereikt wanneer er discrepanties optraden wat betreft afbakening van MU's en toekenning van codes.

Betrouwbaarheid

In ons onderzoek hielden we rekening met enkele maatregelen die door Graneheim en Lundman (2003) werden beschreven om de betrouwbaarheid van de kwalitatieve analyses te waarborgen. Om te laten zien dat de subthema's en codes een adequate weerspiegeling van de data zijn en hoe onderscheid tussen de subthema's en codes is gemaakt (geloofwaardigheid) hebben we tabellen 2 en 3 met voorbeeldcitaten opgenomen. Tevens werd voor alle toegekende

codes overeenstemming bereikt tussen de twee onderzoekers. Om de zekerheid te bevorderen kregen alle deelnemers dezelfde instructie voor het schrijven van hun eerste en tweede levensverhaal. Daarnaast werden relevante karakteristieken van de deelnemers en de behandelsetting duidelijk beschreven (overdraagbaarheid).

Statistische analyses

De statistische analyses zijn uitgevoerd met SPSS voor Windows versie 23. Voor het beantwoorden van de vraag welke verandering van autonomie en verbondenheid naar voren komt in levensverhalen voorafgaande en direct na afloop van een intensieve (dag) klinische psychotherapeutische behandeling werden de volgende stappen gezet. Allereerst werd voor elk subthema met een code vastgesteld of dit in een levensverhaal voorkomt of niet. Met een niet-parametrische toets voor *related samples* (McNemar-toets) werd onderzocht of er een verschil was in het percentage verhalen waarin het subthema of de code voorkwam bij voor- en nameting. Daarna werd per levensverhaal geteld hoe vaak de subthema's en codes voorkwamen. Deze frequenties werden gedeeld door het aantal MU's per verhaal. Zo konden de levensverhalen onderling worden vergeleken. Deze proporties bleken niet normaal verdeeld voor de meeste subthema's en codes. Daarom werd in eerste instantie een niet-parametrische toets (Wilcoxon Rank Sum-test) uitgevoerd. Daarna werd middels een gepaarde t-toets dezelfde analyse uitgevoerd. Dit leverde dezelfde significante verschillen op. Derhalve rapporteren we de resultaten van de t-toets. Als laatste stap werd de grootte van het effect bepaald met Cohens *d*.

Vanwege het within-subjects design is de effectgrootte gelijk aan het gestandaardiseerde verschil tussen gemiddelden op voor- en nameting. Bij een Cohens d onder 0.33 is er sprake van een klein effect, tussen 0.33 en 0.55 is het effect gemiddeld en tussen 0.56 tot 1.2 is het effect groot (Lipsey & Wilson, 1993).

Resultaten

Beschrijvende statistiek

De klinische karakteristieken van de deelnemers (N=34) bij het begin van de behandeling zijn vermeld in tabel 1. Van de 27 vrouwen en 7 mannen varieerde de leeftijd tussen de 19 en 52 jaar met een gemiddelde

| Totaal (n=34) | | |
|--------------------------------------|---|------------|
| | | N (%) |
| Programma | DGT | 7 (20,6) |
| | ST | 8 (23,5) |
| | DGT en ST | 19 (55,9) |
| DSM-IV-TR-classificatie as I | Stemmingsstoornissen | 30 (88,2) |
| | Angststoornissen (zonder PTSS) | 13 (38,2) |
| | PTSS | 9 (26,5) |
| | Somatoforme stoornissen | 3 (8,8) |
| | Eetstoornissen | 9 (26,5) |
| | Stoornis in het gebruik van middelen | 3 (8,8) |
| | Aandachtstekort- of hyperactiveiteitsstoornis | 2 (5,9) |
| DSM-IV-TR-classificatie as II | Borderline PS | 8 (23,53) |
| | Ontwijkende PS | 13 (38,24) |
| | Afhankelijke PS | 6 (17,65) |
| | Obsessief compulsieve PS | 2 (5,88) |
| | PS NAO | 16 (47,1) |
| | Borderline PS, TV | 9 (26,5) |
| | Narcistische PS, TV | 1 (2,9) |
| | Ontwijkende PS, TV | 13 (38,2) |
| | Afhankelijke PS, TV | 6 (17,7) |
| | Obsessief compulsieve PS, TV | 4 (11,8) |

Opmerkingen: NAO= niet anderszins omschreven.; TV= Trekken van; Percentages komen uit op meer dan 100% omdat de meeste patiënten meer dan één diagnose kregen van een as-II-stoornis.

Tabel 1: Klinische karakteristieken deelnemers.

van 32,6 jaar (SD=10,4). Hiervan woonde de helft samen met een partner. Een derde van de patiënten had werk en een hoog opleidingsniveau (hbo of hoger). 76,5 % van de deelnemers had meer dan 2 PS'en en de helft had 3 of meer PS'en.

Autonomie en verbondenheid in levensverhalen

De eerste onderzoeksvraag was hoe de thema's autonomie en verbondenheid zich manifesteren in levensverhalen. Een overzicht van alle subthema's en codes van autonomie en verbondenheid met voorbeeld-citaten staat in tabel 2 en 3.

Autonomie

Aanwezig

Bij een aanwezige autonomie is er sprake van een positieve gerichtheid op zelfstandigheid, gewenste doelen en regie over het eigen leven. Dit subthema is onderverdeeld in een drietal codes. Bij de code Intern komen deelnemers voor zichzelf op, zij ervaren minder hinder van klachten, hebben introspectie, zicht op omgevingsfactoren en formuleren doelen en wensen. Wanneer mensen een sturend vermogen ervaren met behulp van inschakeling van de omgeving waaronder familie, vrienden, school, hulpverlening en medicatie werd de code Extern toegekend. Bij Maatschappelijk functioneren gaat het om het behalen van maatschappelijke prestaties op de gebieden school en opleidingen (behalen van diploma's), werk en vastgoed.

Gebrek

Dit subthema verwijst naar een gebrek aan positieve gerichtheid op zelfstandigheid (autonomie), gewenste doelen en regie over

het eigen leven. Een ervaren gebrek aan zelfsturende vermogens (Intern) komt tot uitdrukking in beschreven klachten, ontbreken van controle (praktisch en psychisch) en een tekort aan probleemoplossende/ regulerende vaardigheden. De code Extern geeft aan dat deelnemers feitelijk niet in staat waren om zelf invloed uit te oefenen op omstandigheden zoals (ernstige) lichamelijke klachten en het afhankelijk zijn van of overgeleverd zijn aan bureaus, behandelaren, instanties of instellingen. De code Maatschappelijk functioneren werd toegekend bij problemen met het behalen van maatschappelijke prestaties op de gebieden school en opleidingen (behalen van diploma's) en werk.

Traumatische ervaringen variëren van ernstige pestervaringen, overlijden van naasten tot (psychische, fysieke, seksuele) mishandeling en misbruik en verwijzen naar situaties waarin men geen invloed kon uitoefenen.

Overmatig aanwezig

Overmatige gerichtheid op zelfstandigheid (autonomie) en regie over het eigen leven ten koste van samenwerking en anderen. Dit subthema werd niet verder onderverdeeld.

Maladaptieve coping

Dit subthema beschrijft gedrag om met een dreigende situatie om te gaan dat op de lange termijn negatieve gevolgen voor de persoon heeft. Dit subthema is onderverdeeld in vier codes. Deelnemers beschrijven automutilerend gedrag zoals snijden en krassen (Automutilatie), gedachten aan of handelingen gericht op het beëindigen van het eigen leven (Suïcidaliteit), gedrag om onprettige gevoelens te vermijden, zoals problematisch eetgedrag, drugsgebruik, promiscue gedrag

| Subthema | Code | Voorbeeld |
|-----------------------------------|------------------------------|---|
| Autonomie Aanwezig | Intern | <i>'Na deze gebeurtenis was voor mij eindelijk de maat vol en heb ik de scheiding aangevraagd.'</i> D4 <i>'Intussen weet ik (meestal) dat ik een stem heb.'</i> D7 |
| | Extern | <i>'Ik heb hulp gezocht bij NAAM INSTELLING.'</i> D25 <i>'Het werd zo erg dat ik mijn beste vriendin heb gebeld dat ze mij moest komen halen.'</i> D17 |
| | Maatschappelijk functioneren | <i>'Al ruim twee jaar heb ik een erg leuke bijbaan bij BEDRIJF.'</i> D1 <i>'Ik heb mijn eigen appartement.'</i> D18 |
| Autonomie, Gebrek | Intern | <i>'Het tekort aan sociale en emotionele vaardigheden.'</i> D10 <i>'Ik weet eigenlijk niet zo goed waarom ik in deze jaren gepest ben.'</i> D11 |
| | Extern | <i>'Ik kon geen nieuwe woning krijgen vanwege wachtlijsten of niet voldoen aan looneisen.'</i> D9 <i>'Mijn gezin van herkomst was niet een stabiele veilige omgeving voor de kinderen.'</i> D14 |
| | Maatschappelijk functioneren | <i>'Nu is toch gebleken dat school te hoog gegrepen is geweest en mij teveel druk en stress heeft opgeleverd.'</i> D5 <i>'Een maand later werd ik ontslagen.'</i> D29 |
| | Traumatische ervaringen | <i>'Op m'n twaalfde ben ik door een oud-klasgenoot van de basisschool verkracht.'</i> D35 <i>'De relatie met mijn moeder werd steeds slechter en slechter. Steeds opnieuw begon ze me te vernederen, ook waar anderen bij waren, zus, oma, waarom ik zo slecht was.'</i> D37 |
| Autonomie, Overmatig aanwezig | | <i>'Ik stond boven ze voor mijn gevoel.'</i> D49 <i>'Ik heb een erg fijne jeugd gehad. ik was de koning van de straat en de klas zozeged.'</i> D68 |
| Autonomie, Maladaptieve Coping | Automutilatie | <i>'Daar ontdekte ik automutilatie om controle te hebben over mijn emoties.'</i> D46 <i>'Daarna gebeurde het vaker en het werden er meer, ik was geobsedeerd door de kleur van mijn bloed en hoe het vloeiende over mijn arm en verslaafd aan het brandende gevoel.'</i> D17 |
| | Suïcidaliteit | <i>'Ik had weer suicide gedachten.'</i> D12 <i>'Daar heb ik een overdosis genomen van opgespaarde medicatie.'</i> D23 |
| | Overig | <i>'Wat ik wel merkte als ik de drugs gebruikte was dat ik het een prettig idee vond dat je hier ook van af kon vallen, al was ik daar niet altijd heel bewust mee bezig.'</i> D39 <i>'Dat was veel feestvieren en met de pet naar school gooien.'</i> D56 |
| | Vluchten | <i>'Ik weigerde de realiteit te zien.'</i> D8 <i>'Dit is de eerste keer geweest dat ik in een heftige dissociatie terecht kwam.'</i> D12 |

Tabel 2: Subthema's en codes van Autonomie met voorbeelden.

en vermijding (Overig) of Vluchten voor als problematisch ervaren emoties en situaties in plaats van er actief mee om te gaan.

Verbondenheid

Aanwezig

Er is sprake van een positieve gerichtheid op de ander ten bate van verbinding. Aan de ene kant kan aanwezigheid van anderen feitelijk worden beschreven zonder hierbij in te gaan op de emotionele relatie met gezins- en familieleden, leeftijdsgenoten, leerkrachten, hulpverleners of dieren (de code is Feitelijke aanwezigheid).

Aan de andere kant wordt bij de code Emotionele verbondenheid naast de feitelijke aanwezigheid ook een positieve emotionele relatie met anderen omschreven. Het gaat om gezins- en familieleden, leeftijdsgenoten, leerkrachten, hulpverleners. Wanneer bleek dat deelnemers zichzelf verplaatsten in een ander werd de code Interspectie toegepast.

Gebrek

Gebrek aan positieve gerichtheid op en zonder ervaren verbondenheid met de ander. Ook bij dit subthema van Verbondenheid werd onderscheid gemaakt tussen het feitelijke Gebrek aan anderen (Feitelijke afwezigheid) en een ervaren Gebrek aan emotionele verbondenheid met anderen (Geen emotionele verbondenheid). Het contact met anderen wordt beschreven als (emotioneel) afstandelijk, over emoties wordt niet gesproken, men voelt zich alleen en anders dan anderen.

De code Traumatische ervaringen verwijst naar ernstige pestervaringen of (psychische, fysieke, seksuele) mishandeling en misbruik waarbij de emotioneel verbondenheid werd geschonden.

Overmatig aanwezig

Deelnemers staan onvoldoende stil bij hun behoeften of stellen die van de ander voorop.

Veranderingen van autonomie en verbondenheid tussen eerste en tweede levensverhalen

De tweede vraagstelling was welke veranderingen in de subthema's en codes naar voren komen in het percentage eerste en tweede levensverhalen. Deze resultaten zijn weergegeven in tabel 4. De subthema's Aanwezig en Gebrek komen bij zowel autonomie als verbondenheid in meer dan 90% van de verhalen voor. Het subthema Maladaptieve coping in meer dan 80%. Autonomie Overmatig aanwezig (17,6%) en Verbondenheid Overmatig aanwezig (meer dan 41,2%) komen van alle subthema's relatief het minst voor. Alle subthema's en codes komen in evenveel eerste als tweede verhalen naar voren, er is geen significant verschil.

De uitkomsten van de veranderingen in de proportie MU's van de thema's staan vermeld in tabel 4. De subthema's die in zowel het eerste als het tweede verhaal het vaakst naar voren komen zijn Autonomie, Aanwezig (29,8% van alle MU's in het eerste en 36,7% in het tweede verhaal), Autonomie, Gebrek (34,4% en 27,8%), Verbondenheid, Gebrek (13,7% en 15,7%) en Verbondenheid, Aanwezig (13,5% en 10,9%). Per thema worden eerst de subthema's en daarna de codes beschreven.

Autonomie

Er was een significante toename van het subthema Aanwezig tussen het eerste en tweede moment. De effectgrootte van deze toename is groot [$d = -0.66$ Cohen, 1988].

| Subthema | Code | Voorbeeld |
|--|--------------------------------------|--|
| Verbondenheid, Aanwezig | Feitelijke aanwezigheid | 'Het gezin bestond uit vader, moeder en zusje van 4 jaar jonger.' D9 'Ik had toen al gesprekken met de leerlingbegeleidster.' D11 |
| | Emotionele verbondenheid | 'Ik ben opgegroeid in een gelukkig, warm gezin.' D3 'Voor mijn gevoel heb ik een hele goede keus gemaakt om met jullie therapeuten deze strijd aan te gaan. Deze bijzondere ervaring met jullie zal ik nooit vergeten.' D58 |
| | Interspectie | 'Daar heb ik veel uitgehaald, dat zij niet eens konden bedenken hoe het voelde voor hun slachtoffer, dat het 'gewoon' een grapje was en dat ze thuis een enorme rotsituatie hadden.' D20 'Nu heb ik geleerd wat haar copingstrategie was en dat dit ook zijn redenen had. Zij was ook slachtoffer van de situatie en geen dader. Ik had juist vrijheid en ruimte nodig om een jongen te zijn en lekker te puberen.' D68 |
| Verbondenheid, Gebrek | Feitelijke afwezigheid | 'Met een vader die veel van huis was.' D14 'Na een aantal jaar ging hij van school en zag ik hem niet meer.' D62 '... alleen over gevoelens en emotie werd niet gesproken.' D4 |
| | Geen emotionele verbondenheid | 'Ik had/heb een vriendinnengroep van 9 meiden vanaf de basisschool uit m'n dorp. Dit is nooit een hechte vriendengroep geweest. We zijn allemaal erg verschillend en ik steek er ook nog is bovenuit. Dit werd met de jaren ook steeds duidelijker en ik zit nu nog wel in de groep, maar ook weer niet.' D29 |
| | Traumatische ervaringen | 'Soms was het eng thuis. Als mama deed alsof ze het weeshuis belde om mij te laten komen halen toen ik liet vallen dat ik thuis weg wilde.' D62 'Een paar maanden later kreeg ik verkering met een jongen die eerst heel lief voor me was, maar hij werd wel snel boos en ging slaan.' D65 |
| Verbondenheid, Overmatig aanwezig | | 'Zij vond dit stoer en dan deed ik dat ook maar, terwijl ik dit diep van binnen niet wilde.' D16 'De doelen en wensen van de ander zijn voorop gaan staan.' D7 |

Tabel 3: Subthema's en codes van Verbondenheid met voorbeelden.

Wanneer dit subthema op een meer gedifferentieerd niveau wordt geanalyseerd, is te zien dat deelnemers in het tweede levensverhaal significant meer zelfsturende uitspraken benoemen (Intern). De afname

van de code Maatschappelijk functioneren is eveneens significant. Beide effectgrootten zijn groot ($d=-0.96$ respectievelijk $d=0.81$). De code Externe autonomie verandert niet. Het subthema Gebrek kwam bij het tweede

levensverhaal significant minder voor dan bij het eerste levensverhaal. De effectgrootte van deze toename is groot ($d=0.77$). Op het niveau van codes blijken deelnemers bij het tweede levensverhaal minder vaak te schrijven over een Gebrek aan zelfsturend vermogen (Intern). Dit effect is groot ($d=0.63$). Tevens is er een afname van het Gebrek van het Maatschappelijk functioneren met een gemiddeld effect ($d=0.37$). Er was geen verandering ten aanzien van de code Externe autonomie.

Er werden geen significante verschillen gevonden voor het subthema Overmatig aanwezig. Het subthema Maladaptieve autonomie noch de codes Automutilatie, Suïcidaliteit, Overig en Vluchten veranderden significant tussen eerste en tweede levensverhaal.

Verbondenheid

Bij Verbondenheid zijn er geen veranderingen gevonden in de subthema's van Verbondenheid (Aanwezig, Gebrek en Overmatig aanwezig). Als het subthema Aanwezig verder wordt uitgesplitst in codes is te zien dat deelnemers na de behandeling vaker zeggen zich verbonden met anderen te voelen (Emotionele verbondenheid) met een gemiddeld effect ($d=0.43$). De Feitelijke aanwezigheid van anderen werd in het tweede levensverhaal significant minder vaak genoemd dan in het eerste. Het effect was gemiddeld ($d=0.41$). Interspectie veranderde niet. Ook de codes van het subthema Afwezig veranderen niet (Feitelijke afwezigheid, Geen emotionele verbondenheid en Traumatische ervaring).

Discussie

Doel van het onderzoek was om aan de hand

van levensverhalen meer inzicht te verwerven in de manier waarop autonomie en verbondenheid aanwezig zijn in levensverhalen van patiënten met PS'en en hoe deze thema's veranderen in de loop van een intensieve (dag)klinische behandeling. Deze Big Two van de normale en verstoorde persoonlijkheidsontwikkeling worden ook bij patiënten met PS'en aangetroffen en kunnen worden onderverdeeld in drie subthema's: gebrek, aanwezig of overmatig aanwezig. Maladaptieve coping is een vierde subthema van autonomie en lijkt kenmerkend voor persoonlijkheidsstoornissen. Na behandeling was er een significante toename van aanwezige autonomie en een significante afname van gebrek aan autonomie. Wat betreft verbondenheid nam de kwaliteit significant toe, maar de kwantiteit niet.

Autonomie en verbondenheid in levensverhalen

Uit de kwalitatieve resultaten blijkt dat autonomie en verbondenheid kunnen worden onderverdeeld in drie subthema's. Deze indeling komt overeen met de definitie van Abele en collega's (2008) en Diehl en anderen (2004), die tevens het vertrekpunt vormden voor de deductieve inhoudsanalyse. Dit betekent dat de indeling van de Big Two ook geldt voor patiënten met PS'en. In de inductieve analyse van de levensverhalen blijken echter twee codes naar voren te komen die onderscheidend zijn voor patiënten met PS'en. Ten eerste komt maladaptieve coping in een substantieel deel van de verhalen aan de orde. Maladaptieve coping beschrijft actief gedrag van patiënten om met een dreigende situatie om te gaan dat op de lange termijn negatieve gevolgen voor hen heeft (zie ook Folkman et al., 1986).

| Thema | Subthema | Code | % verhalen (N=34) | | | % MU | | |
|---------------|------------------------|----------------------------------|----------------------|-------|------------|--------------|--------------|------------|
| | | | LV1 | LV2 | | LV1 | LV2 | |
| | | | p (McNemar toets) | | | M (SD) in % | | d |
| Autonomie | Aanwezig | | 100.0 | 100.0 | - | 29.82 (8.6) | 36.69 (12.0) | -0.658** |
| | | Intern | 100.0 | 100.0 | - | 20.46 (6.2) | 30.19 (12.9) | -0.963** |
| | | Extern | 100.0 | 97.1 | 1.000 | 5.93 (5.0) | 4.94 (2.2) | 0.255 |
| | | Maatschappelijk functioneren | 85.3 | 67.6 | 0.146 | 3.63 (2.9) | 1.65 (1.9) | 0.813** |
| | Gebrek | | 100.0 | 100 | - | 34.39 (8.2) | 27.82 (8.0) | 0.766** |
| | | Intern | 100.0 | 100 | - | 23.58 (9.4) | 17.85 (8.9) | 0.626** |
| | | Extern | 94.01 | 85.3 | 0.250 | 8.34 (5.0) | 8.87 (7.3) | -0.084 |
| | | Maatschappelijk functioneren | 38.2 | 20.6 | 0.109 | 0.95 (2.3) | 0.31 (0.8) | 0.374* |
| | | Traumatische ervaring | 44.1 | 35.3 | 0.581 | 1.53 (2.9) | 0.93 (1.5) | 0.260 |
| | Overmatig aanwezig | | 17.6 | 17.6 | 1.000 | 0.21 (0.6) | 0.22 (0.5) | -0.017 |
| | Maladaptieve coping | | 82.4 | 85.3 | 1.000 | 5.62 (5.6) | 5.1 (4.6) | 0.101 |
| | | Automutilatie | 47.1 | 32.4 | 0.125 | 1.14 (2.2) | 0.76 (1.4) | 0.209 |
| | | Suïcidaliteit | 38.2 | 38.2 | 1.000 | 1.44 (3.3) | 0.98 (1.8) | 0.171 |
| | | Overig | 32.4 | 38.3 | 0.774 | 1.11 (2.3) | 0.86 (1.5) | -0.194 |
| Vluchten | | 64.7 | 79.4 | 0.267 | 1.93 (2.4) | 2.52 (2.1) | -0.265 | |
| Verbondenheid | Aanwezig | | 100 | 97.1 | 1.000 | 22.72 (9.6) | 24.00 (8.9) | 0.097 |
| | | Feitelijke aanwezigheid | 97.1 | 94.1 | 1.000 | 13.45 (6.7) | 10.86 (5.7) | -0.414** |
| | | Emotionele verbondenheid | 94.1 | 97.1 | 1.000 | 9.50 (7.1) | 12.68 (7.7) | -0.430* |
| | | Interspectie | 17.6 | 29.4 | 0.388 | 0.31 (1.0) | 0.72 (1.5) | -0.320 |
| | Gebrek | | 97.1 | 91.2 | 0.625 | 13.74 (6.2) | 15.66 (7.8) | -0.272 |
| | | Feitelijke afwezigheid | 73.5 | 82.4 | 0.581 | 1.93 (1.99) | 2.56 (2.17) | -0.299 |
| | | Geen emotionele verbondenheid | 97.1 | 91.2 | 0.625 | 10.35 (5.06) | 11.33 (6.5) | -0.170 |
| | | Traumatische ervaring | 44.1 | 55.9 | 0.424 | 1.45 (2.7) | 1.78 (1.9) | -0.140 |
| | | Overmatig aanwezig | | 41.2 | 44.1 | 1.000 | 0,5 (1.4) | 1,41 (2,2) |

Opmerkingen: LV1= Eerste levensverhaal 1; LV2= tweede levensverhaal; M= Gemiddelde; SD= Standaard afwijking; d=Cohen's d; *= $p < .05$; **= $p < .01$

Tabel 4: Percentage verhalen, McNemar-toets, gemiddelde percentages, standaard deviatie, gepaarde t-test en effect size voor subthema's en codes van autonomie en verbondenheid in het eerste en tweede levensverhaal.

Deze visie wordt ook door de biosociale theorie binnen de DGT omarmd (Linehan 1993). In de context van het levensverhaal komt deze (op de korte termijn) adaptieve functie meer tot zijn recht dan bij een klachteninventarisatie. Dit kan het begrip voor patiënten bevorderen. Ten tweede maakt iets minder dan de helft van de patiënten melding van traumatische ervaringen. Dit ondersteunt bevindingen uit de klinische praktijk en eerder onderzoek waaruit blijkt

*De resultaten pleiten
voor behandelingen
waarin naast klachten
ook explicieter op
krachten van patiënten
wordt ingestoken*

dat de kans om te lijden aan een PS significant hoger is met traumatische ervaringen in de voorgeschiedenis (b.v. Johnson et al., 1999). Hoewel dit in de theorie over persoonlijkheidsstoornissen bekend is, is het hier van belang dat patiënten met PS'en deze twee onderscheidende kenmerken spontaan noemen. Theoretische kennis wordt daarmee gevalideerd door spontaan gerapporteerd materiaal van patiënten in de klinische praktijk.

De kwantitatieve analyses tonen aan dat er in bijna alle levensverhalen zowel aanwijzingen zijn voor een gebrek aan autonomie en verbondenheid als aan de aanwezigheid hiervan. Onze studie suggereert dat deze dualiteit ook voor mensen met PS'en geldt. Hierbij sluit het twee-continuamodel van

Keyes (2005) aan. Welbevinden (krachten) en psychopathologie (klachten) worden als twee aparte maar gerelateerde continua beschouwd: het ene continuüm verwijst naar de aan- of afwezigheid van psychopathologie, en het andere continuüm naar de aan- of afwezigheid van welbevinden.

Veranderingen van autonomie en verbondenheid
Na behandeling is er sprake van meer autonomie (toename aanwezigheid en afname gebrek). Patiënten komen vaker voor zichzelf op, ervaren minder hinder van klachten, hebben meer introspectie en formuleren doelen en wensen (intern aanwezige autonomie). De toename van autonomie komt overeen met eerdere studies (Adler, 2012) en past bij de aanname dat alle vormen psychotherapie gericht zijn op het stimuleren van autonomie (b.v. Elliott & James 1989; Williams & Levitt, 2007). De verandering in autonomie komt tot stand door een grotere aanwezigheid van en minder gebrek aan autonomie. In de huidige ggz in Nederland is echter vooral aandacht voor reductie van klachten (gebrek aan autonomie). Onze resultaten pleiten juist voor behandelingen waarin naast klachten ook explicieter op krachten van patiënten wordt ingestoken.

Wat betreft veranderingen in autonomie moet het resultaat vermeld worden dat patiënten na afloop van de behandeling minder vaak schrijven over maatschappelijke successen en vaker over maatschappelijke problemen. Een verklaring is dat in deze intensieve (dag)klinische behandelsetting onvoldoende of te laat aandacht is besteed aan maatschappelijk herstel. De primaire focus lag immers op psychologische behandelinterventies. Een andere verklaring is dat

de tweede verhalen maximaal vijf weken na de opname zijn geschreven. Mogelijk worden patiënten juist in deze fase geconfronteerd met problemen bij het oppakken van maatschappelijke taken. Dit zou ervoor pleiten bijvoorbeeld re-integratietrajecten vroeger en actiever aan te bieden om de overgang van kliniek naar het dagelijks leven te vergemakkelijken.

Wat betreft verbondenheid was er sprake van een opvallend patroon. Tweede levensverhalen van patiënten bevatten meer emotionele verbondenheid met anderen, terwijl de aanwezigheid van anderen minder frequent wordt gerapporteerd. De andere vormen van verbondenheid veranderden niet. De meeste vormen van psychotherapie zijn gericht op het stimuleren van autonomie en verbondenheid (b.v. Elliott & James 1989; Williams & Levitt, 2007), hetgeen aansluit op onze resultaten waarin op het einde van behandeling meer nadruk ligt op de kwaliteit dan op de kwantiteit van relaties. Dat laat ruimte voor meer zelfstandig functioneren naast het ervaren van betekenisvolle relaties. Het geheel laat een gunstig resultaat zien van (dag)klinische behandeling waarin vooral groepstherapeutisch wordt gewerkt aan zowel een positieve ontwikkeling in autonomie als in verbondenheid.

Sterke kanten

De combinatie van deductieve en inductieve inhoudsanalyse van levensverhalen ligt aan de basis van dit onderzoek. De deductieve (top-down) analyse toetst hoe autonomie en verbondenheid naar voren komen in levensverhalen. De inductieve (bottom-up) benadering biedt vervolgens voldoende ruimte om vanuit de tekst nieuwe kenmerkende thema's te extraheren. Beide benaderingen blijven

dicht bij de beleving van patiënten. Samen met het gebruik van spontaan gerapporteerde verhalen van patiënten (in tegenstelling tot gestructureerde vragenlijsten) bevordert dit de ecologische validiteit van zowel de kwalitatieve als de kwantitatieve resultaten. In ons onderzoek houden we rekening met maatregelen die door Graneheim en Lundman (2003) zijn beschreven om de betrouwbaarheid van de kwalitatieve analyses te waarborgen. Tevens werd voor alle toegekende codes overeenstemming bereikt tussen de twee onderzoekers.

Beperkingen en suggesties voor vervolgonderzoek

Enkele beperkingen van dit exploratieve onderzoek moeten worden genoemd. Ten eerste was er een drop-out van een derde zoals bekend bij deze doelgroep (Cornelissen et al., 2010) en schreef iets meer dan helft van de patiënten geen tweede levensverhaal. Dit houdt in dat onze studie enkel representatief is voor patiënten met PS'en die hun behandeling hebben afgemaakt, door hun behandelaar werden gevraagd een tweede levensverhaal te schrijven en dit daadwerkelijk hebben gedaan. Deze patiënten vormden mogelijk een subgroep die de meeste autonomie zijn gaan ervaren en die zich eveneens het meest verbonden hebben gevoeld met de behandeling of de behandelaars. Vervolgonderzoek met een grotere steekproef moet uitwijzen of de gevonden resultaten te generaliseren zijn naar alle patiënten met PS'en. Als tweede beperking is te noemen dat de onderzoekers door de aard van het materiaal konden zien of verhalen voor of na behandeling zijn geschreven.

Ten derde ontbreekt er een algemeen geldige operationalisatie van autonomie en verbondenheid. We kozen bij de deductieve inhoudsanalyse voor een eenduidige definitie (Abele et al., 2008; Diehl et al., 2004) om dit te ondervangen, en zodoende de validiteit en repliceerbaarheid te bevorderen. Tegelijkertijd betekent dit dat andere definities tot andere resultaten zouden kunnen leiden. Daarom pleiten we bij vervolgonderzoek voor een operationalisatie die zowel door theoretici als klinici te gebruiken is. Een recente en veelbesproken ontwikkeling die hierop aansluit is het alternatieve DSM-5 model voor PS'en (American Psychiatric Association, 2013, pp. 1004). Hierbij worden PS'en beschreven aan de hand van beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren en van pathologische persoonlijkheidstreken. Het functioneren van de persoonlijkheid wordt uitgedrukt in stoornissen in het *zelf* en het *interpersoonlijk functioneren*. We denken net als Pincus (2018) dat deze indeling sterke verwantschap vertoont met autonomie (zelf) en verbondenheid (interpersoonlijk functioneren). In Nederland is het STIP-5.1 interview een goed onderzocht instrument waarmee het persoonlijkheidsfunctioneren in kaart wordt gebracht.

Fabian Schug (info@psyveto.nl) werkt als klinisch psycholoog/psychotherapeut voor GGZ Verum en in eigen praktijk. **Silvia Pol** werkt als klinisch psycholoog/psychotherapeut voor GGNet bij het expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek Scelta Apeldoorn en is P-opleider binnen GGNet. **Gerben Westerhof** is hoogleraar narratieve psychologie bij de vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie van de Universiteit Twente en is directeur van het Story Lab.

Refereren aan:

.....
Schug, F., Pol, S. & Westerhof, G. (2024). Autonomie en verbondenheid bij persoonlijkheids-stoornissen: Veranderingen in levensverhalen gedurende (dag)klinische psychotherapie. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 19(1), p. 43-63.

Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de samenhang tussen de resultaten van de analyse van levensverhalen en die van STIP5.1 interviews.

Tot slot kan vervolgonderzoek met meer deelnemers nagaan 1) of autonomie en verbondenheid ook bij deze doelgroep samenhangen met de mate van klachten en welbevinden, 2) of de gevonden veranderingen in deze thema's samengaan met veranderingen in klachten en welbevinden en 3) of er langere-termijneffecten zijn. Met een controlegroep zou onderzocht kunnen worden of de gevonden veranderingen daadwerkelijk door psychotherapie tot stand zijn gekomen.

Conclusie

In dit onderzoek is een eerste stap gezet om autonomie en verbondenheid bij patiënten met PS'en te begrijpen. We weten nu dat autonomie en verbondenheid centrale thema's zijn in levensverhalen, met ook specifieke kenmerken voor mensen met PS'en. Autonomie en de kwaliteit van verbondenheid nemen toe in de loop van gespecialiseerde intensieve (dag) klinische psychotherapie. Deze studie onderschrijft tot slot dat therapie zich moet richten op zowel klachtenreductie als het bevorderen van krachten die patiënten in zich dragen.

Literatuur

- Abele, A.E., Uchronski, M., Suitner, C. & Wojciszke, B. (2008). Towards an operationalization of the fundamental dimensions of agency and communion: Trait content ratings in five countries considering valence and frequency of word occurrence. *European Journal of Social Psychology*, 38(7), p. 1202-1217.
- Abele, A.E. & Wojciszke, B. (2014). Communal and agentic content in social cognition: A dual perspective model. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 50, p. 195-255). Academic Press.
- Adler, J.M. (2012). Living into the story: Agency and coherence in a longitudinal study of narrative identity development and mental health over the course of psychotherapy. *Journal of personality and social psychology*, 102(2), p. 367.
- Adler, J.M., Chin, E.D., Kolisetty, A.P. & Oltmanns, T.F. (2012). The distinguishing characteristics of narrative identity in adults with features of borderline personality disorder: An empirical investigation. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), p. 498-512.
- Adler, J.M., Skalina, L.M. & McAdams, D.P. (2008). The narrative reconstruction of psychotherapy and psychological health. *Psychotherapy Research*, 18(6), p. 719-734.
- Adler, J.M. & McAdams, D.P. (2007). Telling stories about therapy: Ego development, well-being, and the therapeutic relationship. In Adler J.M & McAdams, D.P. (red.), *The meaning of others: Narrative studies of relationships* (p.213-236), Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Angus, L.E. & McLeod, J. (Eds.). (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Arntz, A., Hawke, L.D., Bamelis, L., Spinhoven, P. & Molendijk, M.L. (2012). Changes in natural language use as an indicator of psychotherapeutic change in personality disorders. *Behaviour research and therapy*, 50(3), p. 191-202.
- Bakan, D. (1966). *The duality of human existence: An essay on psychology and religion*. Oxford, England: Rand McNally.
- Bender, D.S., Morey, L.C. & Skodol, A.E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), p. 332-346.
- Blatt, S.J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. American Psychological Association.
- Burlingame, G.M. & Strauss, B. (2021). Efficacy of small group treatments: Foundation for evidence-based practice. In M. Barkham, L. Castonguay & W. Lutz (Eds), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 7th Ed.* (p. 583-624). New York: Wiley & Sons.

- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), p. 155.
- Cornelissen, A.J.T., Poppe, E. & Ouwens, M.A. (2010). Drop-out bij klinisch psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsproblematiek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52(1), p. 17-27.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Procacci, M. & Nicolo, G. (2006). Toward a model of self-pathology underlying personality disorders: Narratives, metacognition, interpersonal cycles and decision-making processes. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), p. 597-617.
- Diehl, M., Owen, S. & Youngblade, L. (2004). Agency and communion attributes in adults' spontaneous self-representations. *International journal of behavioral development*, 28(1), p. 1-15.
- Elliott, R. & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9(4), p. 443-467.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), p. 107-115.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G. & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), p. 175-191.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), p. 992.
- Göstas, M.W., Wiberg, B. & Kjellin, L. (2012). Increased participation in the life context: A qualitative study of clients' experiences of problems and changes after psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14(4), p. 365-380.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), p. 105-112.
- Guruprasad, D. & Bholra, P. (2015). Assessment of autobiographical memory narratives in psychotherapy with borderline personality disorder: an exploratory study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 17(2), p.52-64.
- Helgeson, V.S. (1993). Implications of agency and communion for patient and spouse adjustment to a first coronary event. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(5), p. 807.
- Helgeson, V.S. (1994). Relation of agency and communion to well-being: Evidence and potential explanations. *Psychological bulletin*, 116(3), p. 412.
- Helgeson, V.S. & Fritz, H.L. (1999). Unmitigated agency and unmitigated communion: Distinctions from agency and communion. *Journal of Research in Personality*, 33(2), p. 131-158.

Helgeson, V.S. & Fritz, H.L. (2000). The implications of unmitigated agency and unmitigated communion for domains of problem behavior. *Journal of personality*, 68(6), p. 1031-1057.

Helgeson, V.S. & Palladino, D.K. (2012). Agentive and communal traits and health: Adolescents with and without diabetes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(4), p. 415-428.

Hopwood, C.J., Wright, A.G., Ansell, E.B. & Pincus, A.L. (2013). The interpersonal core of personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, 27(3), p. 270-295.

Kazdin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, p. 1-27.

Kernberg, O.F. (2012). *The inseparable nature of love and aggression: Clinical and theoretical perspectives*. Washington DC: American Psychiatric Pub.

Keyes, C.L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), p. 539.

Krueger, R.F. (2013). Personality disorders are the vanguard of the post-DSM-5.0 era. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(4), p. 355.

Krueger, R.F., Hopwood, C.J., Wright, A.G. & Markon, K.E. (2014). DSM-5 and the path toward empirically based and clinically useful conceptualization of personality and psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), p. 245-261.

Le, B.M., Impett, E.A., Lemay Jr, E.P., Muise, A. & Tskhay, K.O. (2018). Communal motivation and well-being in interpersonal relationships: An integrative review and meta-analysis. *Psychological bulletin*, 144(1), p. 1-25.

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford press.

Lipsey, M.W. & Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48(12), p. 1181-1209.

Livesley, W.J. (2003). *Practical management of personality disorder*. New York: Guilford Press.

Luyten, P. & Blatt, S. J. (2011). Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM V. *Clinical Psychology Review*, 31(1), p. 52-68.

Lysaker, P.H., Lancaster, R.S. & Lysaker, J.T. (2003). Narrative transformation as an outcome in the psychotherapy of schizophrenia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(3), p. 285-299.

McAdams, D.P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5(2), p. 100-122.

McLeod, J. (1997). *Narrative and psychotherapy*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Mansfield, E.D. & McAdams, D.P. (1996). Generativity and themes of agency and communion in adult autobiography. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(7), p. 721-731.
- Markey, P.M. (2003). *The duality of personality: Agency and communion in personality traits, motivation, and behavior*. University of California dissertation.
- Morey, L.C., Benson, K.T., Busch, A.J. & Skodol, A.E. (2015). Personality disorders in DSM-5: Emerging research on the alternative model. *Current Psychiatry Reports*, 17(4), p. 24.
- Paulhus, D.L. & Trapnell, P.D. (2008). Self-presentation of personality. *Handbook of personality psychology*, 19, p. 492-517.
- Pincus, A.L. (2018). An interpersonal perspective on Criterion A of the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders. *Current opinion in psychology*, 21, p. 11-17.
- Samuels, J. (2011). Personality disorders: epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*, 23(3), p. 223-233.
- Sanislow, C.A. (2016). Updating the research domain criteria. *World Psychiatry*, 15, p. 222-223.
- Soeteman, D.I., Verheul, R. & Busschbach, J.J. (2008). The burden of disease in personality disorders: diagnosis-specific quality of life. *Journal of Personality Disorders*, 22(3), p. 259-268.
- Soeteman, D.I., Hakkaart-van Roijen, L., Verheul, R. & Busschbach, J.J. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2), p. 259-265.
- Soeteman, D.I. & Kim, J.J. (2013). Cost-effectiveness of psychotherapy for personality disorders: treatment recommendations and implementation. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 13(1), p. 73-81.
- Stoffers, J.M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N. & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Systematic Review*, 8(8).
- Widiger, T.A. & Trull, T.J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62(2), p. 71.
- Williams, D.C. & Levitt, H.M. (2007). Principles for facilitating agency in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17(1), p. 66-82.
- Woike, B. & Polo, M. (2001). Motive-related memories: Content, structure, and affect. *Journal of Personality*, 69(3), p. 391-415.
- Yalom, I. & Leszcz, M. (2021). *The theory and practice of group psychotherapy*, 6th. ed. New York: Basic Books.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
-

Een oproep voor de powerpointloze maar ‘good enough’ les

De laatste vijftig jaar zijn er velerlei veranderingen in de dagdagelijkse praktijk van het lesgeven te constateren, zowel in het (hoger) onderwijs als in het lezingencircuit. De meest in het oog springende betreffen het gebruik van technologische vernieuwingen zoals powerpoint en Zoom. Tegelijkertijd wordt het publiek op allerlei wijzen betrokken bij de les – zo zijn er ‘mentimeters’, ‘ice breakers’, ‘buzzen’, en ‘Q&A’s’. Maar ik denk ook aan de niet-aflatende evaluaties van ongeveer elke handeling, waarbij tevredenheid veelal het centrale criterium is. Ik zou ook nog het politiek correcte (naast het verengelse) taalgebruik kunnen noemen. Laatst schoot de term ‘zwangere vrouw’ bij een student in het verkeerde keelgat, of moet ik zeggen: keelopening? Maar dit wespennest laat ik in deze column buiten beschouwing. Ik wil het hebben over powerpoint.

Inmiddels is het gebruik van powerpoint ter ondersteuning van het gesproken verhaal gemeengoed. Het courante taalgebruik vereenzelvigd powerpoint met de presentatie zelf; je gééft geen presentatie meer, maar hébt een presentatie (“Als je een presentatie hebt, Sandra, stuur je ‘em dan vooraf even door?”). Powerpoint voorziet in een gestructureerd, helder en vaak kleurrijk opgemaakt betoog, en is veelal gelardeerd met smakelijke foto’s en filmpjes. Waarschuwing: het tempo kan duizelingwekkend en de hoeveel-

heid slides overspoelend zijn. Het gebruik van powerpoint heet ‘professioneel’ te zijn en het nazenden van de slides aan het publiek is een vanzelfsprekendheid (waarbij ik ten zeerste betwijfel of deze ooit nog geraadpleegd worden, maar het ‘hebben’ ervan is ongetwijfeld fijn). Vroeger was het misschien niet veel anders toen de overheadprojector haar intrede deed. Als beginnend docent schreef ik vele sheets vol, vooral bedoeld om de lijn van mijn eigen betoog vast te houden – met de student was ik minder bezig. Gelikt zag het er zeker niet uit.

De boodschap middels powerpoint is dus mooier dan ooit verpakt. Een prachtige, heldere en gestructureerde verpakking heeft zeker zijn merites. Want het draagt bij aan een efficiënte overdracht van kennis. Met de docent als expert en doorgeefluik en de student als dankbare en afhankelijke ontvanger. Maar als de persoon van de docent en het contact tussen docent en student een ondergeschikte rol spelen, zou een MOOC, een op camera vastgelegde lezing, of een ‘deep fake’ de docent dan niet beter kunnen vervangen? Gaat onderwijs trouwens alleen over kennisoverdracht, zoals de Van Dale het definieert? Of gaat het over de ontplooiing van de student? Oorspronkelijk is de betekenis van onderwijzen ‘iemand ondersteuning bieden door hem de weg te wijzen’ en van onderrichten ‘iemand helpen de juiste weg te vinden’ (Taaluniebericht.org). De

kwaliteit van de relatie tussen docent en student lijkt hierin onontbeerlijk. En om de relatie überhaupt aan te gaan moeten er wel personen in die rollen zitten.

Uiteraard is het alomtegenwoordige gebruik van powerpoint een gevolg van technologische mogelijkheden en een oprechte wens lessen zo goed mogelijk te ondersteunen. Maar ik zie powerpoint ook als een symbool voor de mate waarin prestatiedenken en commercie het onderwijs hebben beïnvloed.

Powerpoint staat in de weg van de ontmoeting tussen studenten en mijzelf

De instelling moet haar waarde bewijzen aan de hand van prestatie-indicatoren en vergelijkt deze met die van andere instellingen. Dus wordt alles continu en liefst anoniem geëvalueerd, inclusief de docent en zijn of haar lessen. Waarbij de student vaak als klant wordt gezien. In een dergelijk consumptief klimaat is het oordeel van de student cruciaal en moet hij of zij tevreden worden gehouden en zo goed mogelijk bediend. Shakespeareaanse optredens met fraaie beeldondersteuning worden beloond met hoge scores. Echter, een te grote nadruk hierop bevordert passiviteit onder studenten. En het consumptief klimaat creëert de neiging onder studenten oorzaken van ervaren frustraties en ongemakken (nu eenmaal inherent aan leren en ontwikkelen) buiten zichzelf te zoeken. Overigens is het niet ongebruikelijk om de powerpoint-presentatie zelf te laten beoordelen. Ik

spreek uit ervaring: de score voor 'gebruikt materiaal' (powerpoint, literatuur), gemiddeld met die toegekend aan onder meer de 'kennis van de docent', was input voor mijn jaarlijkse beoordelingsgesprek... Hoe dan ook, tevreden cursisten hebben niet noodzakelijkerwijs geleerd. Er is immers een verschil tussen 'happy' leren, waarbij wordt voortgebouwd op wat reeds is gekend, en 'unhappy' leren waarbij het gekende in twijfel wordt getrokken – toch ietwat pijnlijker (Ketchum & Trist, 1992).

Zelf gebruik ik al jaren geen powerpoint meer. Het staat in de weg van de ontmoeting tussen de studenten en mijzelf: ze kijken naar het scherm in plaats van naar mij en naar elkaar. Het dwingt me de slides te doorlopen en wel in de volgorde zoals ik van tevoren had bedacht, in plaats van me open te stellen voor 'where the client is' en voor nieuwe wendingen. Het versterkt de focus op inhoud in plaats van de hier-en-nu-dynamiek. Het vergroot de afstand tussen docent en student, omdat ik vooraf alle gelegenheid heb gehad om de inhoud goed te doordenken en vervolgens te projecteren, daardoor het beeld versterkend van de 'expert' die de 'onwetende student' voedt. Ik zou zeggen: gewoon kennismaken en beginnen aan een verhaal, elkaar ontmoeten door ruimte te bieden voor het stellen van vragen en het bespreken van elkaars ervaringen en ideeën, en, studenten enthousiasmeren kritisch mee te denken. Niet-lineair, associatief, dynamisch, rafelig, maar wel met een rode draad. Docent en student in de actieve stand. En evaluatie? Liefst een gezamenlijke, niet-anonieme en kwalitatieve reflectie. Ben ik dan helemaal tegen powerpoint? Nee, in sommige disciplines is het een

belangrijk hulpmiddel, denk maar aan kunstgeschiedenis of de medische wetenschap. Ik ben dan ook niet per se tégen powerpoint, maar mordicus vóór ontmoeting. Zeker in de sociale wetenschappen en sowieso als het gaat over groepsdynamiek of psychologie. En ook in een zaal met honderd mensen kan powerpoint dan wel ondersteunend zijn, maar het kan de daadwerkelijke ontmoeting nooit vervangen. Ik pleit dan ook voor de 'good enough'-les (Winnicott, 1971), waarin door het niet volledig voldoen aan 'dependency' verlangens, een eigen ontwikkeling in het denken en zijn kan worden gestimuleerd, gevuld met

'moments of meeting' (Stern, 2004), die voortkomen uit imperfecties in het contact tussen docent en student. De student is geen klant, maar verantwoordelijk voor het eigen leerproces, gekenmerkt door actief luisteren, delen, bevragen en reflecteren, in contact met de docent en medestudenten. De docent helpt de condities hiertoe realiseren, deelt zijn of haar kennis en ervaringen, gaat het contact aan en fungeert als gids. Powerpoint. Als het dan toch over kracht, macht of energie moet gaan: schuif het beeldscherm terzijde en laat het stromen tussen docenten en studenten. Powerjoint?

Door **Sandra Schruijer**, hoogleraar Organisatiewetenschap aan de Utrecht University School of Governance en directeur van Professional Development International.

Refereren aan:

.....
Schruijer, S (2024). Een oproep voor de powerpointloze maar 'good enough' les. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 19(1), p. 65-67.

Literatuur

.....
Ketchum, L.D. & Trist, E. (1992). *All teams are not created equal: How employee empowerment really works*. Londen: Sage.

Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.

Winnicott, D. (1971). *Playing and reality*. Londen & New York: Routledge.
.....



Culture and Identity

Bij de Amsterdamse psychologenpraktijk Adagio worden ook behandelingen in vele andere talen aangeboden, waaronder deze Engelstalige AFT-groep. Deelnemers hebben vaak klachten die (deels) te maken hebben met culturele factoren als gevolg van migratie, opgroeien met een ouder uit een ander land of relaties met mensen uit andere culturen. Het gaat meestal om expats die op latere leeftijd naar Nederland zijn gekomen.

Door Karina Schill

Adagio is een grote psychologenpraktijk in Amsterdam waar kinderen, volwassenen, ouderen en gezinnen terecht kunnen voor psychologische behandelingen en diagnostiek. De praktijk onderscheidt zich door behandeling en diagnostiek ook in andere talen aan te bieden, met een speciale focus op de Latijnse talen. Binnen de praktijk worden onder andere de volgende talen gesproken; Nederlands, Spaans, Engels, Duits, Italiaans, Portugees, Frans, Papiamentoen Kroatisch.

Veel behandelaren bij Adagio zijn internationaal georiënteerd, vanwege hun eigen achtergrond, verschillende achtergronden binnen het gezin en/of eigen ervaringen met migratie. In die hoedanigheid hebben wij extra aandacht voor de specifieke invloed van migratie en biculturaliteit op het welzijn. Binnen Adagio heeft het opleiden van collega's voor diverse BIG-opleidingen een belangrijke rol. Aangezien het geven van groepsbehandeling op een bepaald moment tot een verplicht onderdeel werd van de opleiding tot psychotherapeut, zijn er diverse groepen opgestart binnen Adagio. Op dit moment lopen er verschillende groepen, waaronder een Engelstalige Affect Fobie Therapie (AFT) groep, een Spaanstalige psychodynamische groep, een Engelstalige schematherapiegroep voor volwassenen en een schematherapiegroep voor adolescenten

in het Nederlands. Daarnaast worden er door de psychomotore therapeuten een Herstel van Intimiteit-groep en een Trauma Informed Yoga-groep gegeven. Er zijn diverse mindfulnessgroepen voor zowel kinderen als volwassenen. Ook is er een Emoyo-groep voor kinderen tussen de 8 en 12 jaar die een migratieachtergrond of een ouder met een migratieachtergrond hebben. Dit is een emotieregulatietraining waarbij de kinderen leren op een adequate manier hun emoties te reguleren vanuit een cultureel perspectief. Ook leren zij hoe hun unieke verhaal bijdraagt aan hun identiteit, emotieregulatie en sociale relaties. Groepsbehandelingen hebben daarmee inmiddels een vaste plaats ingenomen in het behandelaanbod bij Adagio. In dit artikel zal ik een beschrijving geven van de Engelstalige AFT-groep bij Adagio. Deze groep is in 2018 gestart. Van juli 2020 tot december 2022 ben ik bij deze groep betrokken geweest als therapeut, samen met mijn collega Marije Evers, psychotherapeut en GZ-psycholoog. De groep wordt sinds de start gesuperviseerd door Willem de Groot, klinisch psycholoog/psychotherapeut, supervisor en leertherapeut NVGP.

De taakstructuur

Doelgroep

Bij Adagio komen mensen die op zoek zijn naar behandeling in hun eigen taal, anders dan het Nederlands. Daarnaast melden zich ook cliënten aan die bij hun klachten een invloed merken van culturele factoren door bijvoorbeeld migratie, opgroeien met een ouder uit een ander land of relaties met mensen uit andere culturen. De AFT-groep 'Culture and Identity' is geschikt voor cliënten die al een individuele therapie hebben

gehad en willen gaan oefenen met het geleerde in interactie met anderen. Ook zijn er aanmeldingen van cliënten die al in eerste instantie voor een groepstherapie komen. De meeste deelnemers zijn expats die op latere leeftijd in Nederland zijn komen wonen. Zij merken dat het wonen in een nieuw land, in een nieuwe omgeving, veel vragen oproept over hun identiteit en manieren om hun

De groep is bij uitstek bedoeld om te oefenen en te beleven in het moment en niet alleen te 'praten over'

problemen en emoties te hanteren. Deze groep met cliënten met een diverse culturele achtergrond kan zorgen voor herkenning bij elkaar over de processen die er spelen rondom migratie en het zich voegen in een ander land (Van Hest en Vitale, 2022).

De doelgroep betreft cliënten in de leeftijd van 25 tot 45 jaar die in behandeling komen in de specialistische ggz. In de praktijk worden de leeftijdsgrenzen niet strikt gehanteerd, wij bekijken per casus of het passend is in de groep. Qua problematiek is er sprake van overwegend vermijdende en afhankelijke persoonlijkheidsproblematiek, soms in combinatie met enige borderline of narcistische kenmerken.

De groep is bedoeld voor cliënten die zich herkennen in de volgende kenmerken: er is sprake van een terugkerend patroon van psychische problemen zoals (sociale) angst- en depressieklachten en lage zelfwaardering. Er is sprake van identiteitsproblemen, men

heeft moeite met het vinden en uitdragen van een eigen identiteit binnen een nieuwe culturele context, of in meerdere culturele contexten naast elkaar. Er is moeite met het stellen van grenzen en zichzelf uiten in een sociale context. Er is een neiging tot zich terugtrekken uit contact, bijvoorbeeld met familie, werk of studie, of moeite met zich aanpassen aan een nieuwe levensfase. Verder wordt er gevraagd dat er bereidheid is om de eigen patronen te onderzoeken en te gaan bewerken in en met de groep. Contra-indicaties zijn het doormaken van een acute fase van een psychische stoornis zoals een psychose of een ernstige depressieve episode, ernstige verslaving of het niet hebben van een vaste verblijfplaats. Het ontbreken van enig sociaal netwerk is tevens een contra-indicatie.

Doel van de groep

De AFT-groep Culture and Identity geeft de mogelijkheid om te werken aan het vrijuit kunnen uiten en beleven van emoties in de groep. Het doel is dat cliënten, door middel van hun emoties, kunnen gaan opmerken en ervaren wat hen drijft in relaties met anderen. De ervaring is dat de moeilijkheden die men tegenkomt in het dagelijks leven zich ook kunnen voordoen in het contact met andere groepsgenoten en de groepstherapeuten. Het doel van de groep is om nieuwe ervaringen en inzichten op te kunnen doen door middel van de interacties in de groep. De groep is bij uitstek bedoeld om te oefenen en te beleven in het moment en niet alleen te 'praten over'. Ook voor cliënten die de neiging hebben veel ruimte in te nemen of over grenzen van anderen te gaan biedt de groep een mogelijkheid om te horen hoe dit overkomt op hun omgeving en dit verder te

onderzoeken (Van Aken en Gilhuis, 2008). Het intakeproces van de groep bestaat uit twee intakegesprekken. Als na het gesprek bij de eerste groepstherapeut de indicatie passend lijkt te zijn en de cliënt gemotiveerd is voor deelname, volgt er een tweede intakegesprek bij de andere groepstherapeut. In deze gesprekken worden de individuele behandeldoelen geformuleerd aan de hand van de conflict-driehoek en de personendriehoek zoals geformuleerd door McCullough en Malan (McCullough, 1997). Als de cliënt geschikt bevonden is voor deelname en gemotiveerd is om te starten, wordt er gevraagd om een biografie te schrijven. De biografie is vooral bedoeld voor de cliënt zelf en de therapeuten en wordt niet gedeeld in de groep. De therapeuten en de cliënt kunnen dit verhaal in hun achterhoofd houden tijdens het werken in de groep. Het is aan de cliënt zelf om te beslissen wat hij of zij wil delen in de groep.

Nadat de cliënt is begonnen in de groep wordt er gevraagd na te denken over een motto. Het motto is een zin waarmee de cliënt kernachtig zijn behandeldoel formuleert. Onze ervaring is dat de groep daardoor beter van elkaar kan onthouden wat de focus is. Het gebruiken van een motto hebben wij overgenomen na deelname van een van de groepstherapeuten aan een cursusdag over AFT-groepen, waar dit als suggestie werd gegeven. Bij de intake wordt ook een vragenlijst toegestuurd, de Severity Indices of Personality Problems (SIPP-SF). Deze vragenlijst richt zich op persoonlijkheidskenmerken die aanwezig zijn bij alle persoonlijkheidsstoornissen en bestaat uit de schalen zelfcontrole, identiteitsintegratie, verantwoordelijkheid, relationele capaciteiten en sociale concordantie (Verheul et al., 2008).

Eric is een man van Franse afkomst, hij woont sinds vijf jaar in Nederland vanwege zijn werk. Hij heeft een individuele psychotherapie achter de rug waarin hij heeft gewerkt aan het verminderen van depressieve klachten en klachten passend bij een vermijdende persoonlijkheidsstoornis. Hij loopt er zowel op zijn werk, op sociaal gebied als in zijn liefdesleven tegenaan dat hij zich passief opstelt. In de groep formuleert hij als motto 'to steer my own ship', waarmee hij kernachtig zijn doelen samenvat: meer regie nemen, zich actiever opstellen, keuzes maken.

Werkwijze

De groep maakt gebruik van Affect Fobie Therapie (AFT) als methodiek. Deze vorm van kortdurende psychodynamische psychotherapie is ontwikkeld door Leigh McCullough (1997), een Amerikaanse psychotherapeut en onderzoeker die geschoold was als gedrags-therapeut. Zij merkte dat zij moeite had met het effectief behandelen van mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Zij ging in de leer bij Habib Davanloo, een van oorsprong Iraanse psychoanalyticus en onderzoeker die de Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy ontwikkelde, en vervolgens bij Malan, een Britse psychotherapeut, die de twee driehoeken ontwikkelde die McCullough verder heeft uitgewerkt. Het betreft de conflictdriehoek en de personendriehoek, waarin zowel de conflicten waar de cliënt mee te maken heeft als de context waarin de conflicten zich afspelen schematisch worden weergegeven (Saschowa, 2020). Aan de hand van het systematisch onderzoeken van honderden gefilmde therapie sessies ontwikkelde zij AFT. McCullough herformuleerde de term psychodynamisch conflict in de leertheoretische en gedragsthera-

peutische term 'affectfobie'. Dit staat voor een angst voor de gevoelens en verlangens in de persoon zelf, als het ware een interne fobie. Door het toepassen van systematische desensitisatie (responspreventie, exposure en angstregulatie) bleek het mogelijk om de behandeling van deze interne conflicten efficiënter en effectiever aan te pakken (Van Dam en Hamburger, 2014).

In deze vorm van therapie is er een integratie van het psychodynamische denken met het gedragstherapeutisch denken wat betreft concepten als afweer en conflicten: de genoemde systematische desensitisatie.

Op deze manier wordt er zowel procesgericht als doelgericht gewerkt.

Tijdens de intake voor de groep wordt er met de cliënt een conflictdriehoek en een personendriehoek opgesteld. In de conflictdriehoek worden de afweer, remmingen en activerende gevoelens en verlangens genoteerd. Hiermee wordt de achterliggende theorie toegepast op de situatie van de cliënt om daarmee ook de focus van de behandeling te bepalen. In de personendriehoek worden de personen uit het verleden genoteerd. In de relatie met deze personen is het verbod op activerende gevoelens ontstaan, die wordt herhaald in de relatie met de huidige personen. De groep is ten slotte de derde pool uit de driehoek, waar geëxploreerd kan worden en geoefend kan worden met het verminderen van de klachten en het meer toelaten van de activerende gevoelens. De conflictdriehoek en de personendriehoek worden regelmatig tijdens de sessies opgesteld om inbreng te exploreren.

De houding van de therapeuten is met name steunend en openlegend. In sommige gevallen kunnen er meer confronterende interventies worden toegepast, al heeft het onze

voorkeur dat dit (mogelijk) door de groepsleden onderling plaatsvindt.

Kelly is een vrouw van veertig jaar oud van Ierse afkomst. Zij woont sinds twaalf jaar in Nederland, is getrouwd met een Ierse man en ze hebben samen twee kinderen. Na de mededelingen gaan we met Kelly de driehoeken maken. Zij zegt ruzie te hebben gehad met haar partner over het maken van de driehoeken. Zij voelde zich door hem onder druk gezet om die alvast thuis voor te bereiden in plaats van ze samen in de groep te maken. Zij voelt van hem druk om snel klaar te zijn met de therapie en weer te gaan werken. Zij heeft de ruzie verwerkt in de driehoeken. Afweer: zichzelf geen prioriteit geven, terugtrekken, druk voelen. Angst: schuldgevoel. Behoeftte: zichzelf op de eerste plaats zetten, zich zelfverzekerd voelen. Personendriehoek: huidige personen zijn haar partner en de kinderen, de personen uit het verleden haar ouders en broer. Zij krijgt van Paola de reactie dat het naar is dat zij dit met haar partner meemaakt, Paola gunt Kelly alle tijd om aan zichzelf te kunnen werken. Kelly moet huilen, een van de groepstherapeuten vraagt hoe het bij haar binnenkomt. Kelly twijfelt of zij het wel waard is om ruimte in te nemen.

Vormgeving

De groep bestaat uit maximaal acht cliënten. Gevraagd wordt om een minimale deelname van zes maanden tot een maximale deelname van twee jaar. De frequentie is eenmaal per week een sessie van anderhalf uur. De groep wordt gegeven op een externe locatie, een yogastudio in Amsterdam. Dat is zo ontstaan om gedurende de coronatijd voldoende afstand te kunnen bewaren. Tijdens de lockdowns heeft de groep online

plaatsgevonden. In uitzonderlijke gevallen kunnen er individuele sessies plaatsvinden met een van de groepstherapeuten buiten de groep. Het individuele gesprek kan aangevraagd worden als een groepslid het heel lastig vindt om iets direct in de groep te bespreken. Dit individuele gesprek kan dan dienen als brug naar de groep, bijvoorbeeld als er sprake is van schaamtevolle gebeurtenissen.

Taak

Van de cliënten in de groep wordt verwacht dat zij op eigen initiatief inbreng hebben in de groep. Ook wordt er verwacht dat zij ervoor open staan hun problemen samen met de groep te onderzoeken en de emotionele beleving toe te laten. Interactie met elkaar wordt gestimuleerd. Het is bij uitstek de bedoeling dat er op elkaar wordt gereageerd, er verdiepende vragen kunnen worden gesteld, emoties worden gedeeld en er ook geconfronteerd kan worden. Het zelf initiatief nemen voor inbreng en het samen verdelen van de tijd in de sessie is tevens een oefening in het innemen van ruimte. Ook voor groepsleden die de neiging hebben over grenzen van anderen te gaan, biedt de groep mogelijkheden om dit te onderzoeken en te ervaren hoe de expressie van emoties overkomt op anderen.

Verdere groepsafspraken zijn dat iedereen op tijd komt en afwezigheid vooraf gemeld wordt bij een van de groepstherapeuten. De vertrouwelijkheid wordt besproken, er mogen geen telefoons gebruikt worden en er mag niet gegeten of gedronken worden in de groep. Onderling contact tussen groepsleden buiten de sessies is niet toegestaan. Verder is er de afspraak dat elk contact wat buiten de groepsessies plaatsvindt

met de therapeuten door het groepslid in de volgende sessie dient te worden besproken. Deze groepsafspraken worden bij start van een nieuw groepslid door de groepsleden gedeeld en zo nodig aangevuld voor de therapeuten.

Bij instroom van nieuwe groepsleden merken wij dat de groep zich weer als beginnende groep gaat gedragen

Sheilah is later binnengekomen. Zij excuseert zich specifiek bij Kelly, omdat ze niet goed weet waarom Kelly in tranen is. Ze heeft wel gehoord dat het te maken heeft met zich niet de moeite waard voelen. Ze spreekt uit er graag voor Kelly te willen zijn en het jammer te vinden het gemist te hebben. Het is voor Sheilah lastig nu te merken dat anderen last hebben van haar te laat zijn, meestal heeft zij er vooral zelf last van. Kelly vertelt dat het op tijd komen haar veel stress geeft. Zij heeft een lange reistijd en heeft bij het missen van een overstap direct een grote vertraging. Dat Sheilah vorige keer bijna tien minuten te laat was, deed haar denken dat het toch niet zo erg was om later te zijn.

Evaluatie

Na zes maanden deelname in de groep volgt er een evaluatie. Voorafgaand aan de evaluatie wordt de Severity Indices of Personality Problems (SIPP) (Verheul et al., 2008) online toegestuurd. Tijdens de evaluatie deelt de betreffende cliënt zijn ervaring in de groep, onder meer met het proces, en blik hij terug

op de doelen. Hierna delen de groepsleden en de therapeuten hun ervaring over de deelname en het proces van de cliënt die een evaluatie heeft. Tevens worden de resultaten uit de SIPP besproken en vergeleken met eerdere metingen. Hierna is er ruimte voor de cliënt om te reageren en te bespreken wat hij of zij meeneemt uit het gezegde en of er een aanpassing nodig is in de behandeldoelen en/of het motto. De gehele evaluatie wordt door een van de groepstherapeuten genotuleerd en na de sessie opgestuurd naar de cliënt.

De processtructuur

Groepscohesie

Het bevorderen van de groepscohesie is een belangrijk aspect. De aanvaardingscohesie is heel wisselend en moet soms opnieuw gevormd worden. Bij instroom van nieuwe groepsleden of veranderingen bij de groepstherapeuten merken wij dat de groep zich weer als beginnende groep gaat gedragen. Dit uit zich in veel stiltes en minder initiatief tot delen en op elkaar reageren. Dit hangt ook samen met de taakcohesie in de groep. De taak in deze groep is om eigen initiatief te nemen en kwetsbaarheid te tonen door emotionele pijn en onzekerheden met elkaar te delen. In eerste instantie is dit erg moeilijk voor deze groep cliënten met vermijdende problematiek. Groepsleden kunnen bang zijn voor afwijzing en het oordeel van de ander. Het vergt dan ook moed om de eerste stap te zetten en je open te stellen in de groep. De groepstherapeuten proberen de cohesie te vergroten door bij elke uiting hiervan ook te verbreden door te vragen wie zich herkennen in het vertelde. Het werken met de motto's en het samen evalueren zien wij

ook als interventies om de groepscohesie te bevorderen.

Ook de specifieke doelgroep bij Adagio is van invloed op het vormen van groepscohesie. Het betreft migranten die vaak vele wisselingen in woonplaats hebben gehad en gewend zijn om vaak te verhuizen. Daarnaast wordt er veel gereisd en is het gebruikelijk om regelmatig in het buitenland te verblijven vanwege familiebezoek. Dit biedt een extra uitdaging bij het opbouwen van continuïteit en zich een vast onderdeel voelen van de groep, aangezien er ook wat meer flexibiliteit is in het toestaan van regelmatige afwezigheid.

Tess is een vrouw van 32 jaar, afkomstig uit Australië. Zij woont sinds tien jaar in Nederland en heeft een Nederlandse partner. Ze is hier via een studie-uitwisseling terechtgekomen en is in Nederland blijven wonen. Tess heeft een individueel gesprek aangevraagd bij een van de groepstherapeuten. In de groep geeft zij een terugkoppeling over de moeite die zij ervaart om woorden te vinden in de groep. Zij wil na overleg proberen om haar lichamelijke sensaties als ingang te gebruiken. Therapeut Marije benoemt ook het gevoel er niet bij te horen dat Tess kan hebben na een hele sessie stil te zijn geweest.

Na de mededelingen komen we bij Natalie terug op haar wandelingen. Natalie is een vrouw van Engelse afkomst van veertig jaar. Zij woont ruim tien jaar in Nederland en is net vanuit de stad naar een dorp verhuisd met haar gezin. Zij is niet naar het bos geweest, maar wel op onderzoek uit gegaan bij een sport-school in de buurt. Dit was spannend voor haar, ze wist niet goed of ze welkom was en heeft ook nog geen ervaring met fitness. Uiteindelijk was het okay, heeft ze informatie ingewonnen en

gemerkt dat ze daar ook terecht kan om koffie te drinken. Therapeut Karina vraagt hoe dat is voor de anderen. Anton, een man van gemengd Duitse en Slowaakse afkomst van 27 jaar oud, herkent de angst om ergens naar binnen te gaan, tenzij hij heel duidelijk welkom wordt geheten. Hij is bang om weggestuurd te worden. Bij Natalie overheerst meer de angst dat zij geen toestemming heeft. Tess herkent het ook, het is lastig voor haar om nieuwe dingen te ondernemen. Christiana herkent het niet zo, zij kan wel nieuwe dingen uitproberen. Zij geeft aan dat het wel anders is als het spontane plannen betreft, dan is zij ook wat meer vermijdend.

Rollen

Rollen zijn de kenmerkende combinaties van gedragingen die de groepsleden in de loop der tijd van een bepaald groepslid verwachten (De Haas, 2015). In de groep hebben we de gewoonte ontwikkeld om bij een naderend afscheid stil te staan bij de rol die het vertrekkende groepslid innam in de groep. Ook vragen we de groepsleden in te schatten wie een goede 'opvolger' zou kunnen zijn.

Tom is een man van 34 jaar oud van Amerikaanse afkomst. Hij woont sinds zes jaar in Nederland, samen met zijn Nederlandse vriendin. Hij werkt in de academische wereld. Een van de therapeuten vraagt aan Tom hoe hij tegenover zijn afscheid staat. Tom heeft een tijdje geleden gezegd zich zorgen te maken over de groep? Tom beaamt dit, er zijn veel vertrekkende mensen en het is vaak lang stil. Hij vraagt zich af hoe het dan verder moet en of de groep elkaar weer zal vinden. Gabriëlla, een vrouw van Hongaarse afkomst van 33 jaar, is voor haar werk naar Nederland verhuisd. Zij laat weten dat zij geïrriteerd raakt, het lijkt

alsof Tom denkt dat hij in zijn eentje de groep draagt? Tom kan dit horen, geeft terug dat dit niet zo is, dat hij veel heeft gehad aan de groep en hoopt dat dat zo zal blijven, ook als hij er straks niet is. Elisabeth vertelt dat zij hem zal missen, dat zij zich inferieur aan hem heeft gevoeld en dat dat meer met haar te maken heeft. Caroline is een vrouw van 39 jaar van Zwitserse afkomst, zij heeft een uitgebreide migratiegeschiedenis en heeft zowel in de VS als in diverse Europese landen gewoond. Zij woont nu sinds drie jaar in Nederland. Zij zegt ook dat zij hem erg zal missen, dat hij degene is die haar snapt en het ook uitspreekt. Zij denkt dat hij soms een redderscomplex heeft en de neiging zich superieur te voelen. Hierdoor zou hij ook het kwetsbare gevoel weg kunnen houden en zich heel verantwoordelijk voelen voor de ander. Tom wil graag nog melden dat hij het lastig vindt als wij in de therapie bijvoorbeeld aan Melissa vragen waarom zij niet begrenst en aan Caroline waarom ze geen steun vraagt. Het ligt toch ook vaak aan de ander, of de omgeving, die niet goed luistert? Dat ligt toch buiten onze invloed? Een van de groepstherapeuten antwoordt dat dat klopt en het ook lastig maakt, maar dat we daarnaast in de groep wel willen onderzoeken wat ons eigen aandeel is, zeker als er sprake is van terugkerende patronen.

In bovenstaand vignet herkennen we in Tom de rol van taakleider, die zich zorgen maakt of er in de groep wel voldoende veiligheid en cohesie zal zijn na alle veranderingen. Gabriella heeft de rol van deviant, zij neemt vaak met meer afstand de interacties weer en is kritisch aanwezig. Een nadeel van haar rol is dat zij het lastig vond om haar eigen kwetsbaarheid te tonen in de groep. Elisabeth neemt meer de rol van emotionele

leider op zich, door te benoemen wat de ander voor haar betekent en open te zijn over haar eigen onzekerheden. Caroline is ook een taakleider, die benoemt dat het juist van belang is om in de groep de kwetsbaarheid te kunnen tonen en te benoemen.

Hoe is het voor de groep om nu verder te gaan met twee witte therapeuten?

De therapeuten

Deze groep is opgezet in het kader van de opleiding tot psychotherapeut en wordt sinds de start gegeven door een psychotherapeut/GZ-psycholoog en een GZ-psycholoog in opleiding tot psychotherapeut. Een gevolg daarvan is dat er regelmatig wisselingen zijn in de samenstelling van de behandelaren als er plaats wordt gemaakt voor een nieuwe collega in opleiding. Het heeft wel de voorkeur om minimaal een jaar, en het liefst langer, als co-therapeuten samen te werken. In onze ervaring duurt het een tijd voor je je in deze groep 'vrij' voelt als therapeut om te interveniëren. Onze indruk is dat dit ook te maken heeft met de ongestructureerde vorm en het procesmatige karakter van de groep. Het samen een groep geven is in onze ervaring een mooie manier om nauw samen te werken met een collega, in ons verder vaak individuele beroep. Door elkaar wekelijks aan het werk te zien leer je elkaar goed kennen. De groep wordt wekelijks een halfuur voorbereid en daarna een halfuur nabesproken. Bij de voorbespreking hebben we de gewoonte stil te staan bij elkaars gemoedstoestand van die dag om daarmee een inschatting te

maken van de mogelijke invloed op de groep. Vaak was het met elkaar delen voldoende om met volle aandacht de groep in te gaan. Vanwege de supervisie die ook wordt gevolgd is de verslaglegging uitgebreid, waarbij we voor elke sessie achteraf een focal conflict bepalen, noteren wat de belangrijkste interventies zijn geweest en we ook stilstaan bij onze tegenoverdracht naar de groep als geheel en naar de individuele cliënten. In de groep hebben wij als therapeuten gemerkt dat de eigen culturele achtergrond, ook terugkomend in huidskleur, belangrijk is voor een gevoel van representatie in de groep. Dit kan meer ruimte bieden om onderwerpen rondom discriminatie vanwege huidskleur te bespreken. Bij het afscheid van de groep was dit een thema waar wij als therapeuten samen bij stil hebben gestaan, hoe is het voor de groep om nu verder te gaan met twee witte therapeuten?

Sheilah is een vrouw van 27, afkomstig uit Canada en van gemengd Porto Ricaanse en Panamese afkomst. Zij vertelt bij aanvang in de groep dat zij lang bezig is geweest om bij de juiste zorgverlening terecht te komen. Zij heeft de indruk dat haar afkomst en haar donkere huidskleur haar hierbij hebben benadeeld en ervoor zorgen dat ze niet serieus wordt genomen door de hulpverlening.

Sheilah vertelt over een feestje met vrienden. Zij wilden een spel spelen waarvan ze wist dat er al snel racistische grappen gemaakt zouden kunnen worden. Zij probeerde hen hierom te overtuigen iets anders te doen. Er werd toch gespeeld en haar vriendin noemde al snel het n-woord. Het stelt haar teleur. Desgevraagd zegt ze dat het haar geen pijn doet. Wel ervaart ze teleurstelling en een gevoel van onveiligheid. Zij heeft er niets van gezegd, zij zegt de erva-

ring te hebben dat witte mensen dan in de verdediging schieten en het vervolgens alleen maar over hen gaat. Anton herkent het dilemma van je wel/niet uitspreken wanneer je geconfronteerd wordt met discriminatie, in zijn geval homofobie. Sheilah krijgt steunbetuigingen uit de groep. Therapeut Karina vraagt of zij, naast 'dat is racistisch', kan zeggen wat het nog meer met haar doet? Sheilah antwoordt dat met andere onderwerpen wel te kunnen, maar als het over kleur gaat is het moeilijk voor haar. Gabriella vertelt dat ze inderdaad wel een zekere felheid heeft gezien bij Sheilah op andere momenten, dat ze dat waardeerde en er ook wel wat jaloers op was. Sheilah zegt dat ze haar vrienden niet wil onderwijzen. Therapeut Marije vraagt hoe het nu zit met de vriendschap. Sheilah voelt een afstand, maar doet in het contact alsof dat gevoel er niet is. Haar vriendin weet waarschijnlijk niet eens dat ze het verkloot heeft, kan ze het nog goed maken? Sheilah vertelt dat haar ex-vriend ook het n-woord had gebruikt aan het begin van de relatie. En dat zij toen wel wist dat de relatie niet voor heel lang zou zijn, maar ze is toch nog een tijd met hem samen gebleven. Zij voelt zich er stom over.

Het thema huidskleur kwam later ook terug rondom het afscheid van een van de groepstherapeuten.

Er wordt afscheid genomen van Eric en therapeut Karina. Tijdens het afscheid staan we ook stil bij de verandering die er zal plaatsvinden in samenstelling van de therapeuten qua huidskleur en culturele achtergrond. Therapeut Karina vraagt aan de groep hoe het is dat haar opvolger een man van Nederlandse afkomst is, met een witte huidskleur. Met name voor Sheilah, op dat moment het enige groepslid van

kleur. Zij zegt dat dit voor haar geen issue is, met name omdat zij zich al vertrouwd voelt in de groep.

Reflectie

De groep wordt door cliënten als erg spannend ervaren. Door de ongestructureerde vorm kan het een tijd duren voor mensen met meer vermijdende problematiek zich vrij voelen om te delen met elkaar. Regelmatig zijn er weken geweest waarbij we als therapeuten na afloop tegen elkaar verzuchtten: 'Wat waren ze weer stil he?'. Zeker als er wisselingen waren geweest en we te maken hadden met een beginnende groep qua dynamiek. Desondanks denk ik dat het kunnen verdragen en uiteindelijk doorbreken van deze spanning en het hoge angstniveau door te gaan delen met elkaar, een waardevol aspect is van deze groep. Cliënten geven dit ook terug in hun evaluaties. We zien vaak dat men zich na ongeveer een halfjaar echt 'thuis' voelt in de groep. Dit is voor velen een eerste ervaring met zich een onderdeel voelen van een groep en het gevoel te hebben erbij te horen. Voor veel van de groepsleden vanwege hun migratieachtergrond ook voor het eerst hier in Nederland.

Het starten van een nieuw groepslid blijkt een stimulans voor de op een na nieuwste cliënt om wat mondiger te worden.

Terugkijkend vraag ik me af of er nog meer mogelijkheden zijn voor de groep en de therapeuten om de angst wat meer te reguleren en omlaag te brengen. Een voorstel zou kunnen zijn om vaker wat structuur te brengen in de groep door aandacht te geven aan de behandeldoelen door middel van de conflict driehoek en de personendriehoek. Een waardevol aspect van de groep zijn ook de evaluaties. Tijdens deze evaluaties kwam

naar voren met hoeveel aandacht men elkaar heeft gevolgd en gezien. Het delen van schaamtevolle ervaringen en ervaringen waar men zich erg schuldig over voelt is een belangrijke stap in de groepstherapie. Het is erg helpend om hierbij steun te ontvangen van de groepsleden zonder daarbij veroordeeld te worden. Het vinden van herkenning bij elkaar wordt ook helpend gevonden. Aan de andere kant kunnen groepsleden elkaar ook confronteren, waarbij de ervaring is dat

Het onderhouden van de relaties in het land van herkomst is een altijd aanwezig thema

zij meer kunnen aannemen van elkaar dan van een groepstherapeut. Daarnaast is het van belang om de samenstelling van de groep gevarieerd te houden qua problematiek, naast cliënten met meer vermijdende en internaliserende problematiek zijn ook juist cliënten met meer externaliserende problematiek heel welkom.

De groep is tevens zeer gemengd qua culturele achtergrond, dit heeft als meerwaarde dat er niet vanuit één dominante cultuur wordt gedacht en gereageerd. Onze ervaring is dat cliënten elkaar met een open vizier tegemoet treden en veel vragen stellen om zicht te krijgen op elkaars specifieke denkkaders en belevingswereld. Van oorsprong mikken we met de groep met name op meer neurotisch gestructureerde cliënten. Onze ervaring is echter dat er vele cliënten zijn die met zware hechtingsproblematiek te kampen

hebben, vanuit de ervaringen uit hun vroege jeugd, maar ook door het bestaan als migrant en als expat waarin mensen van land naar land verhuizen. Niet alleen zijn cliënten bij ons vaak tijdelijk in het buitenland, vanwege werk en familiebezoek, ook is er een grote bereidheid tot veranderen van omgeving en alles helemaal omgooien. Dit maakt het een extra belangrijk onderwerp om te onderzoeken in de sessies, het aangaan van een commitment aan de groep op langere termijn.

Specifiek voor een groep over cultuur en identiteit spelen thema's als discriminatie, huidskleur, hechting en relaties met familie en vrienden in het land van herkomst een belangrijke rol. Het onderhouden van de relaties met familieleden en vrienden in het land van herkomst is een altijd aanwezig thema. Enerzijds is er vaak heel intensief (dagelijks) contact via de telefoon en whatsapp, terwijl er weinig contactmomenten zijn. Op de momenten dat men elkaar wel ziet, gaat het om intensief samenzijn, soms wekenlang. In de overgangen naar verschillende levensfasen spelen deze vraagstukken omtrent het contact een grotere rol, bijvoorbeeld bij geboorte van kinderen, het ouder en kwetsbaarder worden van ouders in het buitenland of het vooruitkijken naar invulling van de derde levensfase.

Therapeut Marije vraagt aan Sheilah wat er speelt omdat ze erg afwezig lijkt. Zij deelt dat ze in deze dagen naar Canada had gewild om haar moeder op te zoeken. Mogelijk gaat het niet lukken vanwege haar nieuwe baan. Zij heeft haar moeder al drie jaar niet gezien.

Ze heeft steeds gezegd dat dat ze niet weg kon, maar ze ziet dat het ook een excuus is. Ze huilt. Therapeut Karina vraagt of ze dit uit zichzelf gedeeld zou hebben in de groep. Sheilah antwoordt 'misschien wel niet', het is moeilijk om te onderkennen dat ze wel een keuze heeft. Vervolgens vertelt ze hoe moeilijk de relatie met moeder is. Ze hebben nu beter contact: ze bellen dagelijks, maar ze hebben ook een jaar helemaal geen contact gehad. Dat was juist nadat haar moeder haar had bezocht in Nederland. Sheilah voelde zich in Nederland eenzaam en hoopte troost te vinden bij moeder, maar ze hadden zo vaak ruzie dat ze wilde dat ze niet was gekomen. Omgekeerd heeft ze verschillende pogingen gedaan om haar moeder te bezoeken, maar die werd snel boos, bijvoorbeeld over haar reisschema. Haar moeder ervoer het als verraad en krenkend als zij op een tussenstop eerst andere familieleden ging zien, wat leidde tot ruzie. Moeder heeft haar een keer geblokkeerd op haar telefoon en toen wist Sheilah niet waar ze naartoe moest, waar moeder eigenlijk woonde en is ze naar een andere stad gevlogen. Therapeut Karina zegt dat Sheilah lijkt op te komen voor haar autonomie. Ze past zich niet aan de eisen van haar moeder aan. Maar staat haar boosheid hierover haar behoefte aan verbondenheid en aan moeder zien niet ook in de weg? Therapeut Marije benoemt dat live contact met moeder ook erg eng moet zijn voor haar, want het is zo vaak mis gegaan. Sheilah erkent inderdaad bang te zijn dat ze daarmee misschien het fijne telefonische contact op het spel zet. Het is voor haar een complexe balans om de relatie met haar moeder op afstand goed te houden bij gebrek aan contactmomenten.

Karina Schill (karina@adagioamsterdam.nl) is psychotherapeut en GZ-psycholoog. Ze werkt bij psychologenpraktijk Adagio in Amsterdam en in haar eigen praktijk, Psychotherapiepraktijk Schill, in Utrecht.

Refereren aan:

Karina Schill (2024). Culture and Identity. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 19(1), p. 69-80.

Literatuur

Aken, M. van & Gilhuis, H. (2008). Over driehoeken, groepen en affectfobieën. McCullough's individuele korte termijn dynamische psychotherapie vertaald naar de groep. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 8(3), p. 7-17.

Dam, Q. van & Hamburger, M. (2014). Affectfobietherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 40, p. 415-429.

Haas, W. de (2010). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Soest: Uitgeverij Nelissen.

Hest, F. van & Vitale, S. (2022). Groepspsychotherapie in een cultuurdiverse omgeving. In: Verhagen, P. & Haar, A. ter (red.) (2022). *Leerboek groepspsychotherapie*. Amsterdam: Boom|de Tijdstroom.

McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects and attachment*. New York: Basic Books.

Saschowa, M. (2020). Affectfobietherapie: gevoelens onder de loep. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 20(4), p. 40-45.

Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C.C., Dolan, C., Busschbach, J.J.V., Van der Kroft, P.J.A. & Fonagy, P. (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): Development, factor structure, reliability, and validity. *Psychological Assessment*, 20, p. 23-34.

Aanwijzingen voor auteurs

Algemeen

- Wij nemen aan dat ingezonden kopij niet elders is aangeboden of gepubliceerd, tenzij dit bij het inzenden vermeld is.
- Houd uw bijdrage beknopt: de maximale lengte van een goedgekeurd artikel is 3000 à 4000 woorden.
- Deel uw tekst systematisch in.
- Begin na de titel met een samenvatting van maximaal 100 woorden.
- Plaats onder de titel uw naam, functie en werkplek, en uw e-mailadres.
- Behandel vervolgens in een inleiding uw centrale (vraag)stelling.
- Maak bij de verdere indeling van uw tekst gebruik van heldere tussenkoppen.
- Sluit af met een conclusie of slotbetoog.
- Gebruik voorkeurspelling en vermijd zo veel mogelijk vreemde woorden en citaten in een andere taal als er goede Nederlandse vertalingen bestaan. Indien geen Nederlands alternatief voor handen is, plaats dan de woorden in een andere taal *cursief*.
- Gebruik geen afkortingen in uw tekst.
- Lever uw tekst aan in Word.
- Maak uw tekst niet op: niet inspringen, geen delen van teksten in hoofdletters typen, geen verschillende lettertypes of -groottes gebruiken, geen kaders maken. Wilt u een kader, zet dan boven de betreffende tekst: {kader}.
- Lever eventuele figuren, foto's, tabellen of grafieken op een aparte pagina in, voorzien van bovenschriften. Geef in de tekst duidelijk de plaats aan: {figuur x}. Houd er rekening mee dat afbeeldingen uitsluitend in zwart-wit weergegeven worden.

Privacy

Wanneer u casuïstiek in uw bijdrage verwerkt, dient u of over schriftelijke toestemming van de betrokkene(n) te beschikken, of u dient de beschreven personen te anonimiseren.

Website

Tot een jaar na publicatie in *Groepen* kan uw artikel op de NVGP-website worden geplaatst, waarmee het voor iedereen ter inzage is.

Literatuur

Besteed zorg aan de literatuurlijst en de literatuurvermeldingen in de tekst. Vermeld in de tekst achtereenvolgens de auteur(s) en het jaar van publicatie:

- Directe verwijzing: ... noemt Berk (1992) ...
- Indirecte verwijzing: ... in de literatuur (Yalom, 1983).
- Bij meer publicaties door dezelfde auteur in één jaar geeft u dit als volgt aan: Tjihuis (1991a) of Tjihuis (1991b).

- Bij meer auteurs met dezelfde achternaam vermeldt u in de tekst de voorletters: Yalom, I.D. (1983).
- Bij twee auteurs vermeldt u in de tekst beide namen, bij meer dan twee auteurs vermeldt u de eerste auteur gevolgd door et al.: Pines et al. (1990)
- Bij een citaat vermeldt u het paginanummer: Rose (1990) zegt hierover: '...citaat...' (p.103).

Voor geraadpleegde of aanbevolen literatuur worden de volgende regels gehanteerd:

- Alfabetiseer de literatuur op auteur.
- Betreft het een boek dan is de volgorde: auteur, initialen (jaartal). Gecursiveerde boektitel. Plaatsnaam: uitgever.
- Betreft het een tijdschriftartikel dan is de volgorde: auteur, initialen (jaartal). Titel van het artikel. Gecursiveerde naam van het tijdschrift. Jaargang (afleveringsnummer), pagina's.
- Betreft het een online document dan is de volgorde: auteur, initialen (jaartal). Titel. Verkregen op dag, maand, jaar van <URL website>.
- Betreft het een online artikel dan is de volgorde als volgt: auteur, initialen (jaartal). Titel. Naam van het tijdschrift, jaargang (afleveringsnummer), pagina's. Verkregen op dag, maand, jaar van <URL website>.

Zie onderstaande voorbeelden, op alfabetische volgorde gezet: achtereenvolgens een document van een website, een artikel uit een tijdschrift, een (hand)boek met drie redacteurs, een boek met één auteur, een boek met twee auteurs en een hoofdstuk uit een (hand)boek.

- Arendsen Hein, J.A. (2013). Lichaamsgeuren in de dagbehandeling. Verkregen op 27-10-2013 van http://www.groepspsychotherapie.nl/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=170&Itemid=259.
- Haar, A. ter (2011). De pikorde in het verzorgingshuis. *Groepen. Tijdschrift voor Groepsdynamica & Groepspsychotherapie*, 6(4), p. 5-16.
- Muste, E., Weertman, A. & Claassen, A.M. (Red.) (2009). *Handboek Klinische Schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Pol, S.M. (2013). *Ik ben geweldig! Of toch niet? Over gezond en problematisch narcisme*. Amsterdam: Boom.
- Reijen, J.R. van & Haans, T. (2008). *Groepsdynamica in gedragstherapeutische en psychodynamische groepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verhagen, P.J. (2012). De christelijke traditie(s). In P.J. Verhagen & H.J.G.M. van Megen (Red.), *Handboek Psychiatrie, Religie en Spiritualiteit* (p. 143-154). Utrecht: De Tijdstroom.

