

# Van groepspsychotherapie naar eendaagse dagbehandeling

## Ervaringen met een pilot groep

Hilda L. van Holten-Basch werkt als GZ psycholoog / psychotherapeut op de dagbehandeling van GGZ Delfland, afdeling de Stadhouder in Schiedam.

In zijn recente boek vergelijkt Tom Berk (2005) de korte dynamische groepspsychotherapieën met de klassieke lange termijn groepen. Hij stelt dat deze twee soorten therapie geen echte tegenstelling vormen. Enkele gemeenschappelijke factoren die hij noemt zijn het werken met corrigerende emotionele ervaringen, de grote rol die wordt toegekend aan de innerlijke betekeniswereld van patiënten, aan hun gevoelens en aan hun interpersoonlijke relaties, en de aandacht die wordt besteed aan de groepsprocessen. De belangrijkste verschillen zijn, volgens Berk, dat in korte termijn groepen de therapeut actiever is, hij met min of meer categorale groepen werkt, met een beperkte tijdsduur die vooraf wordt vastgesteld en met een relatieve gerichtheid op de dynamische focus die met iedere patiënt wordt afgesproken. Berk voorziet in de toekomst een integratie tussen deze therapievormen die voor beide modaliteiten verrijkend kan zijn. Hij stelt: 'Als groepstherapeuten in lange groepspsycho-

therapieën zich minder afwachtend zouden opstellen, bewuster zouden gaan letten op de innerlijke organiserende systemen die bij hun groepsleden een rol spelen en gericht zouden werken met de hier-en-nu activering en de procesverheldering van Yalom (...) dan zou dat de integratie zeker bevorderen.' (p. 397)

Een integratie van de werkzame ingrediënten van beide modaliteiten, hoeft mijns inziens niet uitsluitend door verbale therapievormen te gebeuren. Een therapie aanbod bestaande uit een non-verbale groep gegeven door een vaktherapeut gevolgd door een groepspsychotherapie gegeven door een groepspsychotherapeut, kan eveneens leiden tot een intensivering en verrijking van het therapieproces. Hierdoor kan de duur van de therapie verkort worden. Het afgelopen halve jaar heb ik als groepspsychotherapeut op een psychiatrische dagbehandeling ervaring kunnen opdoen met een therapie aanbod bestaande uit groepspsychotherapie in combinatie met creatieve

therapie in het kader van een eendaagse dagbehandeling. De resultaten zijn veelbelovend.

### Ontstaansgeschiedenis

Totdat ik een deel van mijn therapieën in het 25/50 zittingen keurslijf moest persen, heb ik het privilege gehad om jarenlang een langzaam open inzichtgevende groepspsychotherapie te geven op de polikliniek van de instelling waar ik werkzaam ben. Het besef dat ik afscheid moest nemen van een werkwijze die ik jarenlang met veel plezier en betrokkenheid heb toegepast deed pijn. Het ging namelijk om afscheid nemen van het soort behandeling waar je als therapeut regelmatig de gelegenheid hebt om mee te maken hoe patiënten met elkaar omgaan wanneer ze gedurende langere periodes in de wederkerigheidsfase verkeren (Berk, 1986, 1992; Levine, 1979; Tuckman, 1965). Het gaat hier om een fase gekenmerkt door een diepe authentieke communicatie tussen groepsleden die spontaan op elkaar reageren en die in de regel geacht wordt te ontstaan pas na ongeveer 40 zittingen (Berk, 1992). In een dergelijke cultuur groeit bij de meeste patiënten het vertrouwen dat ze niet uitgestoten zullen worden of belachelijk gemaakt als ze hun minder acceptabele kanten laten zien, soms door zelfonthulling, vaker nog door de levendige onderlinge interacties in het hier en nu. Gepassioneerde projecties en projectieve identificaties worden dan soms zichtbaar, maar ook gelukkig de bereidheid en de moed van patiënten – inderdaad soms pas

na langere tijd – om uitbestede delen van het zelf weer terug in zichzelf op te nemen. Als therapeut zag je ook regelmatig hoe veel patiënten in een dergelijke cultuur en door de processen die daarin kunnen ontstaan, echt gingen veranderen op een wijze die zich weliswaar kan manifesteren in gedragsverandering en klachtvermindering, maar waarbij je het gevoel had dat de veranderingen veel dieper reiken en daardoor stabiel en duurzamer zijn.

Nu ik genoodzaakt was om mijn lange termijn therapiegroep op te heffen, stond ik voor de volgende dilemma's. Ten eerste was er het probleem van de bestaande groepsleden die er nog niet aan toe waren om met de groep te stoppen. Drie van hen hadden maar relatief kort in de groep gezeten, terwijl ook voor de overige vier deelnemers een abrupt stoppen niet wenselijk zou zijn. Ten tweede was er de vraag wat te doen met de nieuwe aanmeldingen, patiënten die voorheen langzaam open inzichtgevende groepstherapie als indicatie zouden hebben gekregen. En *last but not least*: aangezien een goed functionerende therapiegroep een kostbaar goed is, ging ik op zoek naar allerlei middelen om dit kostbaar goed nog zo lang mogelijk in stand te kunnen houden. Ik stelde me de vraag of het mogelijk zou zijn om de huidige therapiegroep om te zetten in een therapievorm die enerzijds zou passen binnen de toegestane kaders van de organisatie, maar waarbij anderzijds een belangrijk stuk bewaard blijft van de essentie van de oude werkvorm en de aard van de veranderingen die worden nagestreefd.

En zo, brainstormend met een collega werd het idee van een eendaagse dagbehandeling geboren. Hoofdmoot van een dergelijke behandeling zou bestaan uit twee groepstherapieën, een verbale en een non-verbale. Doordat conflicten of gedragshalingen scherp en uitvergroot naar voren komen in non-verbale therapieën, kan men verwachten dat het toevoegen van een non-verbale groep een katalyserende werking zal hebben op de groepspsychotherapie. Er bestond dan ook een goede kans dat de op deze wijze ontstane intensivering van het therapieproces tot een aanzienlijke verkorting van de behandelduur zou kunnen leiden. Hierdoor zou de eendaagse groep alsnog kunnen voldoen aan de criteria van de module deeltijdbehandeling van ons circuit. De module deeltijdbehandeling schrijft voor dat een deeltijdbehandeling qua intensiteit minimaal uit een dagdeel van vier uur per week moet bestaan (en mag oplopen tot maximaal vijf dagen in de week) en dat het qua duur minimaal drie maanden tot maximaal een jaar in beslag mag nemen. Van de onschatbare waarde van bijvoorbeeld creatieve therapie beeldend, drama therapie en psychomotore therapie bij inzichtgevende therapieën was ik reeds overtuigd op basis van mijn vele jaren ervaring met intensieve deeltijdbehandelingen.

Het voorstel dat ik eind vorig jaar heb ingediend, om de lange termijn inzichtgevende groepspsychotherapie om te zetten in een tijdsgeïmiteerd deeltijdprogramma van een ochtend in de week door toevoeging van creatieve therapie beeldend, werd door het

management goedgekeurd, op de volgende voorwaarden. In afwachting van een besluit over het lange termijn beleid, zou het aanvankelijk gaan om een gesloten groep voor een half jaar, om de huidige deelnemers de mogelijkheid te bieden hun therapie voort te zetten en af te ronden; de gesloten groep zou tevens als pilot groep fungeren om een beeld te krijgen van de effectiviteit van een dergelijke behandelvorm; effectmetingen zouden worden gedaan bij start van het project en bij afsluiting na zes maanden; na drie maanden zou er een tussentijdse evaluatie plaatsvinden.

De eendaagse dagbehandeling is eind januari 2005 van start gegaan. Op basis van de tussentijdse evaluatie is toestemming gegeven voor voortzetting. Eind augustus 2005 is de groep opengesteld voor nieuwe deelnemers; van de oorspronkelijke groep van zeven, gingen drie patiënten door met de nieuwe groep, een patiënte is door onverwachte omstandigheden na vier maanden gestopt terwijl de overige drie de therapie met goed resultaat hebben kunnen afronden.

### Doelgroep

De eendaagse dagbehandeling is vooral bedoeld voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek (cluster B of C) die op basis hiervan disfunctioneren op meerdere belangrijke levensgebieden zoals werk en relaties. De patiënten ervaren de structurele problemen in de interactie met anderen als problematisch en ze zijn gemotiveerd om hieraan te werken. Een groepsgerichte

behandeling verdient daarom de voorkeur boven een individueel ambulante contact. Bij een cluster B diagnose mag er geen sprake zijn van ernstige acting-out gedrag; er moet voldoende controle zijn op gedragingen zoals automutilatie of middelengebruik. Bijkomende as-I klachten zijn eerder regel dan uitzondering, maar krijgen aandacht alleen in hun samenhang met de persoonlijkheidsfactoren. Veel patiënten hebben eerdere behandelingen gehad, maar bijvoorbeeld een meer klacht- of copinggerichte behandeling heeft te weinig resultaat gehad of alleen de as-I klachten gereduceerd. Aangezien het om een psychodynamische werkwijze gaat, moeten patiënten enigszins emotioneel toegankelijk zijn en enig introspectief vermogen hebben.

Bij deze patiënten is het niveau van dagelijks functioneren voldoende om geen meerdagse inzichtgevendende deeltijdbehandeling nodig te hebben. Aan de andere kant hebben patiënten de mogelijkheid om door te stromen van een meerdaags deeltijdprogramma naar het eendaagse als ze vroegtijdig met hun intensievere behandeling zouden moeten stoppen, bijvoorbeeld omdat dit moeilijk te combineren valt met herintegratie in het werk.

De patiënten van onze instelling die in aanmerking komen voor de eendaagse dagbehandeling zijn voor een belangrijk deel de patiënten die voorheen de indicatiestelling ambulante langzaam open inzichtgevendende groepspsychotherapie zouden hebben gekregen.

### Vorm en werkwijze

Een ochtendprogramma bestaande uit creatieve therapie beeldend gevolgd door een groepspsychotherapie met een kwartier koffiepauze ertussen, vormt de kern van de eendaagse deeltijdbehandeling. Na afloop van dit programma hebben de patiënten de mogelijkheid te lunchen in de huiskamer. (Om de patiënten te laten profiteren van een sociotherapeutisch milieu zijn er plannen in de nabije toekomst ook een sociotherapeut aan de groep te koppelen. De lunch zal dan ook een meer verplichtende karakter krijgen dan nu het geval is.) Tussen de twee groepen in en kort na afloop overleggen creatieve therapeut en groepspsychotherapeut met elkaar. Elke patiënt heeft een individuele behandelaar, bij voorkeur de groepspsychotherapeut. Daar waar dit om pragmatische redenen niet haalbaar is, moet er in ieder geval een goede communicatiemogelijkheid zijn tussen de individuele en de groepspsychotherapeut. De individuele gesprekken worden zo laag mogelijk in frequentie gehouden, doch aangepast aan de behoeftes van de patiënt en staan altijd in dienst van de groep. Een contact met een psychiater in verband met psychofarmaca komt regelmatig voor. Op indicatie kunnen patiënten ook deelnemen aan een specifieke module mits dit niet tegenstrijdig is met het therapiedoel, bijvoorbeeld een ontspanningsgroep of een fobiegroep.

De keuze voor creatieve therapie beeldend als non-verbale therapievorm is enigszins willekeurig; het had net zo goed dramathe-

rapie of psychomotore therapie kunnen zijn. Bij de keuze speelden een combinatie van pragmatische en persoonlijke overwegingen een rol. Teun de Weger, de creatieve therapeut met wie ik reeds jarenlang samenwerk in de driedaagse deeltijdgroepen, reageerde enthousiast op mijn voorstel en kon er bovendien de tijd voor vrijmaken. Voor een goed verloop van de therapie is een goede samenwerking tussen de verbale en non-verbale therapeuten een absoluut vereiste, te vergelijken met het samenwerken met een co-therapeut in een groepspsychotherapie (Heilfron, 1969; Hubert, 1994; Van der Maas, 1994), al gaat het hier om gescheiden groepen.

De volgorde van eerst de creatieve therapie beeldend en daarna de groepspsychotherapie was daarentegen niet willekeurig maar een weloverwogen besluit. Op basis van jarenlang ervaring met deeltijdgroepen, heb ik gemerkt dat patiënten sneller tot hun gevoel komen en dat de interacties tussen groepsleden authentiek en levendiger verlopen wanneer een non-verbale therapiegroep voorafgaat aan de groepspsychotherapie dan in de omgekeerde volgorde. De non-verbale therapie maakt de latente afgeweerde intrapsychische en interpersoonlijke belemmeringen meer zichtbaar voor verwerking of doorwerking in een inzichtgevendende groep. Dit aspect licht ik later in dit artikel toe op basis van praktijkvoorbeelden. Ik zal eerst een korte beschrijving geven van de creatieve therapie, de groepspsychotherapie en de functie van het individuele gesprek.

### *Creatieve therapie beeldend*

Creatieve therapie beeldend is een ervaringsgerichte therapie. Materialen zoals verf, klei of hout kunnen gebruikt worden om verschillende emoties op te roepen, of daar uitdrukking aan te geven. Dit is van zeer grote waarde bij juist die patiënten die zich beter kunnen uiten door middel van beelden dan door gebruik van woorden (Gerritsen, 2003). In een groepssetting kan creatieve therapie beeldend op twee manieren worden aangewend: individueel in de groep versus groepswerk. Bij individueel in de groep werkt elke patiënt aan een eigen werkstuk met een eigen doelstelling, zoals omgaan met heftige emoties of traumaverwerking. Bij groepswerk werken de groepsleden aan een gezamenlijke opdracht of geven een eigen invulling op eenzelfde thema. Groepsprocessen en groepsdynamica staan hier centraal. Op de eendaagse dagbehandeling gaat het vooral om groepswerk. Een voorbeeld: de groep moet invulling geven aan een imaginair eiland waarbij alleen de periferie op een groot vel papier is aangegeven. Door de manier waarop de groepsleden het eigen gebied afbakenen of samenwerken bij besluitvorming aangaande gemeenschappelijke voorzieningen kunnen er (onbewuste) intrapsychische of interpersoonlijke conflicten of gedragsherhalingen aan de oppervlakte komen. De concreetheit van het medium maakt dat dit doorgaands heel scherp en uitvergroot gebeurt, zodat ontkenning of verloochening moeilijk is, zelfs bij patiënten met stevige afweer. Een patiënt die aangeeft veel behoefte aan contact te hebben tekent geen

wegen of bruggen naar de andere groepsleden toe of isoleert zichzelf door middel van hoge bommen. Zijn verbazing over de manier waarop hij zich afsluit en de (onbewuste) motivatie krijgen vervolgens aandacht in de groepspsychotherapie.

### *Groepspsychotherapie*

De vorm van groepspsychotherapie die ik in de eendaagse deeltijdgroep toepas is niet veel anders dan die van de langzaam open inzichtgevende groep die daaraan voorafging. Het gaat om een steunend-ontdekkend therapiemodel, vanuit een psychodynamische oriëntatie, waarbij het ontdekkende steeds wordt ingebed in een steunende context. Berk stelt dat als een therapeut met dit model werkt, hij zijn therapie flexibel kan aanpassen aan de mogelijkheden van de groepsleden; ‘hij kan, al naar gelang dat wenselijk is, zijn therapie meer steunend of meer ontdekkend maken (...) Het steunend-ontdekkende karakter van deze psychotherapie maakt hem geschikt voor een breed indicatiegebied.’ (2005, p. 191)

Toen de langzaam open inzichtgevende groep opging in een tijdsgelimiteerde deeltijdgroep, vond ik het niet nodig om een veel actievere houding aan te nemen dan voorheen. Dit is natuurlijk niet verwonderlijk, aangezien het geen nieuwe groep betrof, maar een continuatie inhiel – weliswaar in een ander kader – van een groep met een al gevestigde psychotherapeutisch cultuur. Toch vermoed ik dat een veel actievere, meer structurerende houding om het proces van groepsleden sneller in gang te

zetten – een belangrijk onderscheidend element tussen open en gesloten groepen – zelfs niet nodig was geweest bij een nieuwe groep. Deze functie wordt immers al vervuld door de creatieve therapie. Een non-verbale therapie geeft veel ruimte voor het manifest worden van latente mechanismen, maar het feit alleen al dat er een opdracht wordt gegeven, maakt dat patiënten meteen aan het werk gaan en haast niet anders kunnen dan op elkaar te reageren.

### *Functie van het individuele gesprek*

De therapeutische waarde van een gecombineerde behandeling bestaande uit individuele- en groepspsychotherapie is goed gedocumenteerd in de literatuur (Bieber, 1971; Porter, 1980; Wong, 1983; Caligor et al. 1984). Oude bedenkingen gebaseerd op de angst voor ‘besmetting’ van de ene modaliteit door de andere (Sager, 1960; Whitaker and Lieberman, 1964), hebben plaats gemaakt voor een discussie over de mogelijkheden voor een ‘kruisbestuiving’ (Delimon, 1990). De vraag is niet meer wel of niet combineren, maar eerder voor wie en hoe. Er bestaan verschillende vormen van combineren, gebaseerd op het relatieve gewicht dat men toekent aan elk van de modaliteiten en op de aard van de grenzen ertussen. Dat er complicaties kunnen ontstaan in een gecombineerde behandeling zal niemand verbazen. In een zeer goed artikel geeft Lipsius (1991) richtlijnen hoe om te gaan met vaakvoorkomende problemen op de *interface* tussen de twee therapie modaliteiten. Het gaat hier om problemen wanneer een patiënt iets inbrengt in de ene

modaliteit die in feite in de andere thuisheert. Een patiënt in de groep die zegt: ‘Ik wil hier niets over zeggen, ik bespreek dit later met mijn therapeut.’ Of een patiënte die in het individuele gesprek vertelt hoe ze zich aan een groepslid ergert maar daarvan in de groep niets laat merken.

Ook in de dagklinische setting wordt de combinatie van individuele- en groepspsychotherapie regelmatig toegepast (Schene et al., 1987; Snijders, 1994). Terwijl ik bij de driedaagse groep eerder werk met gelijkwaardige modaliteiten (Van Holten-Basch, 1996), kies ik bij de eendaagse groep voor een vorm waarin het individuele gesprek ondergeschikt is tot, en in dienst staat van de groep. Dit komt ook tot uiting in de frequentie, in de regel eens per maand, hooguit eens per veertien dagen daar waar het om zeer angstige of krenkbare patiënten gaat met hoog drop-out risico. Voor de start van de groepsgerichte behandeling kan het individuele contact gebruikt worden om het behandel doel vast te stellen en om de patiënt die nog geen groepservaring heeft voor te bereiden op de groep door het therapiemodel uit te leggen, aandacht te besteden aan mogelijke weerstand of irreële verwachtingen, en groepsregels zoals het belang van vertrouwelijkheid en regelmatige komst over te brengen. Als de groepstherapieën begonnen zijn, is de belangrijkste functie van het individuele contact de effectiviteit van het groepswerk te maximaliseren. Het doet dat in feite door als rode draad te fungeren. De vele emotionele ervaringen in de creatieve therapie en de groepspsychotherapie kunnen in het

individuele contact in verband worden gebracht met elkaar, met ervaringen in andere levensgebieden zoals relaties en werk en geïntegreerd worden in een coherent levensverhaal. Er is bovendien ook aandacht voor de weerstand om iets in de groep in te brengen, en de mogelijkheid om extra ondersteuning te bieden als een kwetsbare patiënt overspoeld dreigt te raken of bijzonder gekrenkt is. Dit vermindert het risico van drop-out. In het tweede vignet van het volgende deel illustreer ik de wisselwerking tussen het individuele gesprek, de creatieve therapie en de groepspsychotherapie.

### **Illustraties**

#### *Vignet 1*

Suzanne, een 31-jarige vrouw, kleedt zich doorgaans nonchalant: spijkerbroek en los T-shirt in fletse tinten. Ze wil niet opvallen, bekijkt zichzelf nauwelijks in de spiegel. Jarenlang heeft ze zichzelf alleen als een hoofd beleefd, alsof de rest van haar lichaam niet bestond. Bij aanvang van de groepspsychotherapie zitting uit Clara haar verbazing over de collage van Suzanne, dat had ze echt niet van haar verwacht. De opdracht in creatieve therapie was een collage te maken over Goed en Kwaad met gebruik van uitgescheurde plaatjes uit tijdschriften. Onder de rubriek Goed heeft Suzanne een verleidelijke vrouw geplaatst met schaarse kledij. Suzanne zegt dat ze sensualiteit en lichamelijke mooi vindt. Geëmotioneerd vertelt ze verder over de onbevangen manier waarop haar vierjarig

dochtertje Claudia met haar lichaam omgaat: het is allemaal zo natuurlijk hoe Claudia zichzelf kan aanraken en in allerlei poses voor de spiegel staat. Claudia vindt zichzelf mooi en geniet van haar lichaam. Ik vraag Suzanne waarom ze zo verdrietig is als ze dit vertelt. Met tranen in haar ogen zegt ze dat dit haar tegelijkertijd ook bang maakt. Ze is bang dat juist door de onbevangenheid Claudia hetzelfde zal overkomen als bij zichzelf, namelijk seksueel misbruik. Ook zij was als klein kind onbevangen en vol vertrouwen in anderen. Daarom is er ook een kant in haar die Claudia wil afremmen en die 'doe gewoon' wil zeggen als Claudia het schouderbandje van haar topje naar beneden doet en met bloot schouderdje rondloopt. Clara zegt dat ze het heel goed vindt van Suzanne dat ze hier niet aan toe geeft. Clara, die diverse malen verkracht werd in de pubertijd, zegt dat dit bij haar heeft kunnen gebeuren juist doordat ze bepaalde signalen in zichzelf en bij anderen niet heeft kunnen onderkennen. Ze was vervreemd geraakt van haar lichaam, denkt ze, omdat haar moeder zo afkeurend over de sensuele aspecten ervan was. Clara zegt dat als Suzanne met acceptatie en trots blijft reageren op het gedrag van Claudia, dat Claudia juist beter in staat zal zijn om zich later te verdedigen. Suzanne ervaart dit als zeer verhelderend. In de komende zittingen lijkt het alsof Suzanne ook meer zorg is gaan besteden aan haar eigen uiterlijk, ze kleedt zich steeds vrouwelijker, in de laatste zitting komt ze stralend binnen in een mouwloze oranje jurk.

### *Vignet 2*

Alicia, 36, nam enkele weken deel aan de langzaam open inzichtgevende groepspsychotherapie voordat die opging in een deeltijdbehandeling. In een individueel gesprek geeft ze me heel duidelijk te kennen dat ze de groep maar niets vindt. Het ligt niet aan de mensen, de meeste zijn volgens haar aardig en als ze met elkaar koffie drinken in de huiskamer is er niets aan de hand. Alleen in de groepsruimte als ze met zijn allen in een kring zitten ervaart ze dezelfde mensen plotseling als bedreigend. Ze zegt ook heel weinig in de groep. Nadat de creatieve therapie beeldend werd toegevoegd, lijkt Alicia iets meer tot leven te komen. Toch vertelt ze mij in het individuele gesprek dat ze de groep die ik geef waardeloos blijft vinden. De creatieve therapie daarentegen vindt ze heel erg leuk, en ze voelt zich daar op haar gemak in de samenwerking met de andere patiënten. Aangezien Alicia ook, voor zo lang ze zich kan herinneren, veel boosheid en walging ervaart naar haar moeder die ze als emotioneel claimend ervaart en van wie ze zich ook distantieert, vraag ik me af of het verschil in beleving van de groepen niet verbonden is met een mogelijk verschil in beleving van de therapeuten die de respectievelijke groepen geven. Ben ik misschien in de overdracht de verslindende moeder en is Teun, de creatieve therapeut, de geïdealiseerde vader? (Alicia verloor haar vader op jonge leeftijd; moeder, die met zeven kinderen achterbleef werd chronisch depressief.) Toch beweert Alicia dat ze het niet zo ervaart, ze beleeft mij heel anders dan haar

moeder. Bij verdere exploratie wordt mij steeds duidelijker dat het niet om individuele, maar om de groep-als-geheel overdrachten ging. Zoals diverse auteurs hebben uiteengezet, kan de groep als geheel in de onbewuste fantasie van groepsleden wisselend beleefd worden als de slechte pre-oedipale moeder of als de goede moeder (Bion, 1961; Foulkes, 1964; Anzieu, 1984). Wat Alicia zo fijn vond bij creatief was samen met z'n allen iets maken; in de verbale groep daarentegen voelt ze een constante druk om te moeten praten of iets moeten met de emoties van anderen. Ze beleeft dus de groep niet als een moeder die goed afgestemd is op haar kind, maar eerder als een slechte moeder die haar kind opzadelt met de eigen emoties en daardoor als bedreigend wordt ervaren. In de loop van de therapie krijgt Alicia herinneringen aan positieve ervaringen met haar moeder. Die herinneringen betroffen situaties van leuke dingen samen doen met het hele gezin. Ze weet, zegt ze, dat ze toen positieve gevoelens moet hebben gehad, alleen ze kan er nog niet bij. Enkele maanden later, in een groepszitting waarin Alicia zich gesteund voelde toen zij haar relatie met moeder inbracht, zei ze te overwegen om contact met moeder op te nemen, omdat ze met allerlei vragen zit die ze aan moeder zou willen stellen. Voor het eerst voelde ze zich prettig in de groepspsychotherapie. Door het integreren van de 'goede' doegroep met de 'slechte' praatgroep heeft Alicia wellicht een begin gemaakt met het integreren van de goede moeder en slechte moeder deel-objecten

(Klein, 1946; Segal, 1973, 1986) en daarbij ook met de verschillende facetten van haar zelf.

### **Evaluatie**

#### *Meetinstrumenten*

Bij start en na afloop van de eendaagse groep is de SCL-90 bij de patiënten afgenomen in aparte zittingen. Een klachtenlijst zoals de SCL-90 is een zeer beperkt instrument om veranderingen op persoonlijkheidsniveau te meten. Om de beperkingen van het meetinstrument te compenseren, is besloten om in de week na afronding van de eendaagse behandeling een evaluatiezitting in groepsverband te houden. Evenals de therapie was ook de evaluatie opgesplitst in een non-verbaal en een verbaal gedeelte. In het non-verbale gedeelte, dat plaatsvond in het lokaal van de creatieve therapie, gaf elke patiënt uitdrukking aan het eigen proces door een tekening of collage op een vel papier. Deze werkstukken, die de patiënten meebrachten naar de groepspsychotherapie lokaal, dienden als basis voor de verbale evaluatie, waarbij de patiënten ook spontaan op elkaar mochten reageren.

#### *Resultaten*

Van de zes patiënten die het programma hebben afgerond laten vijf een duidelijke klachtenvermindering zien op de SCL-90 vragenlijst. Bij twee van deze groep was de totale score ten opzichte van een normale populatie gezakt van hoog naar gemiddeld, en bij één patiënt zelfs van hoog naar beneden gemiddeld; bij de overige twee was de

score gereduceerd van zeer hoog naar hoog. De ene patiënte die volgens de SCL-90 niet verbeterde (totaal score bleef zeer hoog) laat zelfs een lichte stijging zien in ruwe totaal score. Bij analyse van de deelscores is dit niet verwonderlijk. Deze patiënte heeft voorheen veel last gehad van conversie klachten in de vorm van plots optredende verlammingen en stuip trekkingen. Met een afname van deze klachten kreeg zij, zoals te verwachten viel, toegang tot allerlei gevoelens die via de conversie onderdrukt waren, vooral boosheid. De verhoogde totaalscore bij nameting is vooral toe te schrijven aan verhoogde scores op hostiliteit en depressie, terwijl de score op somatische klachten juist verlaagd is. Wanneer men naar de betekenis van de scores kijkt, kan men in feite ook bij deze patiënte van een verbetering spreken. Deze patiënte is een van de drie die doorgaan met de nieuwe eendaagse groep die eind augustus ook is open gegaan voor nieuwe deelnemers.

Bij de evaluatiezitting waren deze zes patiënten unaniem van mening dat het toevoegen van creatieve therapie beeldend voor een aanzienlijke verrijking van de therapie heeft gezorgd, alsook voor een versnelling van de individuele processen. 'Je komt sneller bij je gevoel', 'De gesprekken zijn veel levendiger', 'We hebben het sneller over datgene waar het werkelijk om gaat' zijn typische uitspraken. Om een idee te geven van hoe de patiënten hun eigen ontwikkeling hebben gesympoliseerd, geef ik enkele voorbeelden. Een kanttekening is hier op zijn plaats. De veranderingen die de

patiënten bij zichzelf en bij hun groepsgenoten waarnemen, zijn niet uitsluitend toe te schrijven aan de eendaagse groep aangezien de patiënten gedurende kortere of langere tijd al in groepspsychotherapie waren. Het gaat, zoals ook door de patiënten ervaren werd, eerder om de versnelling van een proces dat al eerder op gang was gezet.

Barbara heeft een scheepje getekend omringd door vuur. Het staat voor de schepen die ze achter zich aan het verbranden is. Ze wil namelijk niet meer blijven hangen in het verleden. Met de blauwe lucht wil ze aangeven dat veel dingen voor haar veel helderder zijn geworden. De zes vinders zijn de groepsleden die ieder een eigen weg gaan. Suzanne merkt op dat de rups van een vroegere tekening ontbreekt, waarop Barbara reageert dat ze niet meer klem wil zitten. Groepsleden vinden ook dat Barbara veel vrijer en levendiger is geworden.

Alicia tekent een stunt uitgevoerd door een harmonieuze samenwerking tussen zes figuurtjes (de groepsleden). Alicia leefde vrij geïsoleerd, haar doel in therapie was niet zozeer het isolement doorbreken, maar eerder ontdekken of ze dat überhaupt wil. Bij Alicia merken groepsleden een opvallend verschil in de mate waarop ze de groep toelaat na toevoeging van de creatieve therapie.

### Nabeschouwing

In het bovenstaande heb ik een eendaagse dagbehandeling beschreven, met creatieve therapie en een groepspsychotherapie als hoofdmoot. De resultaten na zes maanden zijn veelbelovend.

De patiënten, zoals al uiteengezet, zijn unaniem van mening dat het toevoegen van creatieve therapie beeldend aan een groepspsychotherapie voor een aanzienlijke intensivering en versnelling van het proces heeft gezorgd. Dit oordeel komt overeen met mijn eigen ervaring als groepspsychotherapeut in beide situaties en wordt weerspiegeld in de voor- en nametingen door middel van de SCL-90.

Wel is bij de interpretatie van de resultaten enige voorzichtigheid geboden, om twee redenen.

Ten eerste was de eendaagse groep gebouwd op het fundament van een al langer lopende groepspsychotherapie; het veranderingsproces bij de patiënten was dus al op gang gezet toen ze met de eendaagse behandeling waren begonnen. Aan de andere kant is er juist door deze situatie een unieke gelegenheid ontstaan om twee behandelvormen met elkaar te vergelijken op basis van beoordeling door een groep patiënten die aan beide vormen hebben deelgenomen.

Ten tweede is er de vraag in hoeverre de gerapporteerde verbeteringen niet beïnvloed waren door de wetenschap van de patiënten dat het om een pilot groep ging. A.H. Pierce (Orne, 1962) heeft reeds begin vorige eeuw gewaarschuwd dat: *'It is to the highest degree probable that the subject[s](...) general attitude of mind is that of ready complacency and cheerful willingness to assist the investigator in every possible way by reporting to him those very things which he is most eager to find (...)'* Hoewel een dergelijke invloed niet helemaal uit te slui-

ten is, wordt dit waarschijnlijk geneutraliseerd door het feit dat de patiënten wisten dat de langzaam open ambulante groep opgeheven moest worden; de patiënten hadden dus ook alle reden om te veronderstellen dat hun een *second best* behandeling wordt aangeboden, wat de resultaten juist in neerwaartse richting zouden moeten beïnvloeden.

In tegenstelling tot de meerdaagse dagbehandelinggroepen hebben we besloten om de eendaagse groep steeds voor een periode van drie maanden gesloten te houden; aan het einde van een cyclus van drie maanden kunnen een aantal oude groepsleden met ontslag, terwijl de groep wordt aangevuld met nieuwe patiënten. Patiënten moeten dus minimaal drie maanden in behandeling zijn; daar waar dat nodig is, mag een behandeling tot maximaal een jaar verlengd worden. Dit is in feite een variant van wat Berk het 'dakpanmodel' noemt, waarbij een therapiegroep halverwege de therapie aangevuld wordt met nieuwe groepsleden (2005, p. 398). Het gesloten houden van de groep voor enkele maanden bevordert de cohesie, waardoor een goede werkcultuur sneller kan ontstaan. Het feit dat een aantal oude groepsleden doorgaan met hun behandeling als de groep wordt aangevuld met nieuwe patiënten, zorgt ervoor dat een goed werkklimaat gehandhaafd blijft.

Een bijkomend voordeel van dit model is de mogelijkheid om het indicatiegebied uit te breiden. De eendaagse behandeling hoeft zich niet uitsluitend te beperken tot de groep patiënten die voorheen de indicatiestelling langzaam open ambulante groepspsycho-

therapie zouden hebben gekregen. Het kan eveneens dienen als efficiënte, tijdsgelimiterde vorm van nazorg na een veel intensievere klinische of dagklinische behandeling daar waar een interpersoonlijke focus van belang is. De beschikbaarheid in een instelling van een dergelijk nazorg waarin patiënten kunnen doorstromen, kan in veel gevallen de duur van veel duurdere intensievere behandelingen verkorten, terwijl het voor patiënten tevens mogelijk wordt om behandeling sneller met werkhervatting te combineren. In de huidige eendaagse groep zijn er drie patiënten van deze categorie.

In de beschrijving van de vorm en werkwijze heb ik de keuze voor creatieve therapie beeldend als non-verbale modaliteit enigszins arbitrair genoemd, ingegeven door pragmatische en persoonlijke overwegingen. Toch wil ik hier nog een kanttekening plaatsen. Op onze driedaagse dagbehandelingen krijgen patiënten naast creatieve therapie beeldend ook dramatherapie en psychomotore therapie in het non-verbale aanbod en elk van deze modaliteiten levert een eigen unieke bijdrage aan het totale behandelproces. Patiënten verschillen echter in de mate waarom ze een bepaald onderdeel belangrijk vinden; de ene patiënt zegt het meeste aan dramatherapie te hebben, voor een andere is dat psychomotore therapie terwijl weer een ander creatieve therapie beeldend noemt. Over het geheel genomen heb ik niet het idee dat de ene non-verbale therapievorm veel vaker wordt genoemd dan de andere. Toch heb ik de indruk dat nieuwe patiënten vaker creatieve therapie beeldend de *veiligste* therapievorm vinden, vooral patiënten

met veel schaamte of patiënten die een zeer negatieve lichaamsbeleving hebben en zich gauw bekeken voelen. Meestal echter wennen ook de andere therapievormen redelijk snel in een behandelsetting waar patiënten elkaar meerdere dagen per week tegenkomen. In een behandeling waar de samenwerking tussen patiënten beperkt is tot een dagdeel per week zou dit anders kunnen liggen. Wellicht zou blijken dat in een dergelijke setting creatieve therapie beeldend toch de voorkeur verdient. Er is nog een ander aspect dat hiervoor pleit. Iets wat vorm heeft gekregen en zichtbaar is, is ook moeilijk te ontkennen. Dit is uniek voor creatieve therapie, en – zoals ik hoop in dit artikel te hebben kunnen illustreren – van zeer grote waarde voor de groepspsychotherapie die daarop volgt.

Net als de redactie opmerkte zal menig lezer kunnen zeggen dat de eendaagse dagtherapie een creatieve oplossing is voor het feit dat de langzaam open inzichtgevend ambulant groeps door de 50 zittingen zo beperkt is geworden. Maar, als er nu overal van dit soort creatieve oplossingen gevonden worden, verdwijnt de langzaam open ambulante groeps uit het zicht, en wordt er naar zorgverzekeraars de impliciete boodschap gegeven dat het ambulante veld zonder deze therapievorm kan bestaan.

Bij de creatie van de eendaagse groep ging ik natuurlijk niet uit van een situatie waarbij langzaam open inzichtgevend groeps therapie nog te redden viel, maar van een voldongen feit: het kan en mag niet meer. Idealiter had ik een situatie gehad waarbij beide

therapievormen naast elkaar zouden blijven bestaan. Om patiënten en therapeuten meer keuzemogelijkheden te bieden. Toch, als ik nu de keuze zou hebben tussen de oude en de nieuwe werkvorm, zou ik voor de nieuwe kiezen. Zoals ook de patiënten van de pilot groep zouden doen. Ik vind het gewoon veel leuker werken, er is meer dynamiek in de groep.

Maar betekent dat dan ook dat langzaam open inzichtgevend groeps therapie in het ambulante veld misbaar is? Het hangt ervan af. Als de behandeling veel korter kan met even goede resultaten, misschien wel. Dit zou onderzocht kunnen worden door middel van gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek. En dan rest nog de vraag hoe lang een dergelijke behandeling moet zijn. Is 'maximaal een jaar' – zoals voorgeschreven in het module deeltijdbehandeling van onze instelling – optimaal voor deze zware doelgroep? Of kan dat niet beter 15 of 18 maanden zijn? Er is vooralsnog te weinig ervaring met dit model om een uitspraak hierover te kunnen doen.

Ondanks deze vragen ben ik er zelf van overtuigd dat de intensivering en versnelling van het therapieproces door de katalyserende werking van de non-verbale therapie, de eendaagse dagbehandeling tot een efficiënte en kosteneffectieve behandelvorm maakt.

#### Correspondentieadres

Hilda L. van Holten-Basch  
Bieslookveld 8  
3124 VB Schiedam,  
hildalee@tiscali.nl

#### Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> edition). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Anzieu, D. (1984). *The Group and the Unconscious*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Berk, T. J. C. (1986). *Groeps therapie, theorie en techniek*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Berk, T. J. C. (1992). *Groeps psychotherapie, basiskennis voor de praktijk van de psychotherapie*. Muiderberg: Coutinho.
- Berk, T. J. C. (2005). *Leerboek Groeps psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Bieber, T. B. (1971). Combined individual and group psychotherapy. In: *Comprehensive Group Psychotherapy*, eds. H. I. Kaplan & B. J. Sadock. Baltimore: Williams & Wilkins, 153-169.
- Bion, W. R. (1961). *Experiences in Groups*. New York: Basic Books.
- Caligor, J. , Fieldsteel, N. D. , & Brok, A. J. (1984). *Individual and Group Therapy: Combining Psychoanalytic Treatments*. New York: Basic Books.
- Delimon, J. A. C. (1990). Individuele psychotherapie binnen deeltijdbehandeling. *Nieuwsbrief van de VMPD*, 27, 15-32.

- Foulkes, S. H. (1964). *Therapeutic Group Analysis*. London: Allen & Unwin.
- Gerritsen, M. (2003). Creatieve therapie en seksueel trauma. In: *Handboek Psychotherapie na Seksueel Misbruik*, ed. N. J. Nicolai. Utrecht: De Tijdstroom.
- Heilfron, M. (1969). Co-therapy: the relationship between therapists. *International Journal of Group Psychotherapy*, 19, 366-381.
- Holtzen-Basch, H. L. van (1996). De Combinatie van Individuele en Groepspsychotherapie. *Groepspsychotherapie*, 30, 94-99.
- Hubert, W. (1994). Co-therapie: algemene principes. In: *Handboek Groepspsychotherapie (G4, 1-47)*, eds. T. Berk et al. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99-110.
- Levine, B. (1979). *Group Psychotherapy, Practice and Development*. London: Prentice Hall International.
- Lipsius, S. H. (1991). Combined individual and group psychotherapy: Guidelines at the interface. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41, 313-327.
- Maas, J. van der (1994). Co-therapie in de groepspsychotherapie; casuïstiek. (G5, 1-24), eds. T. Berk et al. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Orne, M. T. (1962). On the social psychology of the psychological experiment: with particular reference to demand characteristics and their implications. *American Psychologist*, 17, 776-783.
- Pierce, A. H. (1908). The subconscious again. *Journal of Philosophy, Psychology & Scientific Methods*, 5, 264-271.
- Porter, K. (1980). Combined individual and group psychotherapy: A review of the literature 1965-1978. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31, 107-114.
- Sager, C. J. (1960). Concurrent individual and group analytic psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 30, 225-241.
- Schene, A., Van Lieshout, P., en Mastenboom, J. (1987). Deeltijdbehandeling in Nederland: de volledige stand van zaken in 1986. *NcGv-reeks*, 108. Utrecht: NcGv.
- Segal, H. (1973). *Introduction to the work of Melanie Klein*. London: Institute of Psychoanalysis and Karnac Books.
- Segal, H. (1986). *The work of Hanna Segal: A Kleinian approach to clinical practice*. London: Free Association Books & Maresfield Library.
- Snijders, H. (1994). Karakteristieken van dagkliniek groepen. (F11, 1-30), eds. T. Berk et al. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Tuckman, B. (1965). Developmental sequences in small groups. *Psychological Bulletin*, 63, 384-399.
- Whitaker, D. S. and Lieberman, M. A. (1964). *Psychotherapy through the group process*. Chicago: Aldine.
- Wong, N. (1983). Combined individual and group psychotherapy. In *Comprehensive Group Psychotherapy*, ed. H. I. Kaplan & B. J. Sadock. Baltimore/London: Williams & Wilkins, 73-82.