

Schematherapie in de groep

Astrid Dijkstra (a.dijkstra@ggnet.nl) is werkzaam als psychiater-psychotherapeut op de Praktijk voor Persoonlijkheidsstoornissen en op een afdeling voor patiënten met psychotische stoornissen bij Spatie/ GGNet.

De schematherapie volgens Young is in oorsprong opgezet als een ambulante individuele psychotherapie (Young, 1990; McGinn & Young, 1996; Young & Pijnaker, 1999).

Voor een transcriptie van de monodisciplinaire ambulante psychotherapie volgens Young naar multidisciplinaire klinische schematherapie verwijs ik naar het artikel van Thunnissen en Muste, 2002. Binnen een klinisch programma wordt schematherapie meestal toegepast als groepspsychotherapie in plaats van als individuele psychotherapie. Thunnissen en Muste gaan op dit aspect in, hoewel ze niet uitgebreid stilstaan bij de wijze waarop dit in de praktijk plaatsvindt.

Daarnaast vindt schematherapie bijvoorbeeld ook plaats in de forensische psychiatrie zoals de schemagerichte groepstherapie bij zedendelinquenten (Janssen & van Beek, 2003). Ook in dit artikel is de transcriptie van de individuele schematherapie naar de toepassing van schematherapie in een groepspsychotherapie zitting slechts een van de vele aandachtspunten die worden beschreven. Toch is de vertaalslag van een individuele therapie setting naar groeps-

psychotherapie geen vanzelfsprekende kwestie.

De toepassing van schematherapie in groepstherapeutische zittingen stelt ons voor de volgende dilemma's:

1. Vanuit het perspectief van de groepstherapie kan deze combinatie worden gezien als een bijna archaïsche tegenstelling: is de groepstherapie het doen van individuele therapie in de groep of wordt de groep ook als een meer zelfstandige eenheid benaderd binnen de therapie (Berk, 2005)? Een tegenstelling die de gemoe'deren binnen de aanhangers van de groepstherapie in de ontstaansperiode van de groepstherapie lang in zijn greep hield.
2. Ook kan deze combinatie worden beschouwd als het integreren van twee therapeutische stromingen, namelijk die van de groepstherapie en die van de schematherapie. Groepstherapie moet dan wel nader worden omschreven, aangezien er diverse richtingen binnen de groepstherapie bestaan. Het integreren van verschillende therapievormen lijkt tegenwoordig erg in zwang te zijn.

Allereerst is de schematherapie zelf een product van integratie van diverse modellen. Andere recente voorbeelden zijn de CAT (Ryle, 2004), de STEPPS (Blum e.a., 2002) en de ‘*cognitive double*’ (Kipper, 2002).

Bij de toepassing van schematherapie in groepstherapeutische settingen zijn dus allerlei keuzen gemaakt. Dit is vaak impliciet gebeurd en niet beschreven.

In dit artikel zal ik de werkwijzen en doelstellingen in verschillende groepspsychotherapiezittingen beschrijven en analyseren. Ik beschrijf de kaders die mij ten dienste stonden bij het uitvoeren van mijn psychotherapeutisch werk. Deze kaders waren de uitgangspunten en werkwijze van de schematherapie, de uitgangspunten en werkwijze van de dynamische groepstherapie en de afspraken die er bestonden ten aanzien van het doen van de drie psychotherapeutische zittingen per week. Deze kaders bestonden reeds toen ik in de betreffende setting kwam werken. Dit artikel beschrijft mijn worsteling om binnen de gestelde kaders op professionele wijze mijn vak als psychotherapeut uit te oefenen. Gedurende het werken binnen deze behandelsetting merkte ik dat bepaalde uitgangspunten strijdig met elkaar waren en ik heb gezocht naar aanknopingspunten in de literatuur om hier oplossingen voor te zoeken. Ik vond het vraagstuk complex en zie de door mij gekozen oplossingen ook niet als aanbevelingen. Ik heb nagedacht over een integratie van verschillende concepten. Echter ik had ook te maken met een prak-

tijk waar afspraken over hoe therapie te bedrijven reeds waren vastgesteld en waarbinnen ik heb getracht mijn werk zo goed mogelijk te doen. Ik vind het de moeite waard om mijn overwegingen te delen met anderen. In de hoop dat het helpend kan zijn voor eenieder die op dit gebied tot zijn eigen oplossingen tracht te komen.

Ik beperk mij tot mijn eigen ervaringen met het geven van schematherapie in groepen, binnen het 12-maandsprogramma in het psychotherapeutisch centrum de Viersprong in Halsteren. Deze ervaringen hebben betrekking op het werken met patiënten die als hoofdprobleem persoonlijkheidsstoornissen uit het B en C cluster hebben. Er is bij deze patiënten sprake van enige egozwakte, maar niet van ernstige egozwakte. Er is regelmatig sprake van comorbide as I-problematiek. Dit laatste is echter niet de belangrijkste reden van opname en behandeling. De leeftijd van de patiënten kan variëren van 18-65 jaar. In de praktijk ligt deze meestal tussen de 18 en 35 jaar. Binnen het 12-maandsprogramma wordt gewerkt met drie patiëntengroepen elk bestaande uit acht à negen patiënten. Voor elke groep is er een psychotherapeut en er zijn in totaal twee assistent-psychotherapeuten (psychologen, niet in opleiding). Verdeeld over de week zijn er drie zittingen psychotherapie van elk anderhalf uur. Dit zijn de individuele schematherapie in de groep, de groepsdynamische psychotherapie en de cognitief-gedragsmatige therapie in de groep (‘huiswerktherapie’). Aan de hand van mijn ervaring en casuïstiek vervolg ik de bespreking. Het geheel

wordt voorafgegaan door een beknopte uitleg over de schematherapie en een nadere plaatsbepaling ervan binnen de groepspsychotherapie.

Schematherapie

Schematherapie is ontwikkeld vanuit de cognitieve therapie van Beck (1979). Invloeden van andere therapeutische stromingen, te weten analytische psychotherapie, transactionele analyse en experiëntiële therapie, zijn aangewend om de therapie beter op maat te snijden voor de vaak moeizaam verlopende psychotherapeutische behandeling van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Centraal in deze benadering staat de behandeling van onaangepaste *schema's*. Deze schema's worden gedefinieerd als belemmerende affectieve en cognitieve patronen die in de vroege ontwikkeling zijn ontstaan en die zich voortdurend blijven herhalen.

Schematherapie biedt een theoretisch kader voor een ambulante psychotherapie, en integreert in haar werkwijze cognitieve, gedragsmatige, experiëntiële en interpersoonlijke interventies.

Naast het begrip schema, is een ander basisconcept het begrip *modus*. Een modus is een gemoedstoestand ontstaan doordat diverse schema's tegelijk worden getriggerd. Men onderscheidt onder meer de volgende modi: *het kwetsbare kind*; *de kritische/bestrafende ouder*; *de afstandelijke beschermer*; *het boze kind* en *de gezonde volwassene*. Voor een aantal modi worden in de schematherapie stapsgewijze

strategieën beschreven. Bij patiënten met meer ernstige persoonlijkheidsstoornissen zijn een of meer modi erg overheersend en deze dienen derhalve als eerste aangrijpingspunt voor de therapie. Pas daarna richten de behandeldoelen zich primair op de schema's.

De basisattitude van een schematherapeut laat zich beschrijven door de begrippen: directief, zo nodig educatief, beperkt herouderen (hiermee wordt bedoeld tot op zekere hoogte als ouderfiguur optreden als correctieve ervaring), empathisch confronteren. De aanpak is persoonlijk. De therapeut is, als dat ten dienste staat van de werkrelatie en het tegengaan van overdrachtsgevoelens, transparant over zijn eigen gevoelens en gedachten (McGinn & Young, 1996; Young 1990)

Plaats binnen de groepspsychotherapie

De korte dynamische groepstherapie is ontstaan op basis van de psychodynamische psychotherapie en de psychodynamische groepspsychotherapie (Berk, 2003, 2005). Deze therapie is in tijd gelimiteerd, is steunend-ontdekkend van aard en schenkt veel aandacht aan het vestigen en behouden van een goede werkrelatie. Deze korte dynamische groepstherapie zie ik als het algemene groepstherapeutisch referentiekader voor de groepen van het 12-maandsprogramma binnen de beschreven setting. Vier visies zijn uiterst bruikbaar voor deze korte dynamische groepstherapie, namelijk de groepsanalyse van Foulkes, de interpersoonlijke groepspsychotherapie van Yalom, de

groepsfocale conflicttheorie van Whitaker en Lieberman en basisovertuigingsgroepen van Bion. Voor een nadere uiteenzetting over deze stromingen verwijs ik naar Berk (2005).

Individuele schematherapie in de groep

Doelstelling: De achtergronden van het ontstaan van de diverse schema's onderzoeken en de achterliggende gevoelens verwerken. Tevens het waar nodig bewerken van de verschillende modi.

Werkwijze: Groepsleden, therapeut en assistent zitten in een kring. Er wordt schematherapie gegeven door de psychotherapeut aan een individuele patiënt gedurende 40 minuten. De patiënt is vrij in te brengen wat hij maar wil. Na enkele minuten pauze wordt er individuele schematherapie gegeven aan een andere patiënt. De patiënten houden zelf een overzicht bij wie wanneer therapie doet en geven dit overzicht door aan de psychotherapeut. Dit om tijdverlies te voorkomen door discussies wie er aan het werk zal gaan. Er mag wel geruild worden, bijvoorbeeld om in te springen bij urgente actuele problemen.

In de loop der tijd heb ik de gewoonte aangenomen om de laatste 5 à 10 minuten van zo'n individuele zitting in de groep expliciet de groep uit te nodigen te reageren op hetgeen de individuele patiënt heeft ingebracht.

Mijn ervaring: In deze opzet is er van integratie van groepspsychotherapie en individuele schematherapie weinig sprake. De groepstherapie bestaat uit individuele the-

rapie binnen het decor van de groep. Van specifiek groepsdynamische aspecten wordt weinig gebruik gemaakt.

Toch bleek vanaf het begin dat individuele schematherapie uitgevoerd op deze wijze een andere inhoud kreeg ten opzichte van een gewone individuele schematherapie-zitting. Het duidelijkst was dit ten aanzien van het doen van imaginatie oefeningen, een belangrijk onderdeel van de schematherapie. Dit gebeurde steeds minder. Voor veel patiënten was het te spannend om imaginatie oefeningen in bijzijn van andere groepsleden te doen. Daarnaast vond ik dat het contact van de therapeut met de groepsleden die niet aan de beurt waren en tussen de groepsleden onderling, op deze wijze te veel werd afgesloten. De groep en de assistent werden gedurende de imaginatie oefening erg passief. Er werd nooit besloten de imaginatie oefening in de groep te schrappen. Om bovenstaande redenen gebeurde het gewoon slechts sporadisch.

Effectief was het werken aan de verschillende modi, vooral het leren uitspreken en tegenspreken van de *kritische/bestrafende ouder* modus. Van een kritische ouderstem heeft in de regel elke patiënt in meer of minder mate last. Uitleg geven over deze modus en werken om deze modus te bestrijden werkt inzichtgevend voor de patiënt in kwestie. Tegelijkertijd kunnen de andere groepsleden profiteren van het leerproces. Zij leren ook hoe ze hun kritische stem kunnen uitspreken en tegenspreken en zij kunnen, uitgerust met dit inzicht, elkaar in dit proces ondersteunen. Al met al levert dit veel herkenning, erkenning en inzicht op.

Bij de modus van de *afstandelijke beschermer* is het uiten van begrip voor de moeilijke levenssituatie (waardoor als overlevingsmechanisme de afstandelijke beschermer is ontstaan) en uitleg hierover geven zeer belangrijk. Vervolgens wordt aan de patiënt gevraagd via imaginatie terug te gaan naar de tijd dat hij wel echt gevoelens had en ervaarde.

Anton is een jongen die als klein kind nogal boos kon worden en daarmee goed zijn zin kon doordrijven. Uit woede sloeg hij op een keer zijn vader in elkaar. Hij schrok hier zelf van en besloot nooit meer boos te worden. Door deze en soortgelijke ervaringen had hij besloten dat voelen nergens toe diende of zelfs schadelijk was voor hemzelf of voor belangrijke anderen. In de therapiezitting stelt hij vast dat hij sindsdien nooit meer echt heeft durven voelen.

Ook zonder imaginatie oefening bleek het steeds goed mogelijk bij de essentiële ervaringen te komen die hadden gemaakt dat een patiënt afstand deed van zijn gevoel. De meerwaarde van het vertellen van de ervaringen ten opzichte van het doen van een imaginatie oefening is dat niet alleen de therapeut meeleeft en gevoelens kan spiegelen, maar dat de groepsleden dit therapeutisch effect vermenigvuldigen door hun uitingen van herkenning, spiegeling en erkenning. Een dilemma is daarbij overigens wel in hoeverre je het één op één werken volgens de richtlijnen van de individuele schematherapie laat interfereren met reacties van groepsleden en interventies van de assistent-psychotherapeut. Het voordeel van een grotere participatie is een gro-

tere betrokkenheid van groepsleden en assistent. Je maakt dan meer gebruik van psychodynamische processen. Een voorbeeld hiervan is als een groepsgeenoot van bovengenoemde Anton reageert door te vertellen wat het verhaal bij hem oproept en vervolgens vertelt over zijn eigen fantasieën om zijn eigen vader wat aan te doen. Een nadeel is dat de kracht van het directieve, individuele werk verslapt. In het individuele psychotherapeutische stuk werk je tamelijk directief en houd je stevig een bepaalde lijn vast. Dit is vooral het geval bij het modus werk, wat volgens een vast patroon uitgevoerd wordt.

Om enerzijds directief te kunnen werken en anderzijds de groep te betrekken, werd aan het einde van elk van de beide individuele therapieën de genoemde groepsreflectie in de laatste vijf à tien minuten ingevoerd. Gedurende de rest van de zitting werd er weinig geparticipeerd.

Groepsdynamische psychotherapie binnen de kaders van de multidisciplinaire schematherapie

Doelstelling: Het bewerkstelligen en instandhouden van een gezonde groeps cultuur met een goed therapeutisch klimaat. Tevens een plek waar patiënten aandacht kunnen vragen voor actuele urgente individuele problemen en groepsproblemen. Ook de plaats waar oudergesprekken en partnerrelatiegesprekken worden voorbesproken.

Werkwijze: Er vindt een inventarisatieronde plaats waarin elke patiënt iets kan inbrengen. Hiervoor werd gekozen om voor

de patiënten de overgang naar minder gestructureerde therapievorm te vergemakkelijken. Daarna is het aan de groep om te starten en de verdere tijdsverdeling in de gaten te houden. Bij de introductie van de schematherapie werd bepaald dat er een groepsdynamische zitting moest blijven. In welke mate er in deze zitting schemagericht gewerkt mocht worden door de patiënten of de psychotherapeut werd niet afgesproken door de behandelstaf. Het gevolg hiervan was dat elke therapeut zelf hier een invulling aan ging geven.

Mijn ervaring: Toen de schematherapie in het multidisciplinaire werken werd ingevoerd, was de gedachte dat het prima toegevoegd zou kunnen worden aan de destijds heersende groepsdynamische werkwijzen. Tevens werd ervoor gekozen dat een groepsdynamische zitting wenselijk zou blijven.

Gezien de doelstellingen, die mede betrekking hebben op de groepsprocessen, zou deze vorm ongewijzigd kunnen blijven voortbestaan, dus als 'zuivere' groepsdynamische groepstherapie.

Dit was de intentie waarmee ik in het begin de groepsdynamische therapie in ging. Deze intentie werd gedragen door de behandelstaf. Daarbij was een belangrijk referentiekader het groepsfocale conflictmodel (Whitaker en Lieberman, 1964), omdat diverse zienswijzen in dat model zijn geïntegreerd en omdat het een toonaangevend model is in de hedendaagse groepspsychotherapie (Tijhuis 1998a).

In bepaalde opzichten waren er ook overeenkomsten met de schematherapie die een

inpassing binnen de setting van de klinische schematherapie schijnbaar eenvoudig maakte. Dit had te maken met de attitude van de groepstherapeut die beschreven werd als *caring*, met veel aandacht voor betekenisgeving en basisvoorwaarden. De basisvoorwaarden voor een therapeut die wil werken met het focale conflictmodel worden beschreven als empathisch, positieve onvoorwaardelijke acceptatie, echtheid/congruentie. Het mensbeeld is net als in de schematherapie positief. Ook de visie op psychische aandoeningen vertoont veel overeenkomsten. De bij een individu veronderstelde kernconflicten en daarvan afgeleide focale conflicten (Berk, 2005; Whitaker & Lieberman, 1964) vertonen veel overeenkomsten met de door Young beschreven primaire en secundaire schema's. Het is een aantrekkelijke gedachte dat dit door te trekken is naar focale conflicten of schema's van de groep als geheel en dat tussen de individuele schema's of focale conflicten enerzijds en de groepsfocale conflicten of schema's anderzijds een wisselwerking bestaat.

Op die manier zou het groepsfocale conflictmodel naadloos aansluiten bij de schematherapie en er als het ware een soort extrapolatie van zijn naar het werken met groepen.

De praktijk verliep iets weerbarstiger. De schematherapie is een tamelijk directieve therapie en in de andere twee psychotherapievormen waren de patiënten gewend aan een actieve therapeut die een centrale plaats inneemt in de therapie. Dit had tot gevolg

dat ook in deze dynamische zitting de patiënten sterk op de therapeut gericht bleven waardoor het psychodynamische groepsproces stagneerde.

De afspraak die er bestaat om oudergesprekken en partnerrelatiegesprekken voor te bespreken in de groepsdynamische therapie gaf ook alweer richting en structuur aan de zitting. Deze afspraak stond haaks op het uitgangspunt om zoveel mogelijk groepsdynamisch te werken. Er was toch voor gekozen, omdat deze gesprekken niet werden gedaan door een systeemtherapeut maar door de groepstherapeut van de betreffende patiënt. Enige voorbespreking werd daarvoor noodzakelijk geacht. Het maken van een individuele afspraak om een oudergesprek of partnerrelatie gesprek voor te bereiden werd gezien als inbreuk op het groepgerichte karakter van de klinische therapie.

Een periode van experimenteren met en nadenken over doelstellingen en werkwijze en mogelijkheden voor integratie met de rest van het programma voor deze therapiezitting volgde.

Om als psychotherapeut geloofwaardig en effectief te zijn voelde ik ook een noodzaak om taalgebruik en attitude in de verschillende zittingen enigszins te stroomlijnen zodat ik niet in de ene zitting een geheel andere psychotherapeut was dan in een andere zitting.

Er is over nagedacht om de groepsdynamische therapie door een andere therapeut te laten doen, zodat de rolverwarring vermeden wordt zonder dat aan het gedrag en

de attitude van de therapeut iets hoeft te veranderen. Dit zou zeker voordelen hebben gehad. Als belangrijkste nadeel werd gezien dat de groepstherapeut die tevens hoofdbehandelaar was van de patiënten in zijn groep dan niet zelf het gehele therapeutische proces van zijn patiënten kon aansturen. Dit maakte dat ik ook in de dynamische groepszitting met schema's en modi bleef werken en meer actief was dan in een 'echte' psychodynamische psychotherapie.

Iets anders was dat ik merkte dat ik vanwege het groepsklimaat regelmatig gebruik maakte van interpersoonlijke interventies in de groepsdynamische therapie. Omdat in een klinische setting patiënten 24 uur per dag met elkaar omgaan, onder een vrij hoge druk, ontstaan er regelmatig spanningen en ruzies die enerzijds veel materiaal opleveren voor therapie, anderzijds moet daar ook snel iets mee gebeuren, anders werkt dat negatief op het therapeutisch klimaat. Dit is anders dan in een ambulante psychodynamische groepstherapie waar patiënten een keer per week bij elkaar komen.

Bij Brigit is het schema wantrouwen als kernschema gediagnosticeerd. Zij brengt in de therapie in dat zij een vriendin niet meer kan vertrouwen omdat die zich niet aan een door hen beiden gemaakte afspraak heeft gehouden. Nadat zij haar verhaal heeft verteld, wordt geëxploreerd of zij soortgelijke ervaringen ook binnen de therapiegroep heeft of had. Zij ontkent dit maar groepsgenoten bevestigen dit gegeven met klem en halen een voorbeeld aan van een afspraak weken eerder waarbij een aantal groepsge-

noten hadden afgesproken allemaal tegelijk met roken te zullen stoppen. Brigit was de enige die zich aan deze afspraak hield. De tot dan toe beginnende vertrouwelijke relatie tussen haar en deze groepsgenoten was van toen af aan sterk bekoeld, ondanks pogingen van de medepatiënten om het gebeurde te bespreken en weer goed te maken. Het herhalingsfenomeen dat hier optreedt werd geïdentificeerd in het kader van het schema wantrouwen. De manier waarop patiënte vasthield aan haar rigide denkbeelden werd besproken en ook de manier waarop zij zichzelf op deze wijze isoleert. Voor haar medepatiënten en ook voor Brigit zelf was het een opluchting dat de gespannen situatie rondom haar besproken werd en dat de lucht geklaard werd. De medepatiënten spraken de machteloosheid uit die Brigit bij hen teweegbracht en ook het gevoel steeds op eieren te moeten lopen, hetgeen het therapeutisch samenwerken met elkaar sterk belemmerde.

Vanuit de eclecticische werkwijze van de individuele schematherapie werden mogelijkheden beschreven voor het toepassen van cognitieve interventies, gedragsmatige interventies, experiëntiële interventies en interpersoonlijke interventies (zie ook bovenstaande).

De interpersoonlijke interventies richten zich in de individuele ambulante schematherapie op de patiënt–therapeut relatie. In de psychodynamische groepstherapie is het interpersoonlijke speelveld breder, het betreft namelijk tevens de interpersoonlijke relaties van de patiënten met elkaar.

De in het voorbeeld beschreven werkwijze bleek veel overeenkomsten te vertonen met de aanpak zoals Yalom (1975) die beschrijft. Yalom onderscheidt een fase van *hier-en-nu-activatie* enerzijds en een fase van *procesverheldering* anderzijds. Met de hier-en-nu-activatie wordt dan bedoeld de actuele gevoelens, gedachten en gedragingen die iemand inbrengt, zoals in het voorbeeld van Brigit. De procesverheldering draait vervolgens om de vraag: wat laten het gedrag, de expliciete woorden, de stijl van de deelnemers en de aard van de discussie ons ziens over hun interpersoonlijke relaties? Het gaat dan ook vaak over reeksen uitspraken en gedragingen van een of meer groepsleden. Mijns inziens toont die procesverheldering grote overeenkomsten met een uitleg over de interacterende werking van de schema's van de diverse patiënten.

Yalom stelt ook dat het niet noodzakelijk is dat de levensgeschiedenis in de therapie wordt betrokken. Doordat de processen die zich in het hier-en-nu afspelen in de groep als het ware een afgeleide zijn van de vroege gedragspatronen, is het vooral belangrijk dit deel van het verleden dat zich in het heden presenteert te bespreken en te verhelderen. Daarnaast, stelt hij dat indien het verleden zich via attitudes en gedragspatronen in het heden manifesteert, het bijbehorende stuk levensgeschiedenis vaak als vanzelf wordt verteld.

Daarnaast wordt nog steeds gebruik gemaakt van elementen uit het model van Whitaker en Lieberman. De mate van

bruikbaarheid hangt vooral af van de fase waarin de groep zich bevindt.

Zoals beschreven is er in het 12-maands-programma sprake van een doorlopende groep, dat wil zeggen dat er doorlopend opnames en ontslagen plaatsvinden in de groep. Dit is van grote invloed op het functioneren van de groep. Nadat een opname van een nieuwe patiënt heeft plaatsgevonden (meestal na een ontslag van een andere patiënt), moet de groep zich gedeeltelijk opnieuw vormen. Groepsnormen en waarden, veiligheid, ruimte in durven nemen, je mening mogen uitspreken, ook al is dit soms pijnlijk voor een ander, zijn dan centrale focale thema's.

Als de groep langer bestaat komen thema's als intimiteit en seksualiteit, onderlinge rivaliteit, eerder aan bod. Na langere afwezigheid van de therapeut door vakantie of ziekte blijkt het onderliggende thema steeds weer het gevoel van verwaarlozing, en in de steek gelaten worden.

Bij een naderend afscheid komen thema's als afscheid en omgaan met verlies onder andere aan bod. Op deze wijze ontstaan cycli, die zich steeds weer herhalen.

Mijn indruk is dat het benoemen van groepsfocale conflicten die samenhangen met deze groepschema's groei van de individuele groepsleden bevordert en gunstig werkt op het therapeutisch klimaat.

Kenmerkend voor aldus tot stand gekomen groepsdynamische schematherapie is dat de interpersoonlijke interactiepatronen tussen patiënten onderling en tussen patiënt en therapeut

een belangrijk aandachtspunt vormen. Deze worden indien nodig benoemd en gerelateerd aan individuele schema's. Groepsfocale conflicten worden opgevat als een smeltkroes van de individuele schema's en modi die getriggerd worden. Zoals in de groepsfocale conflicttheorie de groepsfocale conflicten worden opgevat als een versmelting van de individuele focale conflicten van de groepsleden.

Taalgebruik en attitude sluiten aan bij de bovenbeschreven kenmerken van de (individuele) schematherapie.

Het referentiekader van Bion is in principe niet van toepassing. De regressieve groepsprocessen die Bion beschrijft, treden vooral op bij een terughoudende attitude van de therapeut en wanneer weinig steun en structuur wordt geboden. Dit alles is niet het geval bij de schemagerichte groepsdynamische therapie tenzij er uitzonderlijke situaties optreden.

Cognitief-gedragsmatige psychotherapie in de groep

Doelstelling: De doelstelling is het oefenen met voor de patiënt nieuw gedrag en op die wijze positieve ervaringen opdoen met gedrag dat strijdig is met het eigen schema. De patiënt leert gedragsalternatieven voor zijn eigen meer stereotiepe gedragspatronen.

Werkwijze: Deze psychotherapiezitting wordt gegeven samen met de discipline sociotherapie. De aanpak is cognitief-gedragsmatig. Groepsleden en stafleden zitten aan een grote tafel. Groepsleden

hebben een werkmap voor zich. Er wordt gebruik gemaakt van een flap over.

Een patiënt bespreekt hoe het is verlopen met het uitvoeren van zijn tweewekelijkse opdracht. Hij krijgt daarbij feedback van de groepsgenoten. Vervolgens wordt een nieuwe tweewekelijkse opdracht geformuleerd door de patiënt, geholpen door de groep en de staf. De opdracht wordt ter plekke door de patiënt zelf op een rol papier geschreven. Deze rol, waarop de opdrachten van de helft van de groepsleden staan, wordt meegebracht naar alle andere therapieën. Op deze wijze kan de geformuleerde opdracht als rode draad dienen voor de totale behandeling van een patiënt op dat moment. De rol van de week ervoor (met de opdrachten van de andere helft van de patiënten) wordt eveneens opgehangen en na afloop meegenomen.

Per week komt de helft van de patiënten aan bod. Op die wijze wordt van elke patiënt de opdracht elke twee weken geëvalueerd, en opnieuw vastgesteld. Een belangrijk uitgangspunt is dat de opdrachten zo concreet mogelijk worden uitgesproken en opgeschreven. Dit maakt de doelstellingen werkbaar en toetsbaar. Een ander uitgangspunt is dat daar waar mogelijk een of meer groepsgenoten worden betrokken bij het uitvoeren van de opdracht, of dat een of meer groepsgenoten als oefenpartners worden ingeschakeld.

Mijn ervaring: Ook dit is vooral een exponent van het doen van individuele therapie in de groep. Echter van de interpersoonlijke interacties tussen groepsleden onderling en tussen groepsleden en de psychotherapeut

wordt ook therapeutisch gebruik gemaakt. In de manier van uitvoeren van het huiswerk en de terugkoppeling daarvan in de zitting worden de individuele schema's onmiddellijk zichtbaar. De patiënt met het schema *extreem hoge eisen* wil altijd te veel doen en te moeilijke opdrachten formuleren. Het schema *afhankelijkheid* wordt meteen zichtbaar doordat de patiënt bij het formuleren van een opdracht veelvuldig afwachtend of hulpeloos om zich heen kijkt, stiltes laat vallen of zegt het niet te weten. De patiënt met schema *onderwerping* neemt alles aan wat anderen zeggen, maar voert het uiteindelijk niet uit, of geeft er een andere draai aan. Deze zichtbare interactiepatronen kunnen ter plekke worden benoemd en gerelateerd aan een schema. Op deze wijze kan ook in deze individueel gerichte benadering gebruik worden gemaakt van het optreden van interpersoonlijke interacties.

Binnen de gehanteerde aanpak wordt ter plekke geoefend met elkaar concrete en opbouwende feedback geven en ook om feedback van elkaar te ontvangen.

De patiënten leren hierdoor niet slechts getuige te zijn van elkaars therapieproces, maar ze dragen daarnaast op diverse manieren bij aan elkaars proces. Leren *in* en *met* de groep (Tijhuis 1998b, Stock Withaker 2001). Een aspect dat aan de individuele therapie is toegevoegd door het werken in de groep.

Carla gaat steeds heftig in de verdediging als zij feedback krijgt van groepsgenoten. Ze voelt zich snel aangevallen en denkt dat

men nooit iets goed vindt wat zij doet. Zij probeert haar omgeving te overtuigen hoezeer ze haar best heeft gedaan het goed te doen, en wil hiervoor waardering. Haar groepsgenoten krijgen het gevoel dat ze nooit luistert naar hun feedback en ze raken hierdoor geïrriteerd. Carla komt tot de opdracht: Als ik feedback krijg luister ik goed en stel alleen vragen. Ik verificer of de ander vindt dat ik hem goed begrepen heb. Ik maak een afspraak met iemand later op de dag om de gevoelens die het luisteren naar de feedback bij mij oproept te bespreken.

In de evaluatie twee weken later benoemde Carla dat zij steeds wanneer het voorkwam verontwaardigd was en het gevoel had dat haar onrecht werd aangedaan. Door dit te benoemen naar een groepsgenoot toe en te bespreken werd dit gevoel minder en kon ze het relativeren. De verstandhouding met haar groepsgenoten, die zich nu veel beter door haar gehoord voelen, verbeterde aanmerkelijk en dit werd ook benoemd door hen in de bespreking. Zij kreeg hier complimenten over hetgeen haar gevoel van eigenwaarde versterkte.

Nabeschuiving

Het laatste decennium is de druk toegenomen om doelmatiger en meer kostenefficiënt te werken. Mede als gevolg hiervan is er een tendens ontstaan om diverse therapievormen met elkaar te integreren (Morrison, 2001). De Cognitieve Analytische Therapie, de GIFT (Group, Individual and Family Treatment) en de

schematherapie volgens Young zijn hier voorbeelden van. Een andere poging tot kostenbeheersing is het doen van individuele therapie in groepsverband. Morrison (2001) vergelijkt vanwege kosteneffectiviteit in haar overzicht de resultaten van individuele cognitieve gedragstherapie en die van cognitieve gedragstherapie in groepen. Zij stelt vast dat voor sommige patiëntengroepen de resultaten van cognitieve gedragstherapie in groepen tegenvallen. Stangier e.a. (2003) vergelijken de resultaten van individuele cognitieve therapie met die van cognitieve therapie in de groep, in een gerandomiseerd onderzoek bij 71 patiënten met een sociale fobie. Zij vonden dat individuele cognitieve therapie op verschillende aspecten beter scoorde dan cognitieve therapie in groepsverband, zowel direct na het beëindigen van de therapie als bij follow-up. Ook in diverse andere onderzoeken werden de resultaten van individuele cognitieve therapie vergeleken met de resultaten van cognitieve therapie in groepsverband (Flannery-Schroeder & Kendall, 2000; Manassis et al, 2002; Flannery-Schroeder et al, 2005; Nevoen & Broberg, 2005).

Het waarom van het integreren van individuele therapievormen met groepstherapie lijkt een brede belangstelling te genieten. Het is echter opvallend dat in de gerefereerde studies weinig aandacht wordt besteed aan het beschrijven van de wijze waarop de groepstherapie vormgegeven werd. Ook valt het op dat de therapeuten weliswaar geschoold werden of reeds waren in het hanteren van cognitieve tech-

nieken, maar dat ervaring met groepswerk geen criterium was. Ik ben van mening dat het integreren van een vorm van individuele psychotherapie met groepstherapie een complexe zaak is waarover te makkelijk wordt gedacht. Ik vind dat psychotherapeuten die therapie in groepsverband willen geven hiertoe gekwalificeerd zouden moeten zijn middels een meer specifieke opleiding groepspsychotherapie.

Hoe therapie in groepen werkzaam is, heeft voorsnog in de literatuur weinig aan dacht gekregen. Holmes & Kivlighan (2000) nemen dit wel als onderwerp van studie. Zij bestudeerden overeenkomsten en verschillen in therapeutisch werkzame factoren bij respectievelijk individuele therapie en groepstherapie. Zij deden dit aan de hand van een door henzelf ontworpen schaal. Hun studie toont aan dat er in individuele therapie en in groepstherapie verschillende processen werkzaam zijn. Kivlighan & Kivlighan (2004) bestuderen de intenties van therapeutische interventies bij het doen van individuele en groepstherapie. Zij stellen dat therapeuten in individuele therapie en in groepstherapie volgens verschillende patronen werken. Kivlighan & Tarrant (2001) suggereren dat wanneer therapeuten individuele therapie in een groep gaan doen het groepsklimaat daar direct onder lijdt. Dit zou een afname van het therapeutisch resultaat tot gevolg hebben.

Mij intrigeert de vraag op welke wijze de werkzame aspecten van groepstherapie kunnen worden ingezet, opdat er een toege-

voegde waarde ontstaat door het doen van therapie in groepen. Om deze reden ben ik de gehanteerde werkwijze gaan beschrijven en analyseren.

Mijn veronderstelling is dat vooral een meerwaarde wordt bereikt door het werken in groepen als de individuele therapie niet slechts gegeven wordt met de groep als toeschouwer. Juist wanneer in meer of mindere mate gebruik wordt gemaakt van het leren in en met de groep, kan de specifieke kracht van groepsprocessen worden benut. Individuele therapie in de groep heeft altijd een ander karakter dan therapie in een individuele setting. Zijn alle deelnemende patiënten in een kring gepositioneerd, dan gaan ze meedoen aan het therapieproces en sta je voor de keuze in hoeverre je dat toelaat, en gebruik maakt van groepsdynamische processen, of niet toelaat en je als therapeut dus meer de lijn kunt vasthouden van de directieve therapie.

Voor de psychodynamische groepstherapie geldt een soortgelijk proces. Het karakter van de psychodynamische groepstherapie veranderde door het toe te passen in een setting waarin met individuele schematherapie wordt gewerkt.

Aldus lijkt er een spectrum te bestaan bij het doen van individuele therapie in groepen. Aan de ene kant staat de individuele therapie in groepsverband, aan de andere kant van het spectrum staat de psychodynamische groepspsychotherapie in een setting waarin een individueel gericht model wordt gebruikt. Elke vorm van therapie in groepen is aldus op te vatten als een integratie van twee theoretische

modellen, namelijk die van de individuele psychotherapie en die van de psychodynamische groepstherapie. De aan het begin beschreven dilemma's worden daarmee overwonnen.

Aan de hand van mijn praktijkervaringen heb ik beschreven hoe individuele schematherapie toegepast werd in drie verschillende bestaande groepstherapievormen. Daarbij zijn retrospectief antwoorden gevonden op de vragen hoe de toepassing plaatsvond en waarom op die manier. Een beperking van dit proces ligt in het feit dat de kaders al vaststonden. De beschreven oplossingen hebben dus vaak ook een pragmatisch karakter. Hoe kan ik binnen de gegeven kaders tot een zo goed mogelijke integratie komen van de gehanteerde modellen? Ik heb wel getracht verder te denken over integratie van de schematherapie met de groepstherapie. Als resultaat daarvan heb ik enkele meer conceptuele uitgangspunten geformuleerd.

Uiteraard geeft deze beschrijving geen informatie over resultaten. Wel hoop ik dat deze retrospectieve beschrijving een bijdrage kan leveren aan denkprocessen, indien zulke vraagstellingen prospectief beantwoord moeten worden, bijvoorbeeld bij het opzetten van andere programma's welke individuele therapie en groepstherapie trachten te integreren of bij het opzetten naar een prospectief vergelijkend resultaat onderzoek naar geïntegreerde vormen van groepstherapie.

Tot slot

De werkwijze van de schematherapie omvat een geïntegreerde mix van diverse methodieken. Te weten de analytische therapie, de experiëntiële therapie, de transactionele analyse en de cognitieve gedragstherapie.

Bij het geven van schematherapie in een groepssetting zoals beschreven in het bovenstaande ontstaan er melanges met stromingen uit de groepstherapie. In de cognitief-gedragsmatige psychotherapie vindt integratie plaats met elementen uit de interpersoonlijke groepstherapie van Yalom.

In de groepsdynamische therapie vindt integratie plaats met de interpersoonlijke psychotherapie en de groepsfocale conflicttheorie van Whitaker en Lieberman. De individuele schematherapie is een vorm waarbij weinig integratie plaatsvindt met groepstherapie. Toch blijkt ook hier een duidelijke verandering op te treden in de inhoud van de therapie. De experiëntiële invloeden verdwijnen grotendeels. Er voor in de plaats kwam een groter accent op onderlinge herkenning en erkenning via een gezamenlijke groepsreflectie in het laatste deel van de zitting.

Zoals ook werd beschreven voor de vertaalslag van ambulante schematherapie naar klinische schematherapie en van monodisciplinair naar multidisciplinair wordt ook bij de vertaalslag van individu naar groep het belangrijkste element van gemeenschappelijkheid gevormd door de attitude van de therapeut en het taalgebruik van de schematherapie.

Literatuur

Beck, A.T, Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Berk, T. (2003). *Handboek korte dynamische psychotherapie*. Amsterdam: Boom.

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

Blum, N. Pfohl, B. St John, D. Donahan, P. Black, D.W. (2002). STEPPS: A cognitive-behavioural systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder- a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43 (4), 301-310.

Flannery-Schroeder, E., Choudhury, M.S., Kendall, P.C. (2005). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: a 1 year follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 2, 253-259.

Flannery-Schroeder & M.S., Kendall, P.C. (2005). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: a randomised clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 2, 251- 278.

Friedman, M.A., Cardemil, E.V., Uebelacker, L.A., Beevers, G., Chestnut, C., Miller, I.W. (2005). The GIFT program for major depression: Integrating Group, Individual, and Family Treatment. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15, 2, 147-168.

Holmes, S.E. & Kivlighan, D.M. (2000). Comparison of Therapeutic factors in group and individual treatment processes. *Journal of Counseling Psychology*, 47,4, 478-484.

Janssen, J. en Beek, D. van (2003). Schemagerichte groepstherapie bij zedende-linquenten. *Groepspsychotherapie* 36, 3, 8-23.

Kipper, D.A.J. (2002). The cognitive double: Integrating cognitive and action techniques. *Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*. Vol 55 (2-3), 93-106.

Kivlighan, D. M & Kivlighan, M.C. (2004). Counselor Intentions in Individual and Group Treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 51,3,4-353.

Manassis, K., Mendlowitz, S., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., Monga, S., Owens, M. (2002). Group and Individual Cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: a randomised trial. *Journal of the American Acadam of Childand Adolescent Psychiatry*. 4,12, 1423-1430.

Mc Ginn, L.K., & Young, J.E. (1996). Schema-focused therapy. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press. (Dit hoofdstuk is in het Nederlands verschenen: Schemagerichte therapie. *Psychotherapie, Toegang tot de internationale vakliteratuur* 1998, 5, 2, 113-143).

Morrison, N. (2001). Group therapy: treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioral and cognitive psychotherapy*, 29, 3, 311-332.

Nevonen, L. & Broberg, A.G. (2005). A comparison of sequenced individual and group psychotherapy for eating disorder not otherwise specified. *European Disorders Review*, 13, 29-37.

Ryle, A. (2004). The contribution of Cognitive Analytic Therapy to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18, 1, 3-35.

Stock Withaker, D. (2001). *Using groups to help people*. Sussex: Brunner-Routledge.

Thunnissen, M.M. & Muste, E.H. (2002). Schematherapie in de klinisch-psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 28, 5, 385-401.

Tijhuis, L. (1998a). *Groepsanalytische groepspsychotherapie en steunende groepspsychotherapie vanuit het groepsfocale conflictmodel*. Syllabus Groepstherapie-opleiding. Met Appendix stellingen Whitaker en Lieberman. Nijmegen: Tijhuis Praktijk voor Kinder en Jeugdpsychotherapie.

Tijhuis, L. (1998b). Peers as guardian angels of individuation development in group psychotherapy with adolescents. *Group Analysis*, 31(4): 553-569.

Withaker, D. & Lieberman, M.A. (1964). *Psychotherapy through the group process*. New York: Atherton Press.

Yalom, I.D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books, 2nd ed.

Young, J.E. & Pijnaker, H. (1999). *Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen; een schemagerichte benadering*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema focused therapy – a practitioner's guide*. New York: Guilford Press. Nederlandse vertaling in 2005 *Schemagerichte therapie: handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.