



Deeltijd bij aanhoudende lichamelijke klachten

In deze rubriek vertellen collega's uitgebreid over hun groep. Dit keer bespreekt Pieter-Jan Herremans de dynamische integratie van L-MTB en ACT in de driedaagse deeltijd voor cliënten met complexe, aanhoudende lichamelijke klacht en bij Altrecht Psychosomatiek Eikenboom.

Door Pieter-Jan Herremans

Binnen het (hoog)specialistische TOPGGz-centrum Altrecht Psychosomatiek Eikenboom (hierna: Eikenboom), worden patiënten behandeld met somatisch-symptoomstoornis (SSS) en verwante stoornissen, ook wel aanhoudende lichamelijke klachten (ALK) genoemd. Eikenboom heeft een bovenregionale functie en is onderdeel van Altrecht GGz, een GGz-instelling in de regio Utrecht die zich richt op patiënten met ernstige of complexe psychiatrische problemen die (hoog)specialistische behandeling behoeven. Naast behandeling is Eikenboom actief op het gebied van wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, opleiding, innovatie en landelijke netwerkvorming.

De in de DSM-5-TR beschreven SSS en verwante stoornissen worden gekenmerkt door de prominente aanwezigheid van lichamelijke klachten die gepaard gaan met een klinisch significante lijdensdruk en beperkingen in het functioneren (American Psychiatric Association, 2013). Klachten waarmee patiënten zich presenteren zijn onder meer chronische pijn, chronische vermoeidheid en functioneel neurologische stoornissen. Er bestaat een subgroep van patiënten met ernstige en therapieresistente SSS en verwante stoornissen met complexe problemen (hierna afgekort als complexe SSS). Deze groep heeft vaak al vijf tot tien behandeltrajecten doorlopen en bij

de helft is sprake van psychiatrische comorbiditeit (Van der Boom en Houtveen, 2014). Het is deze subgroep die in aanmerking komt voor behandeling binnen Eikenboom. Binnen Eikenboom worden diverse behandelvormen aangeboden, variërend in duur, intensiteit en inhoud. Naast het ambulante, ééndaagse, tweedaagse en klinische aanbod is er een interdisciplinaire driedaagse deeltijdbehandeling (hierna: de deeltijd), waar dit artikel een beschrijving van is. Binnen de deeltijd zijn er diverse therapie-onderdelen die door verschillende disciplines worden verzorgd en die zowel individueel als in groepsverband plaatsvinden. In dienst van het doel en de leesbaarheid, zal in dit artikel de focus liggen op de groepstherapeutische componenten van de deeltijd. In dit artikel is verder uitgegaan van de vrouwelijke vorm. Overal waar 'zij' geschreven staat, kan ook 'hij' gelezen worden.

Patiënten worden geïndiceerd voor een behandeling binnen de deeltijd wanneer wordt ingeschat dat een intensief driedaags programma met een stevige holding en de duur van 48 weken noodzakelijk is om te komen tot het herkennen en het doorbreken van disfunctionele patronen in denken, voelen en het omgaan met lichaamssignalen. Patiënten binnen de deeltijd kenmerken zich door voldoende draagkracht om een intensief traject te kunnen volhouden en tegelijk een dermate hoge lijdensdruk en stagnatie dat een minder intensief traject onvoldoende effect zal hebben. Als voorwaarde voor een behandeling geldt een zekere mate van stabiliteit op geestelijk, lichamelijk en sociaal-maatschappelijk functioneren. Ernstige ontregeling op een van deze drie gebieden wordt gezien als een behandel-belemme-

rende factor. Deze zal op voorhand zorg behoeven alvorens het behandeltraject van de deeltijd gestart wordt. Gezien het feit dat Eikenboom een bovenregionaal centrum is, betreft regionale inbedding binnen een

Doel is het leren herkennen en reguleren van lichaamssignalen en de hieraan verbonden emoties en gedachten

tweedelijns behandelkader eveneens een voorwaarde voor de start van de behandeling. Op deze manier kan samengewerkt worden wanneer er een (tijdelijke) onderbreking van de behandeling of extra begeleiding wenselijk is. Maar ook zorgt dit voor een goede overgang wanneer aan het eind van de behandeling vervolgzorg geïndiceerd is.

Het doel van behandeling binnen de deeltijd is het leren herkennen en reguleren van lichaamssignalen en de hieraan verbonden emoties en gedachten, zoals passend bij de visie van Lichaamsgericht Mentalisatie Bevorderende Therapie (L-MBT). Daarnaast is het doel patiënten te helpen de focus van hun aandacht te leren verleggen van klachtenreductie naar klachtenacceptatie en het creëren van een waardevol leven, zoals passend bij de uitgangspunten van Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Verder is het doel dat patiënten meer inzicht krijgen in de werkingsmechanismen zoals deze in een persoonlijk biopsychosociaal model gerepresenteerd worden.

Theoretische achtergrond

Er zijn aanwijzingen vanuit de klinische praktijk en wetenschappelijk onderzoek dat er bij patiënten met complexe SSS vaak sprake is van een onveilige gehechtheidsstijl en een verminderd vermogen tot mentaliseren (Spaans, 2020). Tevens wordt verondersteld dat het specifiek de beperkte lichamelijke aspecten van mentaliseren zijn die een belangrijke instandhoudende factor zijn voor complexe SSS en daarmee een aangrijpingspunt zijn voor behandeling. Dit gegeven zette Spaans en collega's aan tot het ontwikkelen van het principe van L-MBT (Spaans e.a., 2010, 2017, 2020). L-MBT richt zich voornamelijk op het vergroten van het bewustzijn van lichamelijke sensaties en de integratie ervan met psychische functies zoals denken, voelen, herinneren en neigen. Dit heeft als doel lichamelijke signalen breder te leren interpreteren dan enkel in termen van somatische klachten.

Verder neemt ACT een belangrijke plaats in binnen de deeltijd. Deze transdiagnostische behandelmethode wordt gezien als derde generatie cognitieve gedragstherapie, met evidentie dat het een succesvolle behandeling betreft voor een brede groep van psychische en gedragsstoornissen (A-Tjak e.a., 2015). Binnen ACT wordt gewerkt aan de ontwikkeling van meer psychologische flexibiliteit, het belangrijkste concept dat voortkomt uit de *relational frame theory*, de theoretische basis van ACT (Hayes e.a., 1996, 2006). Het doel van het bevorderen van psychologische flexibiliteit is patiënten te ondersteunen in het ontwikkelen van een waardevol leven, in tegenstelling tot de vaak geziene focus op het willen oplossen van de lichamelijke klachten.

Binnen de deeltijd wordt tevens per patiënt een gepersonaliseerd biopsychosociaal verklaringsmodel ontwikkeld om inzichtelijk te maken welke predisponerende, uitlokkende, instandhoudende en beschermende factoren een rol spelen in het klachtenbeeld. Deze biopsychosociale matrix (Akwa GGZ, 2018), helpt het team, de patiënt en hun naasten om meer inzicht te krijgen in de complexe samenhang van de problematiek. Dit doet recht aan de wetenschap dat ernstige ALK multifactorieel bepaald zijn (Spaans e.a., 2017).

Overkoepelend kan gesteld worden dat de behandeling openlegend van aard is. Verbale en non-verbale therapieën pogen op de achtergrond geraakte lichamelijke ervaringen meer in beeld te krijgen en het inzicht in de samenhang met intra- en interpersoonlijke processen te vergroten. Deze processen worden indien mogelijk onderwerp van de behandeling. Daarmee komt aan het licht wat zich voorheen achter de lichamelijke klachten afspeelde. Er wordt vervolgens ingezet op het leren reguleren van voorheen overweldigende of genegeerde ervaringen.

De taak

Binnen de behandeling wordt van patiënten verwacht dat zij bereid zijn om zich te bewegen van een voornamelijk somatische benaderingswijze van klachten en beperkingen naar een meer geïntegreerde, reflectieve en onderzoekende houding die gericht is op acceptatie. De taak van de groepsleden is elkaar ertoe te stimuleren deze verschuiving door te maken. Daarin wordt van de groepsleden verwacht dat zij actief participeren binnen de verschillende onderdelen van de

deeltijd en elkaar te benaderen zoals verwacht mag worden van een kritische vriend. Tot slot wordt van patiënten gevraagd in hun dagelijks leven actief toe te passen wat zij geleerd hebben binnen de behandeling en tevens ervaringen uit het dagelijks leven in te brengen in de therapie.

Vormgeving

De deeltijdgroep is een half-open groep, die bestaat uit maximaal acht patiënten die allen drie fasen doorlopen, met een totale doorlooptijd van 48 weken. De behandeling start met fase één, een acht weken durend introductieprogramma van verschillende losse afspraken, verspreid over drie dagen per week. Hierin leren de patiënten en het team elkaar op individuele basis kennen. De opgedane kennis wordt samengevat in de eerdergenoemde biopsychosociale matrix en een persoonlijk behandelplan. Tevens wordt via e-learning kennisgemaakt met de verschillende behandelkaders.

Ook gesprekken en voorlichtingsavonden voor naasten maken deel uit van het programma

Na deze acht weken vindt de instroom plaats in fase twee. Deze instroom verloopt op vaste momenten, eens per zes weken, samen met één of twee andere patiënten. Deze tweede fase duurt 20 weken, met drie therapiedagen per week. Het aanbod in deze fase is een uitgebalanceerd programma

waarin rust en activiteit, individuele en groepsgewijze behandelingen en verbale en non-verbale therapieën elkaar afwisselen. De deeltijd heeft diverse groepsonderdelen. Er zijn groepen waarin een weekopening en -sluiting plaatsvindt en groepen waarin één specifiek kader de focus heeft, zoals de ACT-, toegewijde actie-, mindfulness- en L-MBT-groep. Tevens is er een psycho-educatiegroep gericht op kennis over lichamelijke processen bij ALK. Ook de non-verbale psychomotorische- en beeldende therapie vinden in groepsverband plaats. Verder zijn er diverse individuele behandel-sessies, zoals psychosomatische fysiotherapie en gesprekken met een vaste sociotherapeut, psycholoog, arts en psychiater. Ook gesprekken en voorlichtingsavonden voor naasten maken deel uit van het programma. Na fase twee is er één week pauze, waarna patiënten een dag per week aanwezig zijn in de zogenoemde fase drie. Het doel van deze fase is het geleerde te integreren in het dagelijks leven en een eventuele (her-)start van behandeling, studie of (vrijwilligers-)werk in de eigen regio te faciliteren. Door deze overlap kunnen het behandeltraject bij de deeltijd en het vervolg in de eigen regio optimaal op elkaar aansluiten. Deze integratiefase duurt wederom 20 weken, waarna behandeling bij de deeltijd wordt afgesloten. Ook deze integratiefase is voornamelijk een groepsgericht programma, waarbij patiënten achtereenvolgens aan een weekopening, afwisselend een psychomotorische- of beeldende therapiegroep en vervolgens een psychotherapiegroep deelnemen. Afwisselend spreken patiënten individueel hun regiebehandelaar of sociotherapeut. Andere disciplines worden op indicatie betrokken.

Evaluatie

Tijdens de tweede fase vinden drie behandelplanbesprekingen plaats, steeds na zes weken. Dit zijn gesprekken van 30 minuten met de patiënt, diens naasten, eventueel betrokken behandelaren uit de eigen regio en de leden van het behandelteam. Gedurende deze bijeenkomst wordt aandacht besteed aan het algemene proces van de patiënt en de ontwikkeling op diens behandeldoelen. Eventuele belemmerende factoren worden hier besproken. Daarnaast vindt er eens in de zeven weken een groepsbehandelplanbespreking plaats. Daarin bespreken patiënten en teamleden de samenwerking binnen de patiëntengroep, het behandelteam en tussen de patiëntengroep en het behandelteam. In fase drie wordt eenmaal een evaluatiegesprek gevoerd waarin wordt geëvalueerd op welke wijze de overdracht naar de regio goed vormgegeven kan worden.

Groepsdynamiek en verloop

Patiënten van de deeltijd hebben in de regel lang gezocht naar erkenning, verklaring en passende zorg voor hun klachten, alvorens zij bij Eikenboom in behandeling komen. Deze homogeniteit, reeds aanwezig voor aanvang van de behandeling, draagt bij aan de mate van cohesie. Daarentegen is er bij deze patiëntengroep vaak sprake van (hechtings-)trauma's, een grote mate van epistemisch wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, die een veilige interactie met de ander compliceert. Om te komen tot een werkbaar groepsklimaat met voldoende cohesie, houden de groepstherapeuten oog voor deze factoren. Zij spannen zich in om

een zo optimaal mogelijk spanningsniveau te bereiken, onder andere door spanning te reduceren met het vergroten van voorspelbaarheid en veiligheid of juist door spanning op te voeren middels het stimuleren van interacties en de structuur meer los te laten. Het streven is te allen tijde beschikbaar te zijn binnen duidelijke grenzen vanuit een gelijkwaardige en niet-wetende houding, die past bij het bevorderen van het mentaliserend vermogen (Allen e.a., 2008).

Met de terugkerende instroommomenten komt de cohesie steeds opnieuw onder druk te staan. Nieuwe groepsleden zoeken op hun eigen manier aansluiting met de bestaande groep. De één kijkt de kat uit de boom en wacht af tot zij veiligheid ervaart om iets van zichzelf te delen. De ander neemt een vlucht voorwaarts en laat alle voorzichtigheid los om, vaak zonder contact met haar emoties, ervaringen te delen. In beide gevallen zetten de groepstherapeuten zich in om de nieuwe groepsleden te helpen met afstemmen op de gewenste cultuur binnen de groep. Dat gebeurt onder andere door de holdingcohesie te bevorderen, door op ieder instroommoment nog eens de regels van de deeltijd en de kaders en taken van de verschillende groepen te bespreken. Bij de senior patiënten worden de taken en kaders op deze wijze in herinnering gebracht. Wanneer de groep de taak goed uitvoert, wordt dit door de therapeuten expliciet gemarkeerd, om zo de holding- en taakcohesie te stimuleren (De Haas, 2008). Ter voorkoming van te veel cohesie, wordt de groepsregel gehanteerd dat patiënten buiten de therapie om geen contact met elkaar hebben.

Nadat twee weken geleden Marc en Sara ingestroomd zijn in fase twee, wordt in de ACT-

groep een oefening gedaan met waarden. Na een eerste uitleg door de therapeuten en het invullen van een 'waardenkompas' door iedere patiënt individueel, bevragen patiënten elkaar waarom de verschillende waarden van belang zijn. Marc en Sara worden uitgenodigd om wat te delen over hun waarden, wat vooral bij Sara de spanning doet oplopen. Geïrriteerd zegt zij daar nog niet veel over te weten, waarop Miranda, een senior groepslid (zij zit in haar veertiende week), nog eens uitlegt wat het verschil is tussen doelen en waarden. Maaïke, die nu acht weken in de groep zit, stelt Sara gerust. Ze zegt dat zij het verschil bij aanvang ook niet goed kon begrijpen, maar dat zij, door dit onderwerp een aantal keer bespreekbaar te maken, ging begrijpen waar de nuance in zit. De groepstherapeuten bekrachtigen dit gesprek door te benoemen hoe belangrijk het is dat Sara zich uitsprekt en hoe passend het is dat Miranda en Maaïke haar op weg helpen. Zij noemen daarnaast dat dit mooi past binnen de taak van deze groep.

Ondanks de wisselingen, die de ontwikkelingen van de groep onder druk zetten, wordt geregeld het niveau van een werkgroep bereikt. Dat is eenvoudiger voor de bijeenkomsten waarin de taak concreet is, zoals de ACT- en de toegewijde actie-groep. Binnen een bijeenkomst zoals de L-MBT-groep, waarin de taak minder concreet is, komt de groep moeilijker tot dit niveau. Daarin speelt de specifieke aandacht die binnen deze groep gericht is op het lichaam een complicerende rol. De signalen die zich binnen het lichaam afspelen worden vaak als onveilig ervaren, waardoor contact daarmee wordt vermeden. Patiënten neigen te vluchten in een niet-mentaliserende modus of laten een afhankelijkheid zien van de the-

rapeuten. Die kunnen op hun beurt proberen de groep te stimuleren om tot het uitvoeren van de taak te komen. Bijvoorbeeld door aandacht voor het lichaam te bekrachtigen, interacties in de groep te stimuleren en zelf een voorbeeld te zijn door het aannemen van een lichaamsgericht mentaliserende houding.

Ondanks de wisselingen wordt geregeld het niveau van een werkgroep bereikt

Binnen de deeltijd vertalen de interpersoonlijke patronen zich vaak naar interacties in de 'onder'-positie van de Roos van Leary (De Haas, 2008), waarbij patiënten zich teruggetrokken, afhankelijk of, minder vaak, opstandig opstellen. Een 'boven'-positie komt minder vaak voor. Soms in een aanvallende vorm, vaak wanneer pijnlijke herinneringen geraakt worden. Vaker in een 'samen-boven'-houding, zoals bij het helpen of steunen van groepsgenoten. Interacties tussen een helpend en afhankelijk groepslid worden geregeld gezien, soms zelfs letterlijk, bijvoorbeeld bij het duwen van de rolstoel van een groepsgenoot. Het risico dat dit een rigide rolpatroon wordt, krijgt naast de groepen ook in het leefmilieu aandacht. Interactielijnen ontstaan primair tussen patiënten die gelijktijdig zijn ingestroomd. Later kunnen deze zich ook ontwikkelen op basis van herkenning op gebieden als klachtenpatroon of sociale context. Bij groepswisselingen vallen patiënten vaak terug op deze veilige subgroepen. Onder andere binnen de L-MBT-groep worden de motieven hiervoor

onderzocht om te voorkomen dat patiënten onbewust oude, disfunctionele relatiepatronen herhalen. Door neigingen inzichtelijk te maken, ontstaat ruimte voor nieuwe interacties; zo wordt een teruggetrokken patiënt gestimuleerd om via haar lichaamssignalen en innerlijke ervaring de authentieke verbinding met de groep aan te gaan in plaats van in de passieve afhankelijkheid te blijven. De praktische opzet van de deeltijd met de eerder beschreven wisselingen en de dynamiek van patiënten met complexe SSS, hebben een bepalend effect op de fase-ontwikkeling volgens Levine (De Haas, 2008). Deze volgt binnen de deeltijd een wat grillig beloop, maar kent over de gehele behandeling wel een duidelijke ontwikkeling. Zo vindt in fase twee de autoriteitscrisis zelden op een zichtbare manier plaats. Dit komt onder andere voort uit de neiging van patiënten met complexe SSS tot het weghouden van emoties, in het bijzonder ongenoegen en

In de eindfase is er aandacht voor hoe het leven er na de deeltijd uit zal komen te zien

boosheid. De groepsbehandelplanbespreking is een plek waar het team poogt expliciet ruimte te maken om splitsing, onvrede en boosheid bespreekbaar te maken. Na de opnemingsfase wordt in de tweede fase zelden een intimiteitscrisis doorgemaakt. De Haas (2008) beschrijft hiertoe als voorwaarde 'rijping en een stevige persoonlijkheid', kenmerken die bij patiënten binnen de deeltijd beperkt

gezien worden. Als deze intimiteitscrisis wel plaatsvindt, is dat binnen de derde fase van de behandeling. De instroom in deze derde fase heeft een belangrijk evaluerend karakter. Patiënten zien elkaar terug op een ander punt in hun behandeling. Verandering of stagnatie kunnen vanuit de eerder ontstane vertrouwensrelatie goed waargenomen en teruggekoppeld worden. Daar deze feedback van grote waarde kan zijn en de onderlinge verbondenheid stimuleert, wordt hier expliciet ruimte voor gemaakt. De consequentie van de doorstroom naar fase drie is eveneens dat de groep herhaaldelijk terugvalt in de parallelfase. Vervolgens kunnen sneller de fasen doorlopen worden, en wordt ook het niveau van een wederkerigheidsfase bereikt. De diepere verbondenheid op kwetsbare, persoonlijke en vaak aan hechting gerelateerde thema's, zorgt vaak voor nieuwe en herstellende ervaringen. De groepstherapeuten krijgen vaker een rol aan de zijlijn. Het tweede afscheidsmoment, na fase drie, markeert het eind van de groep en daarmee een belangrijke overgang. In deze eindfase is er aandacht voor een terugblik op de behaalde resultaten en een blik naar buiten; hoe het leven er na de deeltijd verder uit zal komen te zien. Sommige patiënten pakken studie of (vrijwilligers-)werk weer op, anderen richten zich meer op vervolgbehandeling. Dit markeert weer de individuele verschillen tussen de groepsleden. Daar er altijd een deel achterblijft en er weer nieuwe patiënten instromen, is er nooit een echte beëindiging van de groep als geheel.

Groepsnormen en groepsregels

Om veiligheid te stimuleren worden de groepsregels op verschillende momenten

benoemd, zowel door behandelaren als senior groepsleden. Hierdoor kan er een groeiend begrip ontstaan voor de bestaande normen en zijn er momenten waarop de expliciete groepsnormen kunnen worden beïnvloed. Belangrijke expliciete normen zijn onder andere dat patiënten zich inspannen aanwezig te zijn en dat zij, ondanks hun klachten, actief maar afgestemd op de fysieke en emotionele belastbaarheid in het moment, deelnemen aan de verschillende groepen. In de loop van de eerste periode na een groepswissel is er meer expliciete aandacht voor het blijven vervullen van de taak en de werkwijze van de groep. Als groepsnormen verschuiven en daarmee niet in dienst staan van de taak, dan zullen deze door de groeps-therapeuten impliciet en expliciet worden bijgestuurd. Een voorbeeld van een dergelijke groepsnorm is dat patiënten elkaar niet onderbreken in een verhaal, ondanks het gebrek aan contact met emoties of lichaamssignalen. Een van de therapeuten zal dan deze groepsnorm doorbreken door de patiënt wel te onderbreken en te verwoorden welk effect deze manier van delen op haar heeft. Zij is dan een voorbeeld van de gewenste norm; elkaar uitnodigen meer tot lichaamsmentaliseren te komen.

Vervolgens werken de therapeuten de interactie uit in verbinding met de overige groepsleden, met de focus op emoties, neigingen en lichaamssignalen. Ook in non-verbale therapieën wordt op gepaste wijze aandacht gegeven aan dergelijke groepsnormen (zie vignet).

In de PMT-groep wordt een oefening gedaan met het thema vertrouwen. Wanneer de vraag is om met ogen dicht door de ruimte te lopen, herkent Miranda, het eerder beschreven senior

groepslid, deze oefening van een eerdere bijeenkomst. Voortvarend maar zonder werkelijke verbinding met haar lichaam gaat zij van start. Wanneer groepsgenoot Sara haar later bij de bespreking confronteert met deze hoge snelheid, ontstaat een plotselinge, overvloedige vermoeidheid bij Miranda. Zij wil voor nu de bijeenkomst staken. Op aandringen van de therapeuten probeert zij de oefening opnieuw, nu met de focus op haar innerlijke beleving. Dit leidt tot een nieuwe ervaring. De 'veilige' routine valt weg, kwetsbaarheid en tranen komen naar boven. Aanvankelijk reageert Miranda met boosheid over het feit dat de therapeuten haar vroegen om toch nog een keer mee te doen aan de oefening. Doordat de therapeuten het gesprek met de groep stimuleren en zij de uitnodiging krijgt haar vermoeidheid te onderzoeken als een signaal van meer dan alleen een lichamelijke ervaring, lukt het haar echter verbinding te leggen met de emoties die zij voelt. Deze verandering van een 'voortvarende houding' naar authentieke openheid versterkt de verbinding die Miranda met zichzelf heeft, maar ook de onderlinge verbondenheid binnen de groep. Sara heeft door het bevragen van Miranda een belangrijke groepsnorm vormgegeven.

In de deeltijd kunnen we enkele typische terugkerende rollen onderscheiden. Zo komt vaak de 'zorger' voor, die geleerd heeft de ander aandacht te geven om zo niet bij zichzelf stil te staan en waardering te krijgen voor haar inzet. Ook komt geregeld de rol van de 'rationaliseerder' naar voren. Afsplitst van eigen emoties en lichamelijke signalen weet zij vaak voor alles een heldere oplossing aan te dragen. Tot slot zien we geregeld de uitverbinding met haar emoties pratende 'verhalenverteller'.

Hoewel rolgedrag iets is dat in een beginnende groep van waarde kan zijn, spant het team zich in om patiënten uit deze vaste rollen los te krijgen. Vooral door deze rollen expliciet te maken en deze, passend bij het kader van de groep, te onderzoeken. In de ACT-groep kan een van de therapeuten de patiënt bijvoorbeeld bevragen of dit rolgedrag een toegewijde actie is in dienst van haar waarden, of een automatische reactie die haar hier juist vanaf houdt.

Later, in fase drie, nemen patiënten vaak zelf de rol op zich om elkaar met niet-helpend rolgedrag te confronteren. Was het aanvankelijk fijn om een rationaliserende groepsgenoot in de groep te hebben voor het doen afnemen van de spanning, na enige tijd wordt ook gezien dat deze rol niet in dienst staat van de ontwikkeling van het eigen proces. Als behandelaren bekrachtigen we het nieuwe rolgedrag. Bijvoorbeeld wanneer de maar door pratende vermijder stil gaat staan, gaat voelen en zich uitspreekt over haar angsten.

Nu de fase drie-groep enkele weken op gang is na de overgang van de eerdergenoemde patiënten Marc en Sara, komt in de psychotherapiegroep een herhaling van het patroon op gang rondom Marc, die vooral rationaliserend en oplossingsgericht reageert. Dit keer is het Michelle, een groepslid dat Marc ook uit fase twee kent, die Marc aanspreekt op deze manier van doen. Zij blijft hem bevragen over de reden van zijn neiging steeds maar met oplossingen te komen en over wat dat zegt over hem. Accepteert Marc eigenlijk zijn klachten wel echt? Dat is een rake vraag en Marc begint zich voorzichtig te openen over hoe het accepteren van zijn klachten hem een gevoel van kwetsbaarheid, minderwaardigheid

en wanhoop geeft, dat hij liever niet wil voelen. Marc is zichtbaar geraakt, wat de andere groepsleden met warme zorgvuldigheid ontvangen. Zij nodigen Marc uit zich meer te laten zien, ze aanvaarden deze kant van hem en bekrachtigen hem in deze nieuwe beweging. Marc, op zijn beurt, maakt voorzichtig gebruik van deze ruimte. Hij oefent nieuw gedrag door nu wel zijn emoties te tonen, zijn lichamelijke reacties daarbij te blijven waarnemen en het verdriet te laten zien dat hij heeft over het verlies van zijn rol als 'oplosser' en breder, als 'man des huizes'.

De co-therapie

Om op een goede manier om te gaan met de hierboven beschreven groepsdynamische processen worden de verbale groepstherapeutische sessies altijd gegeven door twee collega's, in vaste duo's, waarvan er één minimaal de basiscursus groepsdynamica

De samenwerking in het team doet een sterk appèl op het eigen lichaamsmentaliserend vermogen

heeft doorlopen. De ACT en L-MBT-groep worden gegeven door minimaal één geregistreerd (specialistisch) Groepstherapeut-NVGP, met als achtergrond een GZ- of KP-opleiding. Deze voorwaarden komen voort uit de ervaring dat het werken in groepstherapie met de doelgroep complexe SSS een behoorlijke ervaring vraagt.

Emotionele, cognitieve en interactionele problemen liggen bij deze doelgroep vaak verscholen in de presentatie van de somatische klachten. Het streven is om voorbij deze somatische klachten te kijken en de daar verscholen problematiek naar het bewustzijn te brengen. Dat vraagt een gelijkwaardige, geduldige, uitnodigende en tegelijk duidelijk begrenzende aanpak. Het vinden van deze balans vraagt een intensieve samenwerking in het team. Een samenwerking die een sterk appèl doet op het eigen lichaamsmentaliserend vermogen, en de bereidheid vraagt hierover te blijven communiceren en reflecteren. Het werken binnen de deeltijd vraagt daarmee het werkelijk aangaan van samenwerking in het team waarbij het openstellen voor eigen en andermans innerlijke ervaringen en lichaamssignalen niet geschuwd kan worden. Om dit proces te ondersteunen zijn er binnen de deeltijd casuïstiek- en intervisiemomenten ingericht. Daarnaast is er een overlegstructuur waarin iedere dag een kort moment van aandacht is voor ieders praktische en mentale ruimte, zodat ieder teamlid dit bij zichzelf nagaat en hier collega's over inlicht.

Resultaten

De therapeutische kaders van de deeltijd en de behandeling in zijn geheel zijn in diverse studies geëvalueerd. Zo concludeerden Houtveen e.a. (2015) in hun onderzoek, waarin onder andere de deeltijd werd onderzocht, dat, ondanks grote individuele verschillen, deze intensieve multidisciplinaire aanpak effectief was in onder andere de afname van lichamelijke en psychische klachten en in de toename van de kwaliteit

van leven. Verder werd door Feldmann-Sinnige e.a. (2023) onderzoek gedaan naar de effectiviteit van L-MBT, onder andere binnen de hier beschreven deeltijd. Dit onderzoek wees uit dat het lichaamsbewustzijn en het mentaliserend vermogen binnen de behandeling verbeterden. L-MBT lijkt daarmee een veelbelovende behandelvorm voor patiënten met complexe SSS. De veronderstelling is dat via een toename van het lichaamsmentaliserend vermogen het lichaamsbewustzijn, emotiegerichte belevingen en mentaliserend vermogen toeneemt, waardoor patiënten na behandeling met L-MBT een betere kwaliteit van leven ervaren (Spaans, 2020). In onderzoek gericht op ACT, uitgevoerd door Herremans e.a. (2024), onder ander binnen de deeltijd, kwam naar voren dat een toename in ervaringsgerichte acceptatie samengaat met een verbetering in mentale gezondheid en algemene gezondheidsbeleving. Deze resultaten wijzen op het belang van een op acceptatie gerichte behandeling van patiënten met complexe SSS.

Daar beide behandelkaders binnen de deeltijd in verbale en non-verbale therapieën aangeboden worden, is de suggestie dat de deeltijdbehandeling van Eikenboom, voor de patiëntengroep met complexe SSS, een passend aanbod is.

Reflectie

De kracht van het hier beschreven programma zit voor een belangrijk deel in de mate waarin het team trouw is aan een biopsychosociale benadering en de behandelkaders L-MBT en ACT, met aandacht voor groepsdynamica. Door scholing en ontwikkeling is een gezamenlijke taal ontwikkeld

die bijdraagt aan de interdisciplinaire werkwijze. Hierdoor krijgen patiënten via verschillende wegen dezelfde visie aangereikt. Dat zorgt voor een geïntegreerde en degelijke aanpak van de problematiek, wat wenselijk is bij deze patiëntengroep. De ontwikkelde structuur ondersteunt de methodiek. Daarnaast draagt de behandel tijd van 48 weken eraan bij dat veilige hechtingsrelaties kunnen ontstaan tussen patiënten onderling en tussen patiënten en het team, wat vervolgens weer bijdraagt aan de ontwikkeling van de eerder beschreven behandel doelen. Verdere ontwikkeling zou kunnen plaats-

vinden op het gebied van matching tussen de instromende patiënt en de individuele therapeut. Op basis van persoonlijke kenmerken, zoals voorkeurshechtingsstijlen van patiënt en therapeut, zou dan gezocht kunnen worden naar een goede match. Dit kan bijdragen aan een effectievere manier van werken in de therapeutische relatie. In het huidige model is die ruimte er beperkt en stromen patiënten in bij de therapeut die ruimte heeft. ■

Met dank aan het team van de driedaagse deeltijd voor hun medewerking aan dit artikel.

Pieter-Jan Herremans (p.herremans@altrecht.nl) is klinisch psycholoog/psychotherapeut bij Altrecht Psychosomatiek Eikenboom.

Refereren aan:

Herremans, P.J. (2026). Dit is mijn groep: Driedaagse deeltijd bij aanhoudende lichamelijke klachten. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, (21)1, p. 59-70.

Literatuur

Akwa GGZ. (2018). *Zorgstandaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)*.

Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington DC, USA: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2022). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5-TR)*. Amsterdam: Boom. (Nederlandse vertaling van *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition – Text Revision).

A-Tjak, J.G.L., Davis, M.L., Morina, N., Powers, M.B., Smits, J.A.J. & Emmelkamp, P.M.G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), p. 30-36.

De Haas, W. (2008). *Groepsbehandeling en teambegeleiding in de zorg: Een praktische handleiding op basis van de groepsdynamica*. Amsterdam: Boom.

Feldmann-Sinnige, M., Pielage, S. & Van Eck van der Sluijs, J. (2023). Lichaamsgerichte mentalisatie bevorderende therapie bij patiënten met een somatisch-symptoomstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 65(9), p. 542-548.

Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), p. 1-25.

Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), p. 1152-1168.

Herremans, P.J., Van Eck van der Sluijs, J.F., Geenen, R. & Houtveen, J.H. (2024). Ervaringsgerichte acceptatie bij de behandeling van complexe somatisch-symptoomstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 66(3), p. 137-143.

Houtveen, J.H., Van Broeckhuysen-Kloth, S., Lintmeijer, L.L., Buehring, M.E.F. & Geenen, R. (2015). Intensive multidisciplinary treatment of severe somatoform disorder: A prospective evaluation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(2), p. 141-148.

Spaans, J.A. (2020). *Lichaamsgericht mentaliseren: Gids voor de klinische praktijk*. Tiel, België: Lannoo.

Spaans, J.A., Koelen, J.A. & Bühring, M.E.F. (2010). Mentaliseren bij ernstige onverklaarde lichamelijke klachten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36(1), p. 5-21.

Spaans, J.A. (2017). Lichaamsgerichte mentalisatie-bevorderende therapie. In J. Spaans, J. Rosmalen, Y.V. Rood, H. Horst & S. van der Visser (Red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (p. 321-336). Houten: LannooCampus.

Van der Boom, K.J. & Houtveen, J.H. (2014). Psychiatrische comorbiditeit bij ernstige somatoforme stoornissen in de derde lijn. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56(11), p. 743-747.

.....