

Kortdurende focale groepstherapie

Studentenhulpverlening bij GGZ

Simone Beem is gz-psycholoog en teamleider bij de afdeling GGZ Studentenhulpverlening van GGZ Friesland-Noord.

‘En altijd als ik weer de vogels voer, hoor ik de stemmen van vroeger in mijn hoofd:

“Ga jij maar weg, lompe Lineke, jij kunt toch niets.”’

Lineke is vroeger veel gepest. Ze kan niet meer studeren. Ze voelt zich te onzeker. Levert geen opdracht meer in, uit angst dat het toch niet goed genoeg zal zijn. Begint niet eens meer aan opdrachten. Ze komt ook niet meer van haar kamer. Wie zit er op haar te wachten? Op het hbo heeft ze eigenlijk nog geen contacten gemaakt. Met haar moeder heeft ze sporadisch contact. Moeder is manisch depressief en Lineke kan niet meer tegen de enorme, stinkende rotzooi in huis. Haar vader heeft ze nooit gekend.

In ons team GGZ Studentenhulpverlening twijfelen we wat we Lineke het beste als eerste kunnen bieden: een individueel contact, de training ‘Gepest en dan?’, de training ‘Uitstelgedrag’, ambulante groeps-therapie of deeltijdbehandeling.

Lineke is een van de vele studenten die zich afgelopen jaren bij ons aanmeldden, studenten die vastlopen in hun studie om

uiteenlopende redenen. In de top vijf staan ouder-kind-relatieproblemen, identiteitsproblemen, studieproblemen, depressieve stoornissen en (sociale) angststoornissen. Ruim twintig procent heeft een persoonlijkheidsstoornis, of trekken daarvan. De levensfase van adolescent naar jong volwassene maakt dat sluimerende problemen niet langer te vermijden zijn en nu naar boven komen. Zeker omdat velen worstelen met hun verleden. Ze hebben een ouder, broer of zus met een psychiatrische stoornis, waardoor zij vaak geparentificeerd raakten. Of ouders die veel conflicten hadden, al dan niet scheidden, waarin zij vaak een bemiddelende rol hadden. Soms zijn ze gepest op school, waardoor zij leerden om onzichtbaar te worden, zowel voor anderen als zichzelf. Zoals Lineke, die de gehele basisschool elke pauze van het schoolplein afvluchtte en vervolgens haar broodje deelde met de vogels. Ver weg van de pesters.

Therapie en trainingen in Leeuwarden

Leeuwarden heeft bijna 20.000 hbo-studenten, op een bevolking van ongeveer

90.000 inwoners. In 2002 startten we in Leeuwarden een nieuwe samenwerking met de drie hogescholen. Jaarlijks melden zich nu een kleine 200 studenten aan bij GGZ Studentenhulpverlening. Ongeveer hetzelfde aantal neemt deel aan een training Studie Ondersteuning. Deze trainingen hebben naast een curatief ook een preventief karakter: door de training wordt de studie weer vlot getrokken en komt de student in een opwaartse spiraal. Hierdoor wordt de kans kleiner dat de student verder vastloopt in zijn studie en een beroep zal doen op de GGZ vanwege bijvoorbeeld een depressie. Het aanbod bestaat uit de trainingen Effectief studeren, Studieloopbaan onder loep, Uitstelgedrag, Faalangst en studiestress, Initiatief nemen en omgaan met feedback, Plezierig presenteren, Gepest en dan, en Rouw en verliesverwerking. De meeste trainingen worden door decanen van de hogescholen gegeven, enkele door psychologen van de GGZ.

Net als bij groepstherapie bij adolescenten blijkt het effect van het delen van je problemen met de peergroep in de trainingen van groot genezend belang. Het is een eye-opener om niet de enige te zijn met die problemen.

Indicatiestelling

Studenten met persoonlijke of studieproblemen gaan meestal eerst naar een decaan. Deze beoordeelt of hij de student zelf weer op weg kan helpen, of een training een antwoord op de hulpvraag kan geven, of dat GGZ-hulp is geïndiceerd. In dat laatste geval krijgt de student een intake bij een

psycholoog van de GGZ Studentenhulpverlening. De decaan is toegerust voor deze eerste selectiefunctie door eigen opleiding en doordat de psychologen van de GGZ geregeld trainingen geven aan de decanen, onder andere over psychopathologie. Daarnaast geeft een psycholoog supervisie en consultatie.

Een goede indicatiestelling is van groot belang bij dit gevarieerde aanbod van trainingen. Een voorbeeld – bij een student met uitstelgedrag zijn de volgende factoren bepalend voor de keuze van het aanbod.

Stelt de student zijn studietaken uit omdat hij deze lastig vindt en de studie veel inspanning vraagt, en omdat al het andere in het leven leuker is, dan is er sprake van verkeerd aangeleerd gedrag. Nieuw gedrag kan dan worden aangeleerd middels een training.

Wanneer het uitstelgedrag niet alleen de studie betreft, is er vaak sprake van onderliggende persoonlijkheidstrekken, depressie, of een identiteitsstoornis. Deze studenten kunnen hun gedrag niet veranderen via de training, maar hebben therapie nodig. Groepstherapie met medestudenten kan dan vaak de onderliggende factoren bewerken, omdat de herkenning van elkaars mechanismen en het op elkaar reageren inzicht geeft op eigen patronen en contact bevordert met het eigen affect.

Bij faalangst geldt een zelfde onderscheid. Wanneer een niet reële angst voor falen in de studie de boventoon voert, biedt de faalangstraining een goed antwoord hierop. De student leert om de principes van de cognitieve therapie op zichzelf toe te passen.

Wanneer de minderwaardigheid echter de boventoon voert en op alle levensgebieden doorwerkt, is groepstherapie in een studentengroep meestal het beste antwoord.

Aanbod groepstherapieën

Wanneer een student is geïndiceerd voor GGZ Studentenhulpverlening, is er de keus tussen groepstherapie en individuele therapie. Onze visie is: groepstherapie waar het kan, individueel waar het moet. Uit onderzoek blijkt immers dat groepstherapie bij adolescenten effectiever is dan individuele therapie. (Tillitski, 1990; Berk, 2005) Wel start een student vaak met korte individuele therapie, om eerst in enkele sessies de problemen en oorzaken nader in kaart te krijgen. De exclusieve aandacht van een volwassene krijgen is ook een belangrijke reden voor een individueel traject. Veel van onze cliënten hebben thuis altijd steun moeten bieden en nooit gekregen. Of ze werden op een andere manier verwaarloosd. Vaak ervaren cliënten in individuele therapie voor het eerst dat iemand een luisterend oor biedt en er helemaal voor jou is. Ook kan het nieuw zijn dat de psycholoog de eerste volwassene is die jouw mening en gevoelens serieus neemt, je als een volwassene gesprekspartner beschouwt. Na een kort individueel traject wordt vaak groepstherapie als vervolg voorgesteld. Daarnaast is er uiteraard een groep studenten voor wie groepstherapie gecontraïndiceerd is. We doelen dan op sterk uitagerende en heel narcistische studenten. Wanneer groepstherapie in beeld komt,

hebben wij specifiek voor studenten het volgende aanbod:

- *Gestructureerde jong-volwassenen groep*
Dit is een cursorische groep van 13 sessies die plaats biedt aan acht adolescenten tussen 18 en 25 jaar. Ze hebben moeite met loskomen van thuis door overbescherming of een geparentificeerde rol, problemen in de omgang met leeftijdsgenoten, of een negatief zelfbeeld dan wel identiteitsproblemen. In de groep zitten voor het merendeel mbo-studenten en werkende jongeren en meestal twee of drie hbo-ers. Doelstelling is het vergroten van de zelfstandigheid en het zelfvertrouwen. De groep is gedragstherapeutisch met inzichtgevende momenten.
- *Kortdurende focale groepspsychotherapie voor studenten*
Deze inzichtgevende groepspsychotherapie van vijftien keer, is voor hbo-studenten die over het algemeen dezelfde problemen hebben als in de gestructureerde jong-volwassenen groep. Individuatie-/separatieproblematiek is het gemeenschappelijke thema. De indicatie voor deze groep wordt gesteld wanneer de student meer inzicht in en nieuwsgierigheid naar de eigen problematiek heeft, vergeleken met de indicatie voor de gestructureerde groep. Ook zijn zij minder angstig waardoor voor hen de structuur van de vorige groep minder nodig is. Doelstelling is om zichzelf beter te leren begrijpen en een groter gevoel van verantwoordelijkheid voor en controle over het eigen leven te krijgen.

• *Psychodynamische studentengroep en jong volwassen vrouwengroep*

Er zijn twee doorlopende groepen met een behandelduur van acht maanden tot twee jaar. Doelstellingen zijn zoals gebruikelijk in psychodynamische groepstherapieën. De problematiek is vergelijkbaar met de kortdurende focale groep, maar de cliënten zitten meer vast in hun pathologische patronen. Er is vaker sprake van een zich ontwikkelende persoonlijkheidsstoornis.

Naast de studentengroepen zijn er ook andere groepen in het GGZ-aanbod waar wij geregeld studenten voor indiceren, zoals groepen voor cliënten met AD(H)D, autismespectrumstoornissen, sociale angst of dwang.

Wanneer er een indicatie is voor een intensievere behandeling, verwijzen wij studenten naar onze deeltijdbehandeling. Specifiek voor studenten en werkende jongeren is kort geleden een groep van twee dagdelen gestart, zodat de behandeling gecombineerd kan worden met studie of werk.

Studenten zijn over het algemeen gemakkelijker te motiveren voor een groep van vijftien keer, dan voor langerdurende groepen. Soms start een student om die reden met de kortdurende focale groep. Na afloop kan hij of zij dan wel toe zijn aan een psychodynamische groep of een deeltijdbehandeling.

Omdat de meeste studenten deelnemen aan een kortdurende focale groep en over deze groepen weinig is geschreven, licht ik deze groep nu verder toe.

Kortdurende focaal

Indicatiestelling en focus

Op dit moment ben ik met een co-therapeut voor de vierde keer therapeut van een kortdurende focale groepstherapie: een ongestructureerde, gesloten groep van vijftien sessies. De groep staat open voor beide seksen, maar tot nu toe zaten er alleen studentes in. Belangrijkste reden daarvoor is dat maar 29 procent van ons totale cliëntenbestand man is. Jongens melden zich over het algemeen aan met studie- en stageproblemen, en niet met psychosociale problemen ten gevolge van de opvoeding. Die studieproblemen zijn vaak het gevolg van AD(H)D of een autismespectrumstoornis. Wanneer zij persoonlijkheidsstoornissen hebben, zijn die vaak narcistisch of antisociaal gekleurd en dus contra-indicaties voor een kortdurende groep.

In de groep zitten altijd enkele studentes die geparentificeerd zijn ten gevolge van een (psychiatrisch) zieke ouder, broer of zus. Anderen groeiden op in een gezin met veel ruzie of indirecte communicatie tussen de ouders. Ook zijn veel studentes in onze groepen langdurig gepest. Vaak omdat ze anders waren, bijvoorbeeld emotioneel rijper door hun rol thuis of afwijkend vanwege hun psychiatrische vader of moeder. Of zonder duidelijke reden, omdat veel kinderen nou eenmaal gepest worden. Van onze cliënten horen wij vaak dat hun broer(s) zich terugtrokken van de zieke ouder of de gezinsproblematiek. De meisjes nemen meestal de zorgende rol op zich en worden de vertrouwenspersoon van

de zieke en niet zieke ouder. Daarmee wordt nog begrijpelijker waarom juist meisjes en niet jongens zich bij ons aanmelden met deze problematiek. Een groot deel van de cliënten heeft daardoor al langdurig ouder-kind-relatieproblemen, wat leidt tot loyaliteitsconflicten en individuatie-/separatieproblematiek. Hierdoor hebben zij nooit hun eigen weg kunnen kiezen en de ontwikkelingsstadia kunnen doorlopen, met als gevolg identiteitsproblemen.

Vaak hebben ze moeite met het aangaan en volhouden van gelijkwaardige en intieme relaties. Geregeld hebben ze vriendinnen en een partner die psychisch ziek is, net als één van hun ouders. Of iemand die afhankelijk van hen is, bijvoorbeeld een asielzoeker. In beide gevallen kunnen ze doen waar ze goed in zijn: hulp en troost geven, in plaats van eigen emoties te delen en soms hulp te vragen. Zij hebben zich afgesloten van hun emoties en voelen zich vaak eenzaam, omdat ze geen gelijkwaardige vriendschappen hebben.

Voordat de groep start hebben we met iedere kandidaat een indicatiegesprek. Er is dan al een uitgebreide intake gedaan. Meestal volgt de cliënte op dat moment een kortdurende individuele behandeling. In het indicatiegesprek beoordelen we de cliënte op vijf criteria:

- Kan de cliënte haar klachten en de oorzaken daarvan formuleren en geeft ze daarmee blijk van inzicht in haar klachten?
- Heeft de cliënte enkele betekenisvolle contacten en is ze zich er bewust van hoe

ze in groepen functioneert?

- Is de thuis- en gezinssituatie van de cliënte zodanig dat zij kan en mag veranderen?
- Heeft zij de motivatie en de durf om zich in een groepstherapie te openen?
- Kan een kortdurende focale groep de stagnaties van de cliënte vlot trekken of een versnelling geven aan de behandeling?

Aan het eind van het indicatiegesprek stellen we samen met de cliënte een focus voor de behandeling op, met daarin een samenvatting van haar problematiek. Deze vormt de rode draad tijdens de groepstherapie. In de eerste sessie vertellen de cliënten hun samenvatting aan elkaar. Vervolgens hangt er een flap in de groepsruimte waarop de focussen staan. Het persoonlijke focus wordt steeds weer in de groepsinteractie betrokken. De therapeuten stimuleren dat de cliënten elkaar op hun focus wijzen. Het focus wordt regelmatig aangehaald bij het inzicht krijgen in het eigen functioneren en het inzetten van de verandering.

De focussen hebben veel overeenkomsten. Ik citeer er twee:

Elly: 'Omdat mijn ouders sterke persoonlijkheden zijn en ik me van jongs af aan als oudste verantwoordelijk heb gevoeld, volg ik niet mijn eigen pad, waardoor ik niet lekker in mijn vel zit en niet uit de verfkom.'
Focus: Ik luister naar wat ik zelf wil en zeg dat ook.

Jildau: 'Mijn moeder heeft veel te dragen met haar eigen ziekte en de zorg voor mijn zusje met het syndroom van Down. Mijn

vader woont niet meer thuis. Ik heb mezelf altijd willen redden, voor mijn moeder gezorgd en ik vroeg en vraag geen steun voor mezelf.

Focus: Ik geef het aan als iets me dwars zit of als het me te veel wordt.

Verloop

Bij alle vier de groepen die wij begeleid hebben, begint meteen in de eerste sessie het feest der herkenning. Jildau uit het prachtig: 'Wauw, en ik altijd maar denken dat ik de enige was!'

De cliënten raken over het algemeen niet uitgepraat over hun ouders en over hun wens (en angst) om hun loyaliteit te verminderen. Soms lijkt het wel of ze dat als doel van de groep zien. Na enkele sessies, en met hulp van de therapeuten, zien ze dat het blijven praten over hun ouders een heilloze weg is. In Jildaus woorden: 'Ik praat inderdaad nooit over mezelf, dat is veel te eng. Het lijkt wel of mijn moeder hier in therapie is, in plaats van ikzelf.'

Langzaamaan zien we dat er ruimte komt voor kritiek op de ouders en voor de eigen gevoelens in relatie tot hen. De angst om disloyaal te zijn, neemt af. Bij sommige groepen komt dan een periode van succesverhalen: elke week vertellen de cliënten elkaar hoe ze zich de afgelopen week verzet hebben tegen de oude patronen. Dit is natuurlijk ook een overwinning voor hen, een eerste stap op weg naar een eigen identiteit. Anderzijds zien we weinig in de therapiegroep gebeuren. Het blijft maar gaan over het ouderlijk gezin. Ook de vaak ongelijkwaardige relaties met de partners

van de cliënten blijven buiten beschouwing. De cliënten bevragen elkaar wel op de eigen autonomie in hun relaties, maar durven elkaar nauwelijks te confronteren met de constatering dat de vriend wel erg dominant of afhankelijk is. Kritiek durven geven is heel moeilijk voor hen en roept angst op de ander te verliezen. Hier zijn wij, therapeuten dan actief, leggen verbindingen om niet langer dan vijf tot tien minuten stil te staan bij een groepslid en om het al te veel op zoek gaan naar verklaringen uit de voor geschiedenis te ontmoedigen. De therapeuten nemen dan een voorbeeldrol. Vaak in een wat vragende en verbinding leggende zin: 'Ik weet niet of ik de enige ben, maar ik krijg het gevoel dat Elly zich bij haar vriend altijd aanpast aan zijn wensen, net als bij haar ouders.' Na zo'n opening durven de groepsleden meestal wel aan te vullen. Maar ook dan valt op dat ze vaak hun kritiek beginnen met de opmerking dat ze zelf geen haar beter zijn.

Het is eigenlijk steeds zo dat na ongeveer zeven sessies de groepsleden elkaar iets meer kritiek durven te geven. Zoals op Lineke, uit de aanhef van dit artikel. Zij heeft een wantrouwschema als gevolg van ernstige pesterijen. Ze heeft geen echte vrienden en stelt zich niet kwetsbaar op. In de groep wordt haar ogenschijnlijke onkwetsbaarheid als onecht en onaantrekkelijk gelabeld. De groep geeft aan dat ze haar leuker zouden vinden wanneer ze zich kwetsbaar opstelt en dat ze nu anderen afstoot met haar houding. Voor Lineke is het nieuw dat anderen in haar willen investeren en aangeven dat ze aantrekke-

lijker zou zijn als ze haar afweer opgeeft. Door de pesterijen heeft ze de overtuiging dat ze niet meer waard is dan gepest te worden. Ze blijkt vooral een hekel aan zichzelf te hebben door haar harde opstelling waarmee ze anderen afstoot. Dit te kunnen delen in de groep, maakt dat ze de afweer langzaamaan durft te laten varen. Doordat ze nu haar kwetsbare kanten ook op school kan laten zien en daar hulp durft te vragen, gaat school weer lopen. Ze durft weer opdrachten in te leveren.

De volgende zeven sessies zien we dat de groepsleden steeds meer hun eigen kwetsbaarheden en twijfels durven te tonen. Zij worden minder bang om kritiek te geven en te krijgen, al blijven de omgangsvormen naar elkaar beleefd. Ook dan zijn wij het vaak die de aanzet moeten geven met een opmerking als: 'Als ik naar jullie kijk heb ik het idee dat meerderen van jullie je boos voelen over wat haar moeder heeft gezegd. Klopt dat?' Meestal volgt dan een bevestigende reactie die ruimte biedt voor boosheid op de ouder van een ander. In de relatie tot hun ouders zien we dat er ruimte komt voor boosheid en verdriet. De afstand neemt toe. Jildau benoemt dit als volgt: 'Ja, ik hoor jullie kritiek en boosheid wel en ik begrijp het ook wel, maar ik kan niet boos op haar worden als ik bij haar ben. Ze bedoelt het zo goed en is zo zielig.' Jildau neemt wel afstand van haar moeder, maar spreekt haar disloyaliteit niet uit. Aan het eind van de therapie doet ze niet meer wat haar moeder goed voor haar vindt. Ze is gestopt met haar opleiding tot hulpverlener, ook al vindt haar moeder haar daar zo

geschikt voor. 'Ik haat zielige mensen, ik wil helemaal niet voor ze zorgen', zegt ze uit de grond van haar hart. Dat dit niet alleen haar toekomstige cliënten betreft, maar des te meer haar ziekelijke moeder blijft echter onbenoemd.

De autonomie groeit dus en de eigen identiteitsontwikkeling komt op gang. Ook de twijfel over de partnerkeuze wordt vaker ingebracht en ondersteund door de groepsleden.

Voor de therapeuten wordt het de laatste sessies vaak spannend. Zou er nou echt niemand beginnen over het naderende afscheid en hoe het verder moet na de groepstherapie? Bij meerdere groepen moesten wij hen wijzen op het naderende afscheid. Dat het belangrijk is om hier bij stil te staan en hoe verder te gaan. Dat is niet echt verbazingwekkend. Veel cliënten hebben nooit, of juist abrupt afscheid genomen van hun ouders. Ze gingen wel op kamers wonen, maar bleven loyaal aan het gezin. Ook zijn hun vriendschappen niet altijd zo intiem geweest dat het afscheid daarvan zwaar viel. Des te belangrijker is het om het eind van deze groepstherapie te gebruiken als eerste bewuste afscheid. De therapeuten moeten daarin het voortouw nemen. We leggen een link naar andere afscheiden en naar verliessituaties. 'Wat overkwam je, hoe reageerde je?' Dan bespreken we hoe ze nu op een goede manier afscheid kunnen nemen.

Overigens geldt dat afscheid vaak alleen van de therapeuten. De groep is voor de cliënten soms een belangrijke vriendinnenclub aan het worden. Vanaf de eerste sessie

zien we dat ze na de sessies nog langdurig napraten voor het gebouw, of dat ze in groepjes naar het station lopen. Later in de therapie volgt daarin differentiatie. Sommigen blijven met elkaar napraten, anderen scheiden groep en privé meer. Na de laatste sessie mag de groepsregel om geen contact buiten de sessies te hebben, verbroken worden. Sommigen houden dan contact. Anderen gaan MSN-en met elkaar. De wetenschap dat je niet de enige bent, zoals Jildau in de eerste sessie opmerkte, blijft ook na de groepstherapie van grote steun. Wij benoemen het napraten voor de deur niet als een schending van de groepsregel om buiten de therapie contact met elkaar te hebben. Dat speelt alleen als de cliënten vertellen dat ze elkaar tussen de sessies ontmoeten. In de groepsregels staat namelijk dat dat gemeld moet worden. Tot nu toe is dat niet voorgekomen.

Resultaten

We zien dat er meerdere genezende factoren zijn in deze homogene studentengroep. Allereerst de herkenning dat je niet meer uniek bent met je ouders. Door voor het eerst in een groep geaccepteerd te worden, voelt de cliënte dat ze iets waard is. Door wederkerige relaties aan te gaan start het interpersoonlijk leren. Door anderen stappen te zien zetten op thema's die ook de jouwe zijn, is het makkelijker zelf te volgen. En door de gemeenschappelijke thema's, is de weg om de schaamte te laten varen ook korter.

Wat bereiken de studentes nu na vijftien sessies? Dat is uiteraard afhankelijk van

de problematiek bij aanvang van de groepstherapie. Cliënten die een ontwikkelingsstagnatie hebben als gevolg van pesten of door een ongezonde relatie met de ouders, kunnen over het algemeen vrij snel na de groep alleen verder. Vaak hebben ze nog wel een strippenkaart voor individuele therapie. Dit kan gezien worden als een kopie van wat een student normaal doet bij de eigen ouders: op kamers gaan en geleidelijk steeds minder thuis komen. Bij Elly en Jildau is het ook zo gelopen.

Lineke had te zware problematiek voor een kortdurende focale groep. Bij haar staat de persoonlijkheidsproblematiek op de voorgrond. Het ontbreken van opvoeding en het gepest zijn hebben haar kwetsbaarheid nadelig beïnvloed. Deze is uiteraard niet voldoende te behandelen in vijftien sessies. Vooraf was ze echter niet te motiveren voor een intensieve behandeling. Het enige levensgebied waarop zij nu succesvol is, is studeren. Dat wil ze dan ook niet opgeven. Voor haar is de functie van de groepstherapie geweest dat ze voor het eerst een *peer group* had die haar niet afwees, maar steunde en ook confronterend mocht zijn. Na afloop gaat ze terug naar haar individuele therapeut. Ze ziet nu in dat ze meer therapie nodig heeft en durft zelfs het woord deeltijdbehandeling in de mond te nemen. Ze denkt die ooit te gaan volgen, maar weet nog niet wanneer. Eerst maar wat stages in het buitenland en afstuderen.

Discussie

In navolging van Tjihuis (1988) die over langerdurende adolescentengroepen schrijft, zie ik ook als belangrijkste doel van de focale adolescentengroep: de gestagneerde ontwikkeling weer op gang te brengen. Ook spreekt hij van de therapiegroep als een vervanger voor de gemiste *peer group* contacten. In een *peer group* leren adolescenten omgaan met complexe en soms heftige gevoelens van zichzelf en anderen. Ook ontdekken ze hun eigen identiteit in relaties. In de therapiegroep kunnen de adolescenten elkaar helpen bij hun reflectie over eigen gevoelens, gedrag en functioneren. Waarna hij vervolgt dat 'wat adolescenten tegen elkaar zeggen en met elkaar bepraten, belangrijker is dan wat de therapeuten te zeggen hebben.' (pag. 212) 'Daarom bevordert de therapeut veiligheid, cohesie en intimiteit en intervenueert hij zo min mogelijk sturend, geeft geen goedkeuring of afkeuring en moet hij altijd beschikbaar en bereid zijn om te bespreken wat er leeft.' (pag. 220) Ook zegt Tjihuis nog dat de rol van de therapeut afneemt bij de start van de intimiteitsfase. De groep neemt de therapeutische attitude over en de therapeut bevordert dat.

Ik zie de geparentificeerde loyale houding naar de ouders als een obstakel om de laatste adolescentietaken af te ronden. Centraal doel van de therapie is dan om een eigen identiteit te verwerven, los van de ouders. Ook ik ervaar dat de herkenning en het kunnen delen van ervaringen uit de thuissituatie, van grote waarde is. De thera-

piegroep is de eerste ervaring in het gelijkwaardig omgaan met leeftijdsgenoten, waarbij plaats is voor verdriet, schaamte en angst.

Fasen in de therapie

Berk (2003) onderscheidt in kortdurende groepen vier fasen, te weten de beginfase tot de vijfde sessie, de oppositiefase van de zesde tot negende sessie, de werkfase van de tiende tot vijftiende sessie en de eindfase van sessie zestien tot achttien. Als ik zijn beschrijving met onze ervaringen vergelijk, zie ik overeenkomsten en verschillen. Net als hij zien wij dat het vormen van een groep en het ontdekken hoe het in een therapiegroep gaat een thema is. Net als wij beschrijft Berk dat de eerste groepszittingen meestal een succes zijn. 'Omdat men werkt met groepen van lotgenoten, heeft de groep meestal een vliegende start.' (pag. 275) Maar wanneer hij beschrijft dat de groepsleden interpersoonlijk gedrag uitproberen en onderzoeken wat acceptabel is, zie ik verschillen met onze groep. Wellicht komt het omdat de cliënten uit onze groep zich bovenmatig aanpassen en loyaal zijn. Onze cliënten blijven tot de zevende sessie, en eigenlijk de gehele therapieperiode, heel loyaal naar elkaar. Er is geen sprake van groepsvorming en machtsverdeling. Ook kunnen zij niet boos worden op hun ouders. Wel beginnen ze woede te voelen en te uiten op andermans ouders, wanneer zij de verhalen van de ander horen. De volgende fase is volgens Berk de oppositiefase, ook wel autoriteitscrisis genoemd. 'De groepsleden worden dan iets agressiever

naar elkaar om hun individualiteit te beschermen, al wordt deze agressie verhuld.’(pag.276) Weerstand en afweer nemen toe. Later beschrijft hij dat de autoriteitscrisis vaak zo subtiel is dat deze nauwelijks is te herkennen. Dit laatste herkennen wij: in één groep is nauwelijks sprake geweest van deze fase, en in de andere drie groepen is er niet meer dan enige kritiek op de therapeuten en de korte duur van de therapie geweest, en dan nog alleen nadat wij zelf de boosheid naar ons toe trokken. Dit is niet vreemd als we bedenken dat juist deze cliënten niet gewend zijn om conflicten met hun ouders aan te gaan. En dan is elk beetje meege-nomen.

Vervolgens spreekt Berk van de werkfase, ook wel intimiteitsfase genoemd. De therapiegroep is nu een ‘probleemoplossend organisme’ geworden. De cliënten voelen zich veiliger, er is minder afweer, het groepsfocale conflict uit de vorige fase treedt naar de achtergrond en ieder kan aan haar eigen focus werken. Er zou veel gesproken worden over de mate van intimiteit en over de angst en conflicten die dat oproept. De diepgang die Berk in deze fase beschrijft hebben wij nog niet meegemaakt. Er is maar enige, en altijd heel voorzichtige confrontatie tussen groepsleden, en vrijwel altijd met hulp van de therapeuten. Wel zien we dat de groepsleden zeker op zoek gaan naar het waarom van hun angsten en waarom ze zich zo blijven aanpassen aan ouders en vrienden. Ook bespreken ze de angst en schaamte die hen weerhoudt om thema’s in te brengen. Maar het samen-

werken om te begrijpen wat zich afspeelt in hun relaties en in de therapiegroep gaat hun moeilijk af. Vooral omdat ze elkaar vrijwel altijd blijven begrijpen en steunen. In veel sessies is het focale groepsconflict dat er de wens is om zich emotioneel te uiten en zich verder te ontwikkelen, maar dat de angst om afgewezen te worden te groot is om het in praktijk te brengen. Een mogelijke verklaring hiervoor is te vinden in de literatuur over vrouwengroepen. Zo schrijft Hanneke Rijken (2004) dat er een schijnintimiteit kan ontstaan omdat kritiek, boosheid en jaloezie in vrouwengroepen onder de tafel worden gewerkt. En bij Helmi Goudswaard (1997) staat dat vrouwen in de middenfase van de therapie moeite hebben met het uiten van hun boosheid en er veel angst bestaat voor het aangaan van conflicten. Daarnaast lezen we ook bij Meerum Terwogt (1997) dat hij in zijn homogene studentengroep geen autoriteitscrisis waarnam en dat ook daar de herkenning bij elkaar het werkzame bestanddeel is.

Tot slot bespreekt Berk de eindfase die hij vergelijkt met de separatie-individueelperiode. De therapeut besteedt aandacht aan de gevoelens van het reële afscheid en gevoelens van oude separaties.

Halen wij met onze kortdurende focale studentengroep voldoende doelen wanneer de studentes zich zo weinig individualiseren van elkaar en er weinig spanning en conflicten in de groep voorkomen? Wij denken van wel. De cliënten maken duidelijk voortgang in het loskomen van hun ouders. De homogeniteit van de vrouwengroep is wellicht een van de oorzaken dat er minder

conflicten in de groep zijn en dat zij zich minder als individu onderscheiden. Maar de homogeniteit geeft daarnaast veel versnelling door de herkenning. Wij denken dat cliënten die zo vast zitten in de loyaliteit aan hun ouders en die zoveel *peer group* contacten gemist hebben, in een homogene groep makkelijker stappen kunnen zetten door de herkenning bij en steun van elkaar. Met name het boos en verdrietig kunnen worden op de thuissituatie van een groeps-genoot, maakt ruimte om de eigen emoties te ontdekken over de eigen thuissituatie. Een ander stappen zien zetten in een vergelijkbare situatie, maakt het makkelijker om zelf ook stappen te gaan zetten in het los-makingproces.

Tot slot iets over onze ervaringen in de groep. Wat mijn co-therapeute en mij in iedere groep weer raakt, is de motivatie om te willen veranderen en hoe snel de cliënten open zijn naar elkaar. In een kortdurende groep ontwikkelen cliënten zich veel sneller dan in individuele therapie. Ook bij cliënten die eigenlijk een te complexe problematiek hebben voor een kortdurende groep, zien we een versnelling na een meestal traag vorderende individuele therapie. De groep heeft dus een katalyserende functie.

Natuurlijk zijn er ook lastige momenten voor ons, vooral wanneer wij boosheid voelen naar hun ouders en we die bij de groepsleden niet zien of horen. Of wanneer wij denken dat het beter voor hen zou zijn om te breken met hun ziekmakende partner, maar zij daar blijkbaar niet aan toe zijn. Het helpt dan om de groep te vragen wat zij

voelen bij het verhaal van de ander. Het blijkt vaak makkelijker om boos te worden op de ouder of vriend van een ander, dan op je eigen vader of moeder. In het begin van de therapie is zelfs dat nog te veel gevraagd. Wij geven dan zelf aan de groep – en niet exclusief aan de betreffende cliënte – aan dat wij ons boos voelen worden. Dat geeft ruimte aan de andere groepsleden om dit mee te gaan voelen.

Last but not least moet je als therapeut tegen de specifieke levensfasekenmerken van de student kunnen. Ze willen wel in therapie, maar gaan toch maar eerst even op stage in een ander werelddeel. Soms moeten ze plotseling afzeggen, omdat er een verplichte module is ingelast. Om die reden is onze groep buiten kantooruren. Ze willen wel breken met hun ouders of vriend, maar zijn afhankelijk van hun financiën of huisvesting. En als ze breken, hebben ze vaak niemand meer.

Maar concluderend is het ook leuk is om therapeut te zijn van een homogene focale studentengroep.

simone.beem@ggzfriesland.nl

Literatuur

Berk, T. (2003). *Handboek korte dynamische groepstherapie*. Utrecht: de Tijdstroom.

Berk, T. (2005). Onderzoek over groepstherapie. In: T. Berk (Ed.) *Leerboek groepstherapie*, (475-480). Utrecht: De Tijdstroom.

Goudswaard, H. (1997). *Vrouwengroepen, Kortdurende groepstherapie*. Amsterdam: Van Genneep.

Meerum Terwogt, E. (1997). Een kortdurende groepstherapie voor jong volwassenen met gescheiden ouders. In: T. Berk, M. Bolten, E Gans & H. Koksma (Eds.) *Handboek groepspsychotherapie* (3-22). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Rijken, H. (2004). *Therapiegroepen voor vrouwen*. (23-25). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Tillitski, C.J. (1990). A meta-analysis of estimated effect sizes for group versus individual control treatments. *International Journal of group Psychotherapy*, 40(2), 215-224.

Tijhuis, L. (1988). Groepspsychotherapie met adolescenten. In: B. Driessen en H. de Hoog (Eds), *Psychotherapie met adolescenten: zelf doen maar niet alleen*. (194-220). Deventer: van Loghum Slaterus.