

Korte termijn focale groepstherapie en psychodrama

Henk Gilhuis is GZ-psycholoog-(groeps)psychotherapeut en supervisor NVGP. Hij is teamprofessional van het team KKP van Brinkveld, (dag)klinisch Centrum van Altrecht en werkt als docent psychodrama bij de Stichting Psychodrama-Opleiding NVGP (h.gilhuis@altrecht.nl).

Anja van Leeuwen is psychotherapeut-groepstherapeut en psychodramatherapeut i.o. Zij werkt als vrijgevestigd psychotherapeut bij Psychotherapiepraktijk Atalanta in Amsterdam (avleeuwen@praktijkatalanta.nl).

Samenvatting

In dit artikel beschrijven wij hoe psychodrama een vruchtbare combinatie kan vormen met korte termijn focale groepspsychotherapie (KTGP) naar het model van Leigh McCullough. Beide auteurs hebben de ervaring dat cliënten bij wie angst en vermijding centraal staan, met behulp van psychodrama eerder in contact komen met hun vermeden kernconflicten. Anja van Leeuwen combineert in haar (ambulante) psychotherapiepraktijk KTGP met psychodrama en Henk Gilhuis doet dit binnen de context van een kliniek voor kortdurende psychotherapie (KKP).

Eerst zetten wij het affectfobiemodel van McCullough uiteen. Vervolgens introduceren we de methode psychodrama en zullen we aan de hand van een vignet de combinatie tussen KTGP en psychodrama illustreren. We bespreken wat volgens ons de meerwaarde van psychodrama is en zoeken daarvoor ook naar theoretische onderbouwing. In het laatste deel van dit artikel gaan we na hoe KTGP en psychodrama goed op elkaar afgestemd kunnen worden aangeboden, rekening houdend met de dynamiek van de groep.

Korte termijn focale groepspsychotherapie

KTGP is een focale en in tijd gelimiteerde vorm van groepspsychotherapie,

waarbij de uitgangspunten van individuele kortdurende psychodynamische psychotherapie worden gecombineerd met de uitgangspunten van psychodynamische groepspsychotherapie. KTGP is

met name geschikt voor cliënten met cluster C persoonlijkheidsproblematiek, gekenmerkt door vermijding, waarbij angst voor de beleving van eigen behoeften en gevoelens en een negatief zelfbeeld centraal staan. Er wordt gewerkt met een behandelfocus en een van te voren vastgestelde einddatum. Kenmerkend is ook dat de therapeut actiever is dan bij langer durende groepspsychotherapie. De interventies zijn gericht op een goede werkrelatie en op het in beeld houden van het behandelfocus, op de voortgang van het groepsproces en op het efficiënt gebruikmaken van de gelimiteerde tijd (Van Aken 2008). De tijdsduur van een ambulante KTGP-groep ligt meestal tussen de 15 en 25 sessies. De ambulante groep van Anja van Leeuwen komt gedurende een half jaar wekelijks bij elkaar. De kliniek voor kortdurende psychotherapie (KKP) waar Henk Gilhuis werkt, heeft een behandelduur van vier maanden.

Het affectfobiemodel van Leigh McCullough

Onze vorm van KTGP is gebaseerd op het model van Leigh McCullough (1997, 2003). Zij was hoogleraar aan de Harvard Medical School, Boston en gasthoogleraar in Trondheim, Noorwegen tot ze in juni vorig jaar aan ALS overleed. McCullough ontwierp een kortdurend focaal therapiemodel dat ze lange tijd wetenschappelijk onderzocht en waarover zij op inspirerende wijze les gaf. Ze inte-

greerde in haar model op heldere wijze een psychodynamische werkwijze met een leertheoretische benadering.

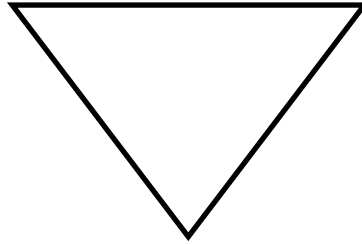
McCullough gaat ervan uit dat klachten en problemen ontstaan als behoeften en gevoelens vermeden worden omdat ze te beangstigend zijn. De wens om deze affecten te uiten levert in combinatie met de angst die dit oproept, een intern conflict op. De druk is hierbij zo groot, dat McCullough spreekt van een affectfobie. Afweerpatronen helpen om dit conflict niet te voelen en dit leidt vaak tot gedrag dat problemen oplevert en daarom aanleiding is om behandeling te zoeken. Het kunnen beleven van deze affecten is de focus van de behandeling. Met affecten worden hier gezonde, adaptieve behoeften en gevoelens bedoeld.

Het zichtbaar maken van dit interne conflict en stapsgewijs contact krijgen met de afgeweerde gevoelens staat centraal in de benadering. Het behandelfocus wordt vastgesteld door in een iets gewijzigde vorm de conflict- en persoonsdriehoeken van Malan (1976, 1979) te gebruiken en samen met de cliënt te bespreken tijdens intake- en adviesgesprekken.

De conflictdriehoek bestaat uit de elementen afweer, remmende affecten en activerende affecten. Deze drie beïnvloeden in dynamisch samenspel het gedrag van de cliënt (zie volgende pagina).

Figuur 1. Conflictdriehoek

Afweer
gedachten
gevoel



Remmende affecten
angst
schuld
schaamte
emotionele pijn

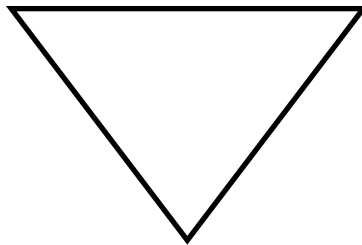
Activerende affecten
verdriet, adaptieve agressie, assertiviteit,
emotionele nabijheid en zelfcompassie,
zelfwaardering, seksuele verlangens

De persoonsdriehoek laat de context zien waarbinnen dit conflict zich afspeelt. Het geeft weer hoe de afweer in relatie tot anderen ontstaat en in stand wordt

gehouden. Het gaat hierbij om personen in het verleden, het heden en in de therapeutische relatie.

Figuur 2. Persoonsdriehoek

**Therapeut
Groep**



Actuele relaties

Personen in het verleden
gezin van herkomst, vroegere relaties,
vrienden, onderwijzers

Bij de behandeling van affectfobie heeft McCullough drie aangrijpingspunten: herstructureren van de afweer, herstructureren van het affect en herstructureren van de mentale representaties van zichzelf en van de ander. Dit herstructureren gaat bij alle drie op dezelfde manier, via herkenning en het loslaten ervan.

Zo komt McCullough tot zes stappen in het therapieproces:

- 1 herkennen van de afweer
- 2 loslaten van de afweer
- 3 herkennen van de vermeden affecten
- 4 op adaptieve wijze uiting geven aan deze affecten
- 5 herkennen van het vertekende zelfbeeld en het beeld van anderen
- 6 deze beelden veranderen

De therapeut houdt steeds in de gaten of de cliënt in staat is de angst die wordt opgeroepen te verdragen. De therapeut benoemt de weerstand, gaat er niet in mee maar houdt met compassie de patiënt bij de gevoelens waar hij bang voor is en leert hem zo deze gevoelens verdragen. *Angstregulatie* is een kernconcept in dit model en staat centraal in het hele proces.

Het doel is uiteindelijk te komen tot een balans tussen de zorg voor eigen behoeften en gevoelens en behoud van het contact met anderen. Elders wordt het affectfobiemodel uitvoerig beschreven, wij verwijzen hiervoor naar McCullough (1997 en 2003); De Wolf (2006) en Van Aken (2008).

Het affectfobiemodel in de groep

Omdat het model van McCullough een relationeel model is, kan het uitstekend toegepast worden binnen groepspsychotherapie (Van Aken en Gilhuis, 2008). Interne conflicten zijn niet los te zien van de interactionele patronen, die ontstaan zijn en in stand gehouden worden in relatie tot anderen. Ze kunnen als gevolg daarvan het best in relatie tot anderen opgelost worden. In de groep worden de meeste cliënten in de regel eerder en vaker blootgesteld aan angst om hun verlangens en gevoelens uit te spreken, omdat de groep als setting in potentie meer angst en schaamte oproept dan de dyadische therapeut-cliëntrelatie in de therapie. De groepssetting is complexer dan die van de individuele therapie. Bovendien hebben veel cliënten negatieve ervaringen in hun geschiedenis met groepen. Zij projecteren deze negatieve ervaringen in nieuwe groepen waaraan zij deelnemen (Nitsun, 1996). Zo is de groep een voortdurende exposure aan de angst voor eigen affecten. Tegelijkertijd biedt de groep juist de mogelijkheid om positieve en corrigerende ervaringen op te doen.

In het begin leren de groepsleden elkaar kennen, waarbij het herkennen van elkaars focus en doelen de cohesie en groepsvorming bevordert. Naarmate de groep zich meer gaat differentiëren, worden de groepsleden zichtbaarder voor elkaar. In termen van de conflict driehoek, komen zij vooral elkaars afweer tegen. De afweer is zichtbaar in de groep, terwijl de angst en de vermeden gevoelens meestal nog verborgen

blijven. Het lukt dit type cliënten meestal goed om met behulp van elkaar, ieders kenmerkende afweer beter te herkennen en te begrijpen. Maar om de afweer daadwerkelijk los te laten en zich open te stellen voor de gevreesde affecten, is een veel lastiger opgave. Een experiëntiële methode zoals psychodrama kan dan van grote waarde zijn.

Psychodrama

Van psychodrama bestaan meerdere definities, zoals deze: ‘Onder psychodrama verstaan we een actiegerichte psychotherapeutische methodiek, waarin deelnemers uitgenodigd worden om individuele conflicten, wensen, dromen of gebeurtenissen uit heden, verleden en toekomst in scène te zetten en uit te spelen met steun van de groepsleden. Hierbij wordt zowel verbale als non-verbale communicatie gebruikt. De hoofdrolspeler is de protagonist, de medespelers zijn de antagonist. De “director” en de “co-director” begeleiden het psychodrama en zorgen voor structuur, veiligheid, analyse, humor, en vormgeving.’ (Wegman, 2010).

In de praktijk van het psychodrama brengt een individu uit de groep een verhaal in, dat – vaak onbewust – een connectie heeft met het kernconflict, waar de behandeling zich op richt. Dit verhaal wordt niet alleen verteld, maar vooral getoond in beeld en beweging. De scènes en beelden worden nauwkeurig geconstrueerd zoals de protagonist deze beleeft. Dit kan op vele manieren, maar meestal worden deze drie variaties gebruikt:

- De cliënt beeldt een concrete scène uit zijn leven uit op een bepaalde tijd en plaats (situatiespel, De Laat, 2005).
- De cliënt beeldt een deel van zijn sociaal systeem uit, waarbij hij de verschillende personen neerzet op de juiste plaats, positie en afstand ten opzichte van zichzelf. Dit kan over het hier-en-nu gaan of naar een vroegere periode verwijzen (sociaal atoom).
- De cliënt beeldt zijn innerlijke wereld uit, verschillende kanten van de eigen persoon. Hij geeft zichzelf dan altijd eerst een plaats als het Ik, die de andere delen integreert en regisseert (intern atoom).

De scènes met anderen en het uitbeelden van het sociale systeem kunnen, bij het door ons gebruikte kader, direct in verband gebracht worden met de eerder beschreven persoonsdriehoek. Het uitbeelden van interne conflicten kan gerelateerd worden aan de interne conflictdriehoek.

Groepsleden (antagonisten) spelen de rollen in het psychodrama van de protagonist. Na afloop leggen de antagonist hun rol af en kunnen alle groepsleden uitwisselen wat zij aan dit psychodrama beleefd hebben.

Hoe het psychodrama wordt opgebouwd en waar het toe leidt, hangt sterk af van inbreng en persoonlijkheid van cliënten, maar ook van het theoretisch kader en de daarvan afgeleide werkwijze van de therapeut. In de combinatie van het affectfobie-model en psychodrama vormen de conflict- en persoonsdriehoeken van McCullough

een leidraad in het achterhoofd van de therapeut tijdens de opbouw van het psychodrama. We demonstreren dit aan de hand van een voorbeeld:

Kees laat in psychodrama zien hoe hij de onterechte kritiek van zijn baas niet verdraagt en hem de wind van voren geeft. Daardoor wordt zijn contract niet verlengd (deze scène verwijst naar de persoonsdriehoek en de actuele relaties).

Met hulp van zijn groepsleden wordt Kees zich bewust dat hij behalve woede ook verdriet voelt om het zich niet gezien voelen. Verschillende kanten van zijn persoon zet hij neer in een volgend beeld: achter een harde Kees staan een gevoelige Kees en een Kees die zich voor de gevoelige kant schaamt (interne conflictdriehoek met afweer, vermeden gevoel en angst/schaamte).

Na een interne dialoog tussen deze delen beseft hij dat hij nooit erkenning van zijn vader kreeg. In een volgende scène gaat hij een fictief gesprek met zijn overleden vader aan, waarbij hij de pijn van het niet gezien zijn kan voelen en uiten (persoonsdriehoek, verleden).

Dit lucht op en werkt verhelderend. Na afloop begrijpt ook de groep Kees beter en in een volgende groepspsychotherapiezitting wordt op het psychodrama teruggekomen en op eerdere incidenten in de groep. Daarin voelde Kees zich aangevallen en reageerde hij heftig op een medegroepslid en de therapeut (persoonsdriehoek, hier-en-nu in de therapie). Kees en zijn groepsleden zien nu beter de samenhang in wat er gebeurd is.

De toegevoegde waarde van psychodrama in KTGP

Zoals eerder gezegd, de weerstand om de vermindering te doorbreken blijkt vaak groot. De beperkte tijd die de KTGP met zich meebrengt, vraagt erom het ingebrachte materiaal maximaal te benutten met een zo groot mogelijk emotionele kracht.

De meerwaarde van psychodrama zit volgens ons in het zintuiglijk insceneren van de problematiek. Psychodrama kan de conflicten uit het focus aanscherpen. Deze krachtige werking kan verklaard worden vanuit het onderzoek en de emotietheorie van Foa en Kozak (1986), zie ook Foa, Huppert en Cahill (2006). Emotionele ervaringen zijn in drie lagen in het geheugen gerepresenteerd:

- Stimulusinformatie: de specifieke kenmerken van de situatie zoals waargenomen via de zintuigen.
- Betekenisinformatie: de gevolgtrekkingen en betekenis van de situatie voor de persoon.
- Responsinformatie: de verbale en motorische respons, wat iemand zegt en doet in reactie op de situatie.

Cruciaal voor bewustwording en verandering van emoties is dat dit hele geheugen-netwerk ge(re)activeerd moet worden. Hierin verschilt psychodrama (met andere non-verbale methoden) van verbale (groeps)psychotherapie, waar vooral betekenisinformatie wordt uitgewisseld. Door het werken met beelden (soms ook geluid)

en beweging komen ook de stimulus- en responsinformatie naar voren in een niet alleen cognitief, maar ook lichamelijk doorleefde ervaring. Levendige, zintuiglijke beelden van het zelf en de ander worden eerder als 'waar' ervaren en worden ook beter onthouden (Brewin, 2006). Door deze beelden in psychodrama te tonen in plaats van alleen er over te vertellen, bekijken ze beter (Gilhuis, 2007).

Naast de bovengenoemde activering van de complete emotionele ervaring, is het eveneens cruciaal dat er nieuwe informatie wordt toegevoegd (Foa en Kozak, 1986). Cliënt en groep moeten niet worden blootgesteld aan herhaling van belastende gebeurtenissen en bekrachtigende negatieve cognities. In plaats daarvan leren zij vanuit een ander perspectief naar de situatie, de ander en zichzelf te kijken. Dit perspectief gaat gepaard met nieuwe emoties en cognities en een realistischer beeld van zichzelf of anderen.

In psychodrama zijn er drie technieken die allen de protagonist helpen een nieuw perspectief te bieden, te weten:

- Dubbelen: de co-therapeut of een medegroepslid gaat achter de protagonist staan en helpt hem verwoorden wat er in hem omgaat. De protagonist neemt deze boodschap over (in eigen woorden) of niet.
- Spiegelen: de protagonist kijkt naar het spelen van een scène van afstand naar zichzelf in die scène. Een groepsgeenoot

neemt dan als stand-in zijn plaats in die scène in.

- De rolwissel: door de rol van zijn tegen-speler te nemen, ziet de protagonist zichzelf door de ogen van die ander.

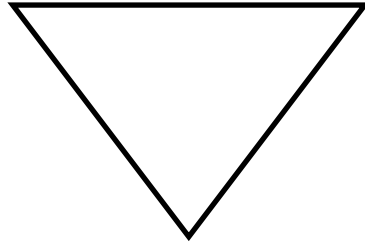
Het valt buiten het kader van dit artikel om deze technieken apart te bespreken, voor een beschrijving hiervan en voorbeelden, verwijzen we naar Arendsen Hein (2004) en De Laat (2005).

Casus

Moniek is een gehuwde vrouw van 45. Ze is kind van Joodse ouders met een kampverleden. Ze heeft een twee jaar jongere zus met een bipolaire stoornis voor wie ze veel mantelzorgtaken heeft. Bij aanmelding is er sprake van een depressieve stoornis en ontwijkende persoonlijkheidsproblematiek. Ze wil in therapie onderzoeken wie ze nu eigenlijk is. Ook wil ze zich meer verbonden voelen met de mensen om haar heen. Tijdens de groepsbehandeling wordt zichtbaar hoe massaal haar afweer is uit angst voor haar kwetsbaarheid en schuldgevoel over haar eigen verlangens. Moniek heeft veel inzicht en houdt mensen op afstand met haar scherpe toon.

Figuur 3. Conflictdriehoek Moniek

Afweer
cynisme
rationaliseren

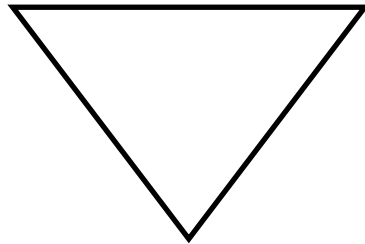


Remmende affecten
angst voor eigen
kwetsbaarheid,
schuldgevoel over
eigen behoeftes

Activerende affecten
zelfcompassie/verbondenheid met anderen

Figuur 4. Persoonsdriehoek Moniek

Therapeut,
groep



Partner en vrienden
houdt ze op afstand

Personen uit het verleden:
overmatig zorgzaam naar zieke zus
getraumatiseerde ouders met wie ze geparentificeerd is

Haar focus is: Ik laat mijn gevoel en kwetsbaarheid zien en leer om te gaan met de gevolgen.

Moniek vertelt dat het haar steeds meer moeite kost om te zorgen voor haar zus. Ze

voelt zich uitgeput en is zichtbaar vermoeid, maar het terugbrengen van haar zorgtaken geeft haar onverdraaglijke schuldgevoelens, waardoor ze maar weer doorgaat. Moniek vertelt een doortimmerd verhaal waar moeilijk een speld tussen te

krijgen is. De groep blijft stil en de therapeut zegt dat het haar opvalt dat niemand op Moniek reageert, en vraagt waardoor dat komt. Frank zegt: 'Je vertelt het alsof je het zelf allemaal al zo goed weet, wat kan ik er nog aan toevoegen?' Moniek reageert gekrenkt op Frank: 'Breng ik iets in en krijg ik zo 'n rotreactie.' De therapeut geeft erkenning en zegt dat het belangrijk is dat ze dit thema met ons deelt en vraagt door naar haar gevoel. Moniek zegt dat ze zich klein voelt en dat wil ze niet. Ze voelt zich beter als ze anderen van advies kan voorzien. De angst voor haar eigen kwetsbaarheid komt naar voren.

Moniek is bereid om haar thema nader te onderzoeken in een psychodrama. Haar doel voor deze sessie luidt: 'Ik wil weten wat me weerhoudt om mijn grens naar mijn ouders en zus aan te geven.'

De director nodigt Moniek uit zichzelf in relatie tot haar zus en ouders in de ruimte neer te zetten. Moniek neemt haar eigen plaats in en zegt dat ze zich uitgeput voelt en het gevoel heeft dat iedereen aan haar trekt. Vervolgens kiest ze zorgvuldig positie voor haar zus en haar ouders. Ze spreekt de stoelen kort in en zegt bij de stoel van haar zus: 'Ik ben zo blij met de steun van Moniek. Ik kan altijd een beroep op haar doen.' Als Moniek weer naar haar eigen stoel gaat dan wordt ze verdrietig, omdat ze zich door haar ouders niet gezien voelt. Ze zegt: 'Ik mag niet zwak zijn, mijn ouders hebben al zoveel meegemaakt in de oorlog en met mijn zus.' De co-director dubbelt: 'Maar ik voel me soms ook zo klein en alleen en dat is zo zwaar voor me.' Deze

dubbel neemt ze over en hiermee krijgt ze indirect toestemming het ook te mogen voelen. Hierdoor groeit haar zelfcompassie (activerend affect).

Het spel wordt geparkeerd en de director nodigt Moniek uit om haar interne delen neer te zetten. Moniek zet haar schuldgevoel, haar cynisme, haar verlangen naar verbondenheid en haar kracht neer. Moniek heeft zoveel mogelijk de regie, waarbij de verschillende rolfiguren – interne delen – zich aanpassen aan haar associaties. Dit doet zij vanuit de Ik-stoel. Tegen de rol van cynische Moniek zegt ze: 'Je helpt me om niet te voelen, maar je verhindert me ook om mensen dichtbij te laten komen.' Ze voelt hoezeer haar cynisme haar beschermt maar haar ook isoleert van de anderen. Ze voelt in weer een andere rol haar verlangen naar verbondenheid met anderen.

Vanuit de rol van haar schuldgevoel zegt ze: 'Ik ben de last op de schouders van Moniek en als ik voor mezelf kies dan voel ik me zo schuldig.' De director zegt: 'Waar komt dat vandaan?' Ze antwoordt dat het met haar moeder te maken heeft. De director gaat vervolgens een gesprek met Moniek in de rol van moeder aan. Ze zegt hoe zwaar ze haar leven vindt door de oorlog en haar zieke dochter. Ze vindt het erg om te zien dat Moniek die last ook zo met zich meedraagt. Ze wil haar meegeven de last weer terug te geven aan haar ouders. Vader geeft hiervoor ook zijn toestemming. Moniek wordt terug in haar eigen rol heel verdrietig en ervaart intens dat de zwaarte op haar schouders het leed

van haar ouders is. Ze voelt ook hoe eng het is om die last terug te geven, want wie is ze dan nog? De director laat haar contact maken met haar kracht, waarop ze altijd kan terugvallen.

Aan het eind laat de director Moniek nog even terugkeren naar het spel met haar gezinsleden en speelt ze een korte interactie met haar zus. Ze zegt dat ze er wel wil zijn voor haar zus, maar dat ze ook af en toe nee gaat zeggen.

Tijdens de sharing, het laatste deel van psychodrama, delen de groepsleden hun ervaringen. Moniek kan de steun vanuit de groep voelen, waardoor haar schaamte afneemt en ze zich minder kwetsbaar voelt. Op groepsniveau maken de groepsleden tijdens het spel hun eigenbelang tijdelijk ondergeschikt aan dat van Moniek. De actieve rol van de groepsleden tijdens het psychodrama, door middel van het beschikbaar zijn voor rollen en door haar te dubbelen, heeft zijn weerslag op de groep als geheel. Doordat de groep niet alleen meedenkt, maar ook echt van binnenuit met Moniek meeleeft, is de compassie van de groepsleden voelbaar. Dit draagt bij aan de zelfcompassie van zowel Moniek als aan die van de overige groepsleden.

Hoe KTGP en psychodrama te integreren?

Bij zowel KTGP als psychodrama staat het onderkennen en doorbreken van patronen van emotionele vermijding centraal. Hiermee bewegen beide methoden zich in

een bredere beweging binnen de gehele psychotherapie in de afgelopen twee decennia, waarbij affectieve processen centraal staan (Stinckens, 2009).

De drie aangrijpingspunten van behandeling van de affectfobie, zoals hierboven genoemd, komen binnen psychodrama afwisselend aan de orde. Ook het herstructureren van het affect door het beleven en het uiten komt overeen. Dit gebeurt stapsgewijs, de director zorgt ervoor dat de ervaring niet te heftig is. Dit kan bijvoorbeeld door een techniek als spiegelen, waarbij de cliënt gevraagd wordt uit de scène te gaan en er van een afstand naar te kijken. De specifieke rol van de therapeut is in beide gevallen directief en actief. In de therapeutische relatie volgens McCullough helpt de therapeut met zijn betrokkenheid, begrip en empathie de cliënt om zijn eigen gevoelens en behoeften serieus te nemen. Dit komt overeen met de actieve, empatische rol van de director in psychodrama. In de toepassing binnen de KTGP is er bovendien de holding van de groep. De groep steunt de protagonist via de techniek van het dubbelen en in het bieden van herkenning en erkenning na afloop van het spel in de sharing.

De combinatie van KTGP en psychodrama vraagt echter wel om ervaring met groepsdynamica. In de ambulante groep zou het een kunstfout zijn, om op elk moment dat dit qua onderwerp geschikt lijkt een psychodrama te starten. In de kliniek of deeltijdbehandeling, waar KTGP en psychodrama in verschillende sessies wordt gegeven, is het eveneens van belang tijdens

psychodrama rekening te houden met de dynamiek van de groep in de sessie en ook met de groepsontwikkeling binnen het therapeutisch milieu. Er is wat dit betreft een verschil tussen groepspsychotherapie en psychodrama. Groepspsychotherapie leent zich beter voor het bewerken van de onderlinge betrekkingen tussen groepsleden en therapeut. In de actiefase van het psychodrama (wanneer er gespeeld wordt) staat een individu en zijn focus centraal, waarbij juist situaties en betrekkingen in het heden buiten de therapie of uit het verleden centraal staan.

Het is van groot belang dat deze verschillende perspectieven steeds weer met elkaar in verband gebracht worden. Het psychodrama ontstaat uit het gesprek in de groep en keert er ook weer in terug. In het voorbeeld van Moniek is het thema eerst zichtbaar en bespreekbaar in de groep. Daarna volgt het psychodrama waarin wordt onderzocht hoe zij hier toe gekomen is, dit in stand houdt en kan doorbreken. En daarna blijven therapeuten en hopelijk ook de groepsleden aandacht houden voor de rol van Moniek in de groep. Want als zij doorgaat met anderen helpen en zich groot blijft houden zonder dat dit opgemerkt en bewerkt wordt, blijft het psychodrama een geïsoleerde gebeurtenis en wordt deze ervaring niet geïntegreerd. Ook werkt het thema van de individuele protagonist door bij de andere groepsleden, die daar verder op kunnen gaan in de volgende groepspsychotherapie sessie, wat weer kan leiden tot volgende psychodrama's.

KTGP, psychodrama, en groepsfasen

De integratie van het psychodrama binnen de KTGP is ook te bezien vanuit de groepsfasen. Zo wordt er in de eerste paar sessies van de ambulante groep nog geen uitgebreid individueel psychodrama gedaan, dit zou het proces van elkaar leren kennen en een groep vormen in de weg staan. De eerste psychodramazitting in de kliniek wordt besteed aan kennismakingsspel en kleine vignetten. In de tweede zitting wordt soms ieders focus met behulp van voorwerpen symbolisch uitgebeeld.

In de differentiatiefase daarna kan er individueel gericht psychodrama gedaan worden. Enigszins gechargeerd: het is in deze fase voor de groepsleden vaak nog belangrijker *dat* zij een psychodrama doen dan *wat* zij daarin inhoudelijk uitbeelden. Er zijn nog veel vlucht- en vechtreacties vanuit de angst zich binnen de groep te onderscheiden en tegelijk ook de angst om niet gezien te worden. Binnen psychodrama kan zich dit uiten doordat niemand wil spelen of dat er onderhuids concurrentie en jaloezie speelt. De therapeuten moeten deze processen doorzien en bespreken in plaats van zonder meer een psychodrama te gaan doen.

De werk- of intimiteitsfase is in een KTGP maar kort, als de groep er al aan toekomt. De individuele psychodrama's hebben meer diepgang. Hier zie je vaak dat een individu een thema uitwerkt dat door de hele groep gedragen wordt en waarbij de hele groep en de therapeuten mee resoneren.

In de afscheidsfase, die ook maar enkele

zittingen duurt, biedt het werken met psychodrama de mogelijkheid om uit te beelden wat het betekent de groep te verlaten. Naast verdriet en rouw gaat het ook over opluchting en trots op wat men heeft bereikt. Of het gaat om het hoofd bieden aan angsten voor de toekomst.

Groepsgericht werken heeft hier weer de voorkeur en psychodrama biedt tal van mogelijkheden om daar met metaforen en rituelen vorm aan te geven.

Conclusie

Psychodrama is een mooie en beeldende psychotherapeutische methode die een toegevoegde waarde heeft in combinatie met de korte psychodynamische groepstherapie volgens het affectfobiemodel. Met hulp van psychodrama is het voor cliënten met cluster C problematiek beter mogelijk om hun afweer losser te laten en om ondanks gevoelens van angst, schaamte of schuld ruimte te maken voor verborgen, adaptieve gevoelens.

Door de snelheid en de intensiteit waarmee psychodrama conflictgebieden kan concretiseren en in beweging kan brengen, bevordert het binnen de korte termijn van de KTGP het therapeutisch proces en kan het impasses doorbreken. In psychodrama wordt heel gericht een correctieve emotionele ervaring tot stand gebracht, waardoor een herstructurering van de affectfobie tot stand kan komen. Als de aloude psychodramamethode gecombineerd wordt met een heldere en goed onderbouwde theorie zoals het affectfobiemodel van McCullough,

heeft dat zowel in de ambulante als (deeltijd) klinische praktijk een toegevoegde waarde en een toekomst.

Literatuur

Aken van-van der Meer, M.E. (2008). *Kort en Goed Genoeg, praktijkboek kortdurende groepspsychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Aken van-van der Meer, M.E. & Gilhuis, H. (2008). Over driehoeken, groepen en affectfobie. *Groepen, Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 3 (1), 7-17.

Arendsen Hein, F.M. (2004). *Psychodrama en transactionale analyse*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Berk, T.J.C. (2005). *Leerboek groepspsychotherapie*. Utrecht: de Tijdstroom.

Burger, C., Haar, A. ter & Post, N. (2010). Mentaliseren in psychodrama. *Groepen, Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 5 (3), 12-34.

Brewin, C. (2006). A retrieval competition account. *Behavioural Research and therapy*, 44, 756-784.

Colaert, H., Geerts, F. en Lagae, R. (1982). Kortdurende analytische therapie en psychodrama. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 4, 247-256.

Cuvelier, F. (1993). Groepspsychotherapie en drama: een protagonist staat voor de groep.

In Jongerius P.J. & Eykman J.C.B, *Praktijkboek groepspsychotherapie*, (pp. 277-290). Academische Uitgeverij Amersfoort.

Foa, E.B. en Kozak, M.F. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, Vol. 99 (1), 20-35.

Foa, E.B., Huppert, J.D. en Cahill, S.P. (2006). *Emotional processing theory: an update*. New York/London: The Guilford Press.

Gilhuis, H.P. (2007). Show don't tell, show and tell, de beeldende kracht van psychodrama. *Groepen, Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 2 (1), 41-50.

Laat, P. de (2005). *Psychodrama, een actie-gerichte methode voor exploratie, reflectie en gedragsverandering*. Assen: Van Gorcum.

McCullough, L. (2003). *Treating affect phobia*. New York/London: The Guilford Press.

McCullough, L. (1997). *Changing character*. New York Basic Books.

Malan, D. (1976). *The frontier of brief psychotherapy*. New York: Plenum Medical Book Company.

Malan, D. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. London: Butterworth.

Nitsun, M. (1996). *The anti-group*. London: Routledge.

Stinckens, N. (2009). Affectieve processen. In S. Colijn e.a., *Leerboek psychotherapie*. Utrecht: de Tijdstroom.

Wegman E. (2010). *En dan ben je nu weer Ellis, klein lexicon van psychodrama*. Uitgegeven in eigen beheer.

Wolf, T. de (2006). Affectfobiebehandeling: kort als het kan, lang als het moet. In W. Roelofsen e.a., *Tijd en tijdsbesef in kortduurende psychoanalytische psychotherapie*. Assen: Van Gorcum.