

Groepstherapie en individuele psychotherapie voor adolescenten

Een combinatie met meerwaarde

Gerian Dijkhuizen, vaktherapeut drama, groepswerker NVGP, en Lidwien Geertjens, klinisch psycholoog-psychotherapeut, zijn beiden werkzaam bij Fornhese, afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie, Symfora groep Amersfoort.

Veel instellingen voor geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen hebben een ruim aanbod aan ambulante vormen van behandeling. Behalve de combinatie van een behandeling voor ouders en één voor het kind, zijn andere combinaties niet vanzelfsprekend. Naar ons idee kan de combinatie van een individuele behandeling en een groepsbehandeling een positieve werking hebben op beide behandelvormen.

Individuele behandeling dient dan niet slechts om, zoals gebruikelijk is, het werken in de groep te bevorderen. We zullen ons in dit artikel richten op het aanbod aan jongeren tussen de twaalf en achttien jaar. Dit aanbod is altijd ingebed in een compleet behandelplan, waarvan in ieder geval een ouderbegeleidingscontact of een vorm van gezinstherapie deel uitmaakt. Deze vormen van behandeling zullen wij hier niet bespreken.

Na de vignetten over Karolien, die zowel

groepsdramatherapie als individuele psychotherapie krijgt, wordt ingegaan op het belang van en indicaties voor individuele psychotherapie en groepstherapie voor jongeren. Aansluitend wordt de indicatie voor groepsdramatherapie beschreven.

Vervolgens wordt de casus Karolien nader besproken. Tot slot buigen wij ons over de meerwaarde van deze manier van werken.

Vignet

Karolien in dramatherapie

Karolien (15) springt op het podium. We doen op dat moment met de dramagroep een inspringspel. Ze moet inspringen met een eigen rol in de situatie die daar is neergezet door een groepsgenoot. Dat lukt haar goed. Het is een goede match. De groepsgenoot verdwijnt van het podium en Karolien mag een eigen rol improviseren waarbij iemand anders moet inspringen. Karolien gaat zitten op een kruk en doet

alsof ze huilt. Een groepsgeenoot springt in en is meelevend: ‘Wat is er aan de hand meisje? Kan ik je helpen?’ Karolien huilt: ‘Mijn konijn is dood, ik ben zo verdrietig.’ Het groepsgeenootje kan in haar spel niet goed tot troosten komen (dat wil ze wel) omdat het verdriet niet zo goed gespeeld wordt. Vertwijfeld kijkt ze naar de therapeut en zegt: ‘Dit is moeilijk hoor, ik weet niet eens of Karolien nu wel echt verdrietig is, ze doet zo raar.’ Op dat moment springt Karolien op en stapt uit haar rol. Ze roept vertwijfeld: ‘Ik kan het ook niet spelen, ik weet in het echt ook niet hoe ik verdrietig moet zijn.’ Ze springt het podium af, gaat naast de dramatherapeut zitten en zegt bijna opgewekt tegen haar: ‘Dat neem ik mee naar die andere therapie. Ik weet niet hoe dat moet, verdrietig zijn.’

(Met die ‘andere therapie’ wordt de individuele psychotherapie bedoeld die net gestart is.)

Karolien in psychotherapie

De eerste minuten van de individuele psychotherapie sessie praat Karolien over koetjes en kalfjes. De therapeut praat met haar mee omdat zij het idee heeft dat Karolien bezig is met de introductie van iets dat belangrijker is. Inderdaad zegt ze dan: ‘Ik moest iets bespreken vanuit de groep.’ Ze heeft daar ontdekt dat ze niet weet hoe dat moet: verdrietig zijn. Als de therapeut met haar exploreert wat verdrietig zou kunnen zijn, blijkt al snel dat verdrietig voor haar synoniem staat voor zielig. Hoe rot ze zich soms ook voelt, zielig wil ze niet zijn. Ze bedenkt dat dit

idee misschien wel te maken heeft met hoe haar moeder vroeger op haar reageerde als ze zich pijn had gedaan. ‘Ik was best een huilerd’, zegt ze, maar haar moeder vond vaak dat ze flink moest zijn en zich niet moest aanstellen. Later op school heeft ze gemerkt dat gaan huilen als je gepest wordt het pesten vaak nog erger maakt. Bijna opgelucht concludeert ze: ‘Ik weet het dus wel, maar ik heb het afgeleerd.’ Na een opmerking van de therapeut over hoe vervelend het moet zijn om altijd groot en flink te willen zijn terwijl je je af en toe klein en verdrietig voelt, krijgt ze een traan in haar ogen. Die veegt ze snel weg.

De indicatie voor individuele psychotherapie

De Haas (2003) geeft als definitie van psychotherapie: ‘Psychotherapie heeft tot doel mensen bij te staan in een in overleg met de psychotherapeut vastgesteld veranderingsproces dat leidt tot het opheffen, verminderen van en/of beter leren omgaan met psychische problemen, conflicten, stoornissen en/of klachten. De werkwijze is als volgt: Psychotherapie vindt plaats in het kader van een reeks gesprekken, waarbij door de behandelaar stemmingen, cognities, gedragingen en houdingen van een persoon beïnvloed worden door

- de therapeutische relatie op methodische wijze te vestigen, structureren en hanteren en
- psychotherapeutische methoden systematisch toe te passen’ (pag. 62).

Een dergelijke behandeling in een indivi-

duële setting kan voor een adolescent zeer waardevol zijn. Voor psychotherapie in deze levensfase geldt dat adolescenten zich vaak nog bewust moeten worden van wat een psychisch probleem is en hoe hen dit belemmert. Dit vergt een actievere attitude van de psychotherapeut dan bij volwassenen. De psychotherapeut heeft een voorbeeldfunctie in het praten over wat je beweegt en wat je meemaakt. Zal een jongere in het begin van een therapie bij een open vraag naar het verloop van bijvoorbeeld de conflicten met zijn vader vaak ‘gewoon’ antwoorden, na enkele sessies lukt het hem gedifferentieerder te vertellen wat er gebeurde. Dan helpen vragen, heldere samenvattingen en suggesties van de therapeut hem hierbij. Sommige jongeren vinden het schaamtevol over zichzelf te praten. Een individuele context kan ertoe bijdragen deze schaamte hanteerbaar te maken. Ook kunnen de conflictvolle onderwerpen zo specifiek zijn dat deze in een groep niet (voldoende) aan de orde zullen komen en dan heeft een individuele *setting* de voorkeur. Met een volwassene, die noch zijn ouder, noch zijn leraar, noch zijn leeftijdgenoot is, gaat de adolescent in gesprek. Vaak met grote ambivalentie omdat het conflict tussen afhankelijk versus onafhankelijk willen zijn als een rode draad door de adolescentie heenloopt.

Specifiek voor de leeftijdsgroep van adolescenten is dat de therapeut heel goed de fase van de ontwikkeling waarin de patiënt verkeert in relatie tot de fase waarin hij zou moeten verkeren in de gaten houdt.

Adolescenten die zich voor behandeling melden zijn bijna altijd gestagneerd in hun ontwikkeling. Doel van de psychotherapie is om deze weer op gang te brengen. De psychotherapeut laat zich in zijn interventies leiden door de kalenderleeftijd, maar ook door het ontwikkelingsniveau van de adolescent.

De keuze voor een individuele psychotherapie moet zorgvuldig gemaakt worden. Bij voorkeur in meer dan één gesprek (liefst drie gesprekken): indicatiestelling voor psychotherapie is een proces. Eén gesprek geeft een beeld van dat moment, in drie gesprekken kan men nagaan of en hoe de relatie tussen therapeut en patiënt zich ontwikkelt, of de adolescent reageert op of gebruik maakt van de gesprekken. Ook kunnen zo de bij adolescenten vaak voorkomende wisselingen in gevoel en gedrag geëvalueerd worden.

Voorafgaand aan of tijdens deze gesprekken zal voldoende informatie verzameld moeten worden om een diagnose te stellen: welke klachten heeft deze adolescent, hoe zijn deze georganiseerd en wat is de ernst daarvan. Even belangrijk als het inventariseren van de problemen en pathologische aspecten is het goed in kaart brengen van de ontwikkelingsmogelijkheden en sterke kanten van de adolescent. Indiciestelling voor psychotherapie is een proces waarbij de psychotherapeut herhaaldelijk de indrukken over de patiënt en de interactie met de therapeut bij zichzelf zal registreren, deze waar mogelijk zal checken en hypothesen zal genereren en toetsen.

De basishouding van de psychotherapeut is gekenmerkt door open nieuwsgierigheid en aan naïviteit grenzende ontvankelijkheid. Het is voor de psychotherapeut de kunst om alle theoretische en ervaringskennis terzijde te houden en opmerkingen van de adolescent niet te snel te begrijpen, maar steeds na te gaan wat bij dit individu de specifieke betekenis is van wat hij verbaal en non-verbaal communiceert. Om tot een indicatiestelling te komen moeten in ieder geval de volgende vragen beantwoord worden: hoe oud imponeert deze adolescent? Hoe maakt hij contact? Is hij in staat tot mentaliseren, dat wil zeggen: kan hij over zichzelf en anderen nadenken in termen van mentale processen, interne gedachten, intenties en overtuigingen? Is hij in staat tot zelfreflectie? Kan hij frustraties tolereren? Hoe zijn zijn sociale relaties? Hoe is zijn zelfbeeld? Hoe is zijn egosterkte? Wil hij zelf behandeling en zo ja, welke ideeën heeft hij daarover? Hoe denken zijn ouders over psychotherapie voor hem?

Hommes (1983) beschreef als volgt de basisvoorwaarden voor een kinderpsychotherapie, die zeker ook gelden voor psychotherapie met adolescenten: het in beginsel aanwezig vermogen tot reflectie, van een potentie tot ontwikkeling, tot leren en integreren van ervaringen, van een vermogen tot interactie met derden. Daarnaast in staat zijn tot waarnemen, reageren op de relatie met de hulpverlener en kunnen spelen, dat wil zeggen 'alsof' situaties kunnen hanteren O'Connor (1991) is van mening dat de psychotherapeut zich een beeld moet

vormen van het heden en het verleden van de sociale situatie in gezin, op school en met leeftijdgenoten en van de mentale status van de adolescent (verschijning, spraak, oriëntatie, affect en stemming, gedachten – inhoud en proces –, korte en lange termijn-geheugen, intelligentie, sociaal oordeel en inzicht, interesses, angsten, zelfbeeld, lichamelijke klachten/ zorgen, idealen en fantasieën). Ook Chethik (2000) brengt nauwkeurig in kaart hoe een adolescent intrapsychisch functioneert.

Men stelt zich voor een indicatie tot individuele psychotherapie de volgende vragen: Wat is er met deze patiënt aan de hand? Specifieke problematiek: bijvoorbeeld Obsessive Compulsive Disorder, depressie, Post Traumatische Stress Stoornis, psychotische structuur, heftige acting-out. Specifieke thema's die een individuele setting vereisen, bijvoorbeeld nog niet onthulde geheimen, problemen rond seksualiteit, er is iets 'bijzonders' aan de hand. Wat kan deze patiënt?

Wat wil deze patiënt? De vraag van de patiënt moet meestal 'vertaald' worden. Welke vorm van psychotherapie is geschikt? Gedragstherapie zal een goede vorm zijn om een fobie te behandelen door middel van *exposure in vivo*, vroege stoornissen behandelen we met psychoanalytische psychotherapie met behulp van de reële en de overdrachtsrelatie.

Naast de intra- en interpersoonlijke factoren moet meegewogen worden dat actuele problemen een contra-indicatie kunnen zijn (zoals verwaarlozing, recent een ouder ver-

loren hebben, levensbedreigende ziekten). Ook is de motivatie van ouders van belang: tegen de wens van de ouders in voor psychotherapie kiezen is voor de adolescent (en dus voor de therapeut) meestal een verloren zaak. Daarnaast zijn realiteitsfactoren medebepalend: reisafstand, interferentie met andere activiteiten, et cetera (Verhulst, 1996).

Groepstherapie

Jonge adolescenten komen met eigen bagage in de vorm van hun problematiek binnen en worden geconfronteerd met die van anderen. Daarnaast is er ook sprake van eigen, voor hen nog niet zichtbare kracht. Ze hebben immers de moed en de motivatie gehad om in een groepstherapie te stappen. Juist van die kracht kan een groepstherapeut gebruik maken om gezamenlijk ten strijde te trekken tegen de problemen die de jongere ervaart. De groepstherapie is een 'samen op weg gaan'. Problemen worden gedeeld, jongeren lopen een tijdje naast elkaar. Het is een ontdekkingsreis die soms vermoeiend is, vooral bij aanvang, maar eentje waar je gewoon jezelf mag zijn. Je bent wie je bent, met alle dingen die je (nog) niet begrijpt. En volgende week mag je gewoon weer terugkomen. Over het algemeen is in de praktijk van de (ambulante) kinder- en jeugdpsychiatrie een groepstherapie een gangbare behandelvorm. Immers, in een groep kunnen jonge adolescenten groeien, experimenteren, merken dat ze niet de enige zijn met een probleem. Een groep voor jonge adolescenten kan

identiteitsbevorderend werken, het individuele- en separatieproces ondersteunen en in sommige gevallen ook nog *peergroup*-vervangend zijn. (Dijkhuizen, 1995).

In deze groepen is de therapeut relatief actief en ondersteunt én de individuele ontwikkeling én die van de groep. Het groepsproces staat niet zelden in dienst van identiteitsontwikkeling. Er is een grote mate van projecteren mogelijk.

Ambivalentie naar ouders is aan de orde van de dag. Er is een (natuurlijke) sterke oriëntatie op leeftijdgenoten. De therapeut kan gericht zijn op identiteitsontplooiing, egoversterking en werkt meestal groepsdynamisch. Basisveiligheid en vertrouwen worden gestimuleerd. Naast aandacht voor de psychiatrische problematiek (depressie, narcisme, eetproblemen of contactstoornis) is het in de vroege adolescentie vooral ook belangrijk dat wat (nog) goed gaat te versterken. Met deze positieve insteek kan bijvoorbeeld het functioneren op school als belangrijkste peiler genomen worden: de jongere is immers bezig met zijn toekomst, een diploma.

Afhankelijk van de problemen wordt in onze polikliniek regelmatig advies gegeven voor groepstherapie met het medium drama. In dramatherapie biedt het nemen of krijgen van een rol veiligheid om gevoelens te exploreren en met nieuw gedrag te experimenteren. Ook allerlei vormen van samenwerken/samenspelen kunnen verrijkend zijn bij het ontdekken van mogelijkheden en het nemen van blokkades in sociaal opzicht. Er kan 'verhuld' worden gespeeld, maar

tegelijk bestaat de mogelijkheid echt gebeurde situaties al spelend te onderzoeken. De jongere moet wel een zekere affiniteit met het medium hebben en zich makkelijk in een andere rol kunnen verplaatsen. Groepen worden samengesteld op leeftijd. De fysieke ruimte staat groepen met maximaal zes deelnemers toe.

Voorwaarde is wel dat de jongere de groep kan verdragen. Over het algemeen zijn jongeren met veel negatieve groepservaringen niet direct geïndiceerd voor een groepstherapie omdat de geschiedenis (van gepest worden, afgewezen worden, extreme verlegenheid, te grote impulsiviteit, grote schaamte, enzovoort) zich snel kan herhalen in een nieuwe groepssituatie. In dat geval kan het aangewezen zijn een aantal individuele dramazittingen aan te bieden voorafgaand aan de groepsdeelname. De groep als zodanig kan op termijn geïndiceerd blijven maar er kan een voortraject plaatsvinden in de vorm van verlengde groepsdiagnostiek. De jongere wordt zo als het ware rijp gemaakt om de groep in te gaan. De zittingen kunnen dienen om een beginnende werkrelatie met de therapeut aan te gaan en het vertrouwen in hem op te bouwen en ook kunnen de mogelijkheden tot functioneren in een groep nader geëxploreerd worden. Dit laatste kan bijvoorbeeld door opdrachten aan te bieden die ook in de groep gedaan worden.

Casus Karolien

Bij aanmelding is Karolien 15 jaar en de hoofdklacht waarmee zij op de jeugdpsy-

chiatrische polikliniek binnenkomt is: encopresis diurna. De lijdensdruk is bij haarzelf gering. Verder lijkt er sprake te zijn van een neurotische ontwikkelingsgang met een ingeperkt driftleven en grote inzet op cognitieve capaciteiten die ten dienste staan van de afweer, die narcistisch gekleurd is. Ouders beschrijven Karolien als een gesloten meisje dat niet weet hoe ze haar emoties moet uiten. Soms lijkt ze een masker op te hebben. Met haar broertje van twaalf jaar kan ze goed opschieten.

Uit het diagnostisch onderzoek blijkt dat Karolien een bovengemiddelde intelligentie heeft en weinig tot geen sociale contacten. Karolien ervaart zichzelf als anders dan leeftijdsgenoten.

Het gezin is terughoudend in het geven van informatie en met name emotionele belevingsaspecten komen moeilijk naar voren. Er komen veel autoriteitsconflicten naar voren. De ouders lijken Karolien te overschatten.

Karolien zit in 3 VWO en het gaat niet goed. Ze heeft een randpositie in de klas, presteert onder haar niveau en wordt gepest omdat ze vaak stinkt. Ze is in de pauze veelal alleen. Er is geen sprake van vriendschapsrelaties op school. In haar vrije tijd leest Karolien veel, zit vaak achter de computer en is niet sportief. Het gezin is gewend veel met elkaar samen te doen.

Gezien de problematiek en het ontbreken van sociale contacten wordt een dramagroepstherapie met leeftijdsgenoten geadviseerd. Met name om de sterk verbaal gerichte Karolien ook een andere manier van omgaan met haar problemen te bieden. Bovendien vindt ze toneelspelen erg leuk.

De therapeut heeft ingeschat dat Karolien direct in de groep kan starten gezien haar grote motivatie om te leren omgaan met leeftijdsgenoten.

Karolien komt in de groep en gedijt er goed. In spel blijkt een zekere vlakheid in haar emoties en toenemend merkt de groep op dat Karolien weliswaar fantastisch spelen kan maar dat het moeilijk is Karoliens problemen in spel te herkennen of, later, erover te kunnen praten in de groep. Het encopresis-probleem speelt zich ook in de groep af en wordt na zes zittingen in de groep besproken. De dramatherapeut heeft met Karolien apart afgesproken om dit te gaan doen. Ze heeft gemerkt dat er na de groep over gepraat wordt dat 'het altijd stinkt rondom Karolien'. Het praten zónder Karolien met de groep gebeurt op verzoek van Karolien zelf. De dramatherapeut legt aan de groepsleden uit dat iedereen in de groep zijn eigen problemen meebrengt en dat dit bij Karolien wel erg letterlijk het geval is. Ze legt uit hoe spanning in het algemeen zijn uitweg kan vinden en vertelt dat Karolien er niets aan kan doen. Hierna vraagt ze de hulp van de individuele groepsleden om Karolien waar mogelijk hiermee te helpen, om te beginnen door haar er niet mee te pesten of er schampere opmerkingen over te maken. Karolien wil erg graag van haar probleem afkomen, net als de andere groepsleden dat van het hunne willen. Als Karolien weer terugkomt in de groep na een time-out van ongeveer een kwartier is het verrassend hoeveel steun en herkenning ('mijn broertje heeft dat ook') hiervoor

krijgt. De cohesie in de groep groeit.

Met Karolien worden afspraken gemaakt over verschonen voor de therapie begint. Direct bij de zevende zitting wordt hiermee begonnen. Omdat het spanningsreducerend werkt (Karolien kan aangeven aan de therapeut dat het naar de groep gaan spanning oplevert onderweg) dat de groep het weet en de verschoning mogelijk is, blijkt dat Karolien meer wil werken aan haar andere problemen.

In de drie opeenvolgende zittingen is er niets te ruiken. Na de vierde 'schone' zitting geeft Karolien, na afloop van de groep, aan de dramatherapeut te kennen met iemand alleen te willen praten.

Op grond van de informatie uit de groepstherapie spreekt de individuele therapeut met Karolien af drie gesprekken met haar te zullen hebben. Daarna zullen ze samen bespreken of individuele therapie een goede optie is. Karolien blijkt zich, in vergelijking met het aanvankelijke beeld dat zij gaf, veel bewuster te zijn van haar problemen. Ze heeft er last van en kan zelfs aangeven dat de encopresis naar haar idee soms een vorm van protest is tegen haar ouders. Ze wil dan ook graag over haar ouders praten. Bovendien lijkt ze zich ten opzichte van anderen toenemend te schamen voor haar broekpoepen. Ze vraagt de therapeut dat woord ook niet te gebruiken. Ze blijkt dus in staat tot enige zelfreflectie, heeft een idee over wat ze met de gesprekken zou willen bereiken en heeft in de groepstherapie laten zien dat ze voldoende veerkracht heeft om zich te laten

bevragen op haar gedrag en dat ze relaties kan aangaan. Wel is ze nogal passief en wacht ze het liefst tot de therapeut haar vragen stelt. Een individuele gesprekstherapie naast de dramatherapie wordt geïndiceerd.

Wanneer de allereerste aanmeldingsklacht bijna verdwenen is (ook op school) kunnen in de individuele therapie, maar ook in de gezinstherapie andere thema's besproken worden.

Groepstherapeut, gezinstherapeut en individueel therapeut spreken elkaar regelmatig over Karolien.

Met Karolien is afgesproken dat wanneer er iets opduikt in de groepstherapie dat niet passend is omdat er dan onevenredig veel aandacht zou gaan naar één groepslid, zij dit onderwerp inbrengt in de individuele psychotherapie. Het feit dat bijna alle groepsleden meerdere therapieën volgen, waaronder bijvoorbeeld individuele psychotherapie, wordt in de eerste zitting van de groep uitgebreid besproken.

Meerwaarde van de combinatie

Het combineren van groeps- en individuele therapie levert meer op dan de som van beide vormen van behandeling. We onderscheiden de volgende meerwaarde.

1. Specifieke aspecten kunnen bewerkt worden: sociaal leren versus individueel ontwikkelen
Sociaal leren is een ontwikkelingstaak bij uitstek voor de adolescent. Buiten de context van het eerste milieu (waarin hij

opgroeit) kan een adolescent in een groepstherapie leren zich te gaan verhouden in een *peergroup*. Normaal gebeurt dit met vallen en opstaan en door schade en schande. Voor adolescenten met psychiatrische problematiek is dit niet een vanzelfsprekendheid. Zij hebben vaak hulp nodig en een groepstherapie kan hierin bijdragen. De therapiegroep vormt een sociale microkosmos die weerspiegelt wat zich in de grotere gemeenschap waarin we leven afspeelt.

Berk (2005) legt de nadruk op de primaire groep als karakteristiek van therapiegroepen. Primaire groepen (zoals het gezin er ook een is) geven mensen een gevoel van verbondenheid en gesteund worden. Mensen spreken over hun primaire groep vaak als 'wij'. Primaire groepen worden gekarakteriseerd door een nauw persoonlijk contact tussen de groepsleden, door regelmatig optredende, meer of minder sterke fusies en door de sterke identificaties die zich voordoen. De intimiteit kan die tussen de *siblings* benaderen. Groepsleden kunnen tegen elkaar zeggen: ik hoef hier niet mooier te doen dan thuis.

Een therapiegroep maakt deel uit van een grotere sociale gemeenschap en dus nemen groepsleden hun normen, verwachtingen en rolopvattingen mee naar de groep. Door samen te delen wat ieders opvatting is, kan geleerd worden aan en van elkaar. Soms leidt dit tot bijstellingen van eventueel starre opvattingen. Het kan ook leiden tot kopieer- of experimenteergedrag. Wat in de groep gekopieerd,

opgedaan of geëxperimenteerd wordt, kan min of meer getoetst, geïnternaliseerd worden in de individuele therapie.

Van Montfoort & Clarijs (1988) benadrukken dat bij een combinatie van individuele en groepstherapie de groepsbehandeling als versterking van de realiteit kan functioneren: 'De dyadische therapeutische relatie met zijn reserve, aandacht en patiëntgerichtheid kan de overdrachtsillusie van het beschikken over een zelfobject (de therapeut) behoorlijk stimuleren. De medegroepsleden vormen een confrontatie met het autonome bestaan van andere mensen, hetgeen uiteindelijk een individuatie bevorderend aspect van de groep is' (pag. 53).

Afhankelijk van de integratieve en reflectieve vermogens zal de adolescent doelbewust in de ene therapie bespreken wat hij in de andere therapie oefent of ontdekt. Dit is passend in de adolescentiefase omdat meerdere identificatiefiguren aanwezig kunnen zijn. De differentiatie groepstherapie en individuele therapie biedt hier een extra mogelijkheid om te ontwikkelen.

Groepstherapie biedt in tegenstelling tot individuele therapie mogelijkheden tot het in contact komen met leeftijdgenoten, van hen hun ontwikkelingsproces af te kijken of door hun opmerkingen aan het denken gezet te worden. Individuele therapie biedt weer meer ruimte om over specifieke onderwerpen in alle rust te spreken, zonder acht te hoeven slaan op kritische reacties van leeftijdgenoten.

Wanneer beide invalshoeken nodig zijn, kan een combinatie van groepsbehandeling en individuele behandeling wijs zijn. In de praktijk betekent een dergelijke combinatie van therapieën minstens één behandelvorm extra: die van de individuele- of groepstherapie. De meest gangbare is: een vorm van behandeling voor het gezin/de ouders en één voor de jongere.

2. Verbreding overdrachtsmogelijkheden/personen

In een groepstherapie is de overdracht complexer dan in individuele psychotherapie. Niet alleen ontstaan overdrachten ten aanzien van de therapeut maar ook ten aanzien van de groep als geheel en ten aanzien van de afzonderlijke groepsleden. Overdrachtsgevoelens die bij individuele groepsleden tijdens hun groepstherapie ontstaan leveren een bijdrage aan de groepsdynamiek. Berk (2005) stelt dat een effectieve wijze om overdracht op het spoor te komen is te letten op innerlijke organiserende systemen die bij groepsleden functioneren. Ze zijn op te sporen door bijvoorbeeld uit te gaan van wat de groepsleden vertellen over hun actuele leven en van het gedrag van de groepsleden (niet alleen in de therapiesituatie).

Vaak worden eigen wensen, verlangens en idealen gezien in de ander. Doordat een groepsdynamische aanpak ook een zekere 'verdunning' in zich draagt, kunnen deze zaken makkelijk aan de orde komen daar de overdrachtsfenomenen bij ieder groepslid kunnen spelen en zodoende weer herkend en verkend

kunnen worden in de gehele groep. Bij een dramagroep is ook nog de extra mogelijkheid de overdracht letterlijk in de te spelen rol of scène vorm te geven. Ook kan deze overdreven, karikaturaal worden neergezet, zodat met een zekere humor de wat zwaardere onderwerpen toch op een luchtige manier aan de orde kunnen komen.

Lijken de overdrachtsthema's te pathologisch of intensief van aard te zijn en te gecompliceerd voor het bewerken in de groep, dan kan de groepstherapeut verwijzen naar de individuele therapie om zodoende nog extra aandacht voor dit speciale gedeelte te vragen. Het blijft de verantwoordelijkheid van de patiënt of deze dit ook daadwerkelijk meeneemt naar de individuele therapeut, hoewel de psychotherapeut hierin enige sturing zou kunnen geven. Zijn attitude kenmerkt zich immers door meer activiteit, directheid en directiviteit dan bij volwassenentherapie gebruikelijk en wenselijk is (Geertjens en Waaldijk-Holl, 1995).

Doordat de contexten van individuele therapie en groepstherapie van elkaar verschillen en doordat er verschillende therapeuten zijn voor beide vormen van behandeling, zullen meerdere aspecten van de overdracht, en daarmee van de relatievorming, het hechtingspatroon en de pathologie van de patiënt naar voren komen en bewerkbaar worden. De groepstherapeut moet gedeeld worden met anderen, de individuele psychotherapeut is er voor de patiënt alleen.

Ook bij een teveel aan tegenoverdracht

van de groepstherapeut kan deze doorverwijzen naar de individuele therapie.

3. Intensivering van de behandeling

Individuele therapie kan een voorbereiding zijn op groepstherapie en daarin kan een jongere vaardigheden ontwikkelen, zijn iktsterkte vergroten en makkelijker zijn gedachten formuleren, zodat hij daarna kan profiteren van therapie in een groep.

In de verschillende therapieën vinden parallelle processen plaats. Een uitwisseling hierover met enige regelmaat zal ertoe bijdragen dat de behandelingen elkaar onderling versterken.

Groeps- en individuele therapeut

Een voorwaarde voor deze meerwaarde is dat wordt gestreefd naar een gemeenschappelijke taal onder collega's over psychopathologie en behandeling. Tevens moet er regelmatig overleg zijn over de grote lijn van therapieën, met behoud van voldoende privacy voor de patiënt. Ook moet iedere collega relatieve kennis hebben over de andere vorm van therapie.

In de praktijk is het opleidingsniveau van de therapeuten vaak verschillend: de psychotherapeut is een academisch en postdoctoraal opgeleide gedragswetenschapper terwijl de groepsvaktherapeut een hbo (plus)-niveau heeft. Hbo vaktherapeuten zullen een bijscholing gevolgd moeten hebben over psychopathologie.

De groepsvaktherapeut hoeft geen psychotherapeut te worden en de psychotherapeut geen vaktherapeut. Beiden beheersen hun eigen vak en kunnen elkaar in de behande-

ling aanvullen. Juist de differentiatie van de twee beroepen kan de patiënt de mogelijkheid bieden zich op verschillende terreinen te ontplooiën. Wel zullen zij elkaars uitgangspunten en werkwijzen moeten (leren) kennen.

Het volgen van twee therapieën naast elkaar kan bij de adolescent gezonde ('ik vraag mijn vader of ik naar dat feest mag, die zegt toch "ja" en dan zal moeder geen "nee" meer zeggen'), maar ook ongezonde *splitting*-fenomen oproepen. Om hier adequaat op te kunnen reageren zal bekendheid met de realiteit van de andere therapievorm nodig zijn. Aan de adolescent zal duidelijk gemaakt worden dat de groeps- en individuele therapeut loyaal aan elkaar zullen blijven, hetgeen een constructief kritische houding niet uitsluit.

Om een gemeenschappelijke behandeling te laten slagen moet men elkaars mogelijkheden en beperkingen kunnen en willen zien. Een open opstelling ten opzichte van elkaar zonder angst om elkaar te bevragen en ervaring in het werken in een multidisciplinair behandelteam dragen hieraan bij. Een open communicatie, met in achtname van de privacy van de patiënt is dus ook een voorwaarde.

Literatuur

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

Chethik, N. (2000). *Techniques of Child Therapy. Psychodynamic strategies*. New York: The Guilford Press.

Dijkhuizen, G. (1995). In wat voor therapie kom ik dan? Diagnostiek, indicatiestelling en behandelingsmogelijkheden van dramatherapie in de kinder- en jeugdpsychiatrische setting. *Tijdschrift Kinder- en Jeugd Psychotherapie*, 22 (3), 149- 162.

Geertjens, L.J.J.M. en O. Waaldijk-Holl (1995). Gedachten over cliëntgerichte psychotherapie voor adolescenten; vanuit een interactioneel perspectief. *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie*, 33 (4), 26-44.

Haas, O. de (2003). Naar een eenduidige omschrijving van het 'zorgproduct' psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 29, 53-71.

Hommel, J. P. (1983). Rogeriaanse kinderpsychotherapie en de positie van het gevoel. In C.A.M de Wit (Red), *Psychotherapie met kinderen en jeugdigen*. Leuven: Acco.

Montfoort, R. van en C. Clarijs (1988). De behandelsetting voor narcisme. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 14, 46-56.

O'Connor, K.J. (1991). *The play therapy primer An integration of theory and techniques*. New York: John Wiley & Sons.

Verhulst, F.C. (1996). Psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie. In: F. Verheij en F.C. Verhulst (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie Behandeling en Begeleiding III*. Assen: Van Gorcum.