

Wie vangt mij op?

Behandeling van conversiestoornissen in de groep

Chaja Kaufmann is klinisch psycholoog, psychotherapeut en lichaamsgericht
therapeut en supervisor/leertherapeut van de VCGP.

Inleiding

Binnen het Centrum voor Onverklaarde Lichamelijke Klachten (COLK), onderdeel van de GGZ Yulius, heeft de groepspsychotherapie een centrale plaats. Hoewel men er vaak vanuit gaat dat cliënten met conversiestoornissen gebaat zijn bij een gestructureerde en gedragstherapeutische aanpak, hebben wij de indruk dat een meer inzichtgevende en cliëntgerichte aanpak veel mogelijkheden biedt. Het werken in de groep omvat meerdere terreinen, zoals het horen bij een leefgroep, het deelnemen aan de groepspsychotherapie, het deelnemen op indicatie aan modules die door de leefgroepen heen lopen en ook het deelnemen aan de grote groep, de psm (*patient staff meeting*). In deze bijdrage wil ik me beperken tot de groepspsychotherapie in de kliniekleefgroep. De vaardigheden van de groepspsychotherapeut die nodig zijn en de fenomenen die zich vooral in conversiegroepen voordoen, wil ik hieronder beschrijven en vervolgens in het cliëntgerichte kader plaatsen. Daarin speelt enerzijds de combinatie van een cliëntgerichte en groepsdynamische aanpak in de groepspsychotherapie een belangrijke rol en anderzijds de theorie over gehechtheid.

Setting

Cliënten worden zes maanden opgenomen met daaraan voorafgaand een diagnostische fase van een maand waarin wij samen met cliënt beoordelen hoe wij de klachten kunnen begrijpen en of deze in een groepssetting bewerkbaar zijn. Als dat zo is, dan maken we een *werkhypothese* (Moene & Rümke, 2004) waardoor cliënt het ontstaan van de klachten beter begrijpt en hierop zijn behandeldoelen kan afstemmen. De periode van een maand is ingegeven door het feit dat in intakegesprekken weliswaar door cliënt veel informatie wordt gegeven, maar ook regelmatig veel emotionele lading wordt weggehouden. Onze cliënten zijn zeer deskundig in zich beter voordoen dan ze zich voelen (Wineke e.a., in druk) om vervolgens thuis in te storten. In de kliniek zien wij deze escapades beter en kunnen wij ze samen met cliënt als diagnosticum gebruiken: hoe vermijndend of destructief is cliënt en is er een ingang voor behandeling in de groep?

Na de maand in het voorbereidende en oriënterende programma (VOP) krijgen alle cliënten een basisprogramma. Dit basisprogramma is verplicht voor iedereen en

bestaat uit dagopening en -sluiting, weekend voor- en nabespreking, gemeenschappelijke momenten van eten, thee-/koffiedrinken, het groepsgeprek (huishoudelijk) en de groepspsychotherapie. De groepspsychotherapie vindt een keer per week plaats in de leefgroep, die maximaal uit acht mensen bestaat, en duurt maar een uur omdat de meeste cliënten niet langer met aandacht en concentratie kunnen zitten. Vaak worden daarna pijnklachten of andere klachten te groot. Er zijn twee therapeuten; een groepspsychotherapeut en een sociotherapeut. Door de positie van de groepspsychotherapie in het basisprogramma en de verplichte deelname, krijgt deze vorm van behandeling extra zwaarte. Hoewel cliënten leren om goed op hun grenzen te letten en op tijd naar hun kamer te gaan, worden er maar zelden groepstherapie sessies gemist.

Naast het basisprogramma is er een moduleprogramma dat op maat geïndiceerd wordt. De modules bestaan uit psychosomatische fysiotherapie (waarbij men zich richt op zowel conditietraining en ontspanning als op het onderzoeken van eigen klachten), psychomotore therapie, beeldende therapie en sociale vaardigheidstraining.

Al deze behandelonderdelen worden aangeboden vanuit de achtergrond van een *holding environment*. Als team willen we met dit aanbod een sfeer creëren waarin cliënten kunnen ontspannen en analyseren, conflicten leren hanteren en een nieuwe balans leren opzoeken. Voor het team betekent dit goed overleg, vertrouwen op je col-

legae en waar nodig afspraken corrigeren en aanscherpen. Kortom, er is een continue afstemming onderling nodig om cliënt de geschikte experimenteerruimte te bieden.

Cliëntgericht, interactioneel en groepsdynamisch

Bij de conversie zien wij vaak een combinatie van zowel een hechtingsstoornis en een angststoornis als een somatoforme stoornis. Om onze cliënten beter te begrijpen proberen we uit verschillende leerscholen een voor ons passend referentiekader te maken. Dit is afhankelijk van de ingang die we bij cliënt vinden, de heftigheid van de klachten en het vermogen tot reflectie. Onze basishouding is een *cliëntgerichte houding* waarin empathie en betrokkenheid, zichtbaarheid en aandacht centraal staan. Wanneer we de beleving van de cliënt centraal stellen, is hij vaak voor het eerst in staat samenhangend over traumatische gebeurtenissen te vertellen.

Uit onze ervaring leren wij dat de meeste van onze cliënten een traumatisch verleden hebben. Dit kan verschillende oorzaken hebben. Vaak is cliënt emotioneel verwaarloosd, heeft hij te jong te veel verantwoordelijkheid gekregen, heeft hij een ernstige ziekte meegemaakt of een ernstig ongeluk gehad. Uitzonderingen daargelaten voelen onze cliënten hoe dan ook al heel jong een zware last op hun schouders. Doordat zij bezwijken onder de last van fysieke of emotionele klachten komen zij uiteindelijk bij COLK terecht. De vraag aan de behandelaar is: neem mijn klachten weg, maak

me beter. Wat wij aanbieden is naar hun verhaal te luisteren, wat betekent dat we niet alleen hun klachten zien, maar samen de betekenis ontrafelen van wat hun lichaam vertelt. Waarom is juist dit zo essentieel in de behandeling?

Allen (2011) vergelijkt in zijn artikel over gehechtheid en mentaliseren onder andere de relatie van de ouder met die van de psychotherapeut. Veel van onze cliënten op COLK hebben als baby geen veilige hechting meegemaakt. Onveiligheid omschrijft hij als het gebrek aan autonomie en verbondenheid. Hij refereert hierbij zowel aan Bowlby als aan Rogers die onderzochten wat er in de relatie met de ander gebeurt. Allen concludeert (p. 300) dat 'mentaliseren samen met hechting de basis is voor emotieregulatie (...) en dat niet alleen bij het opgroeiende kind maar gedurende het hele leven'. Een betekenisvolle werkrelatie met de psychotherapeut kan helpen om een in de basis onvoldoende hechting te repareren.

We komen in het leggen van het eerste contact veel wantrouwen en angst tegen. Het opbouwen van een goede werkrelatie is een belangrijke basis waardoor cliënt zijn angsten durft te onderzoeken. Alleen in de relatie zal het mogelijk zijn te ervaren dat keuzemomenten een opening kunnen bieden om somatiseren te vervangen voor een adequatere afweer.

Laura (48 jaar) meldt zich aan met forse pijnklachten in haar linkerarm soms ook uitval, buikpijnen en vermoeidheidsklachten. Ze heeft hier al vijftien jaar last

van, is allang niet meer aan het werk en kan inmiddels nauwelijks meer een dagtaak aan waarin zij haar puberkinderen en echtgenoot ondersteunt. Vaak ligt zij op bed en wordt er voor haar gezorgd. Er zijn diverse lichamelijke onderzoeken uitgevoerd maar de klachten zijn niet te verklaren. In het intakegesprek komt ze bozig en eisend over. Zij wil graag van haar klachten af en begrijpt de verwijzing niet. Als wij in het intakegesprek haar klachten serieus nemen en een verklaringsmodel (psychosomatisch) met haar maken, ontspant Laura zichtbaar. Zij herkent haar manier van spanning opbouwen, hoge eisen stellen, bang zijn om te falen, toename van klachten.

Zowel het serieus nemen van klachten als het inbedden in een model dat de cliënt kan volgen leggen een basis voor onze behandeling. Naast de biologische en psychische invalshoek bieden wij nog de sociale invalshoek: partner, familielid of goede vriend wordt uitgenodigd om een zo breed mogelijk draagvlak voor verandering te creëren.

Conversie en de groep

De groepspsychotherapeut neemt een oppervlaktehouding aan zoals beschreven bij Berk (2003). Hij heeft niet een gepland thema, maar wacht af wat de groepsleden naar voren brengen. Hoewel dit soms moeizaam kan verlopen wanneer cliënten niets weten in te brengen, liever eerst uitleg willen of stilvallen, is onze ervaring dat na verloop van tijd de ruimte die wordt geboden, wordt aangenomen en gebruikt.

Pas nadat men een tijdje in de groep meedraait, ontstaat het vermogen zich meer met aandacht naar binnen te richten. Bij het starten van de groepspsychotherapie wordt een lange stilte echter als zeer spanningverhogend ervaren. In tegenstelling tot een groep met meer neurotische cliënten, luistert de spanningsopbouw bij deze groep cliënten nauw. Een te lange stilte kan de spanning dusdanig verhogen dat aanvallen, toevallen of andere lichamelijk onbereikbare spanning ontstaan en cliënt de sturing kwijt raakt. De kunst en de uitdaging liggen in het zoeken naar een acceptabel ongemak waarin cliënt de mogelijkheid tot zelfonderzoek ontdekt.

De ervaring leert dat de groepspsychotherapeut daarin enige verleiding dient te weerstaan. Cliënten met conversie zullen sneller dan andere cliënten een actieve houding van de groepspsychotherapeut uitdagen. Hoewel iedereen behandeldoelen heeft, weet men vaak niet waarover men zou kunnen vertellen. Dit komt zowel door onzekerheid van cliënt wat men mag vertellen als ook door het onvermogen om wat men in een eerdere sessie of met iemand anders op de afdeling heeft meegemaakt, in de groep in te brengen. Cliënten met conversie hebben namelijk een sterk vermogen tot fragmenteren van gevoelstoestanden (het blijven losse eilandjes) waardoor ook de puzzelstukken van hun behandeling gemakkelijk uit elkaar blijven liggen. Deze fragmentatie zien wij als een overlevingsstrategie. Hierin kan de groepspsychotherapeut wel een actievere houding aannemen en als verbindende schakel functioneren.

Dit betekent dat hij een combinatie maakt van ontdekkend enerzijds en steunend/structurend werken anderzijds.

Als cliënt een onderwerp wil bespreken, zien wij vaak moeite dit te verwoorden. Lichamelijk presenteert cliënt een toenevende of soms te sterk afnemende spanning in verschillende delen van het lichaam. De ademhaling kan sneller en hoger worden, men krijgt het te warm of te koud. De verteller heeft vaak allang het contact met zijn lichaam verloren. Hij vertelt dan een verhaal alsof het over een derde persoon gaat, ondertussen raakt bijvoorbeeld een arm in een kramp of spasme. Cliënt heeft hier in het begin van de behandeling meestal geen zicht op, er lijkt zich een onbewust proces te voltrekken. Al deze facetten zijn belangrijk om te spiegelen. De groepspsychotherapeut kan observerend teruggeven wat hij ziet en ervaart. Vaak is dit voor cliënt de eerste keer dat deze zich gezien voelt. We hebben te maken met vaak zeer verwaarloosde cliënten die vooral gewend zijn zich om de ander te bekommeren maar zelf nauwelijks aandacht hebben gekregen. Het feit dat de ander kan zien en meevoelen wat in cliënt omgaat en de groepsleden daarvan getuigen zijn, is van essentieel belang. Lietaer e.a. (2008) noemt in dit verband de interactie tussen het eigen lichaam en de ervaring in de groep de basis voor een 'lichamelijk gevoelde betekenis' die helpt om lichaamssignalen te begrijpen.

Naast het spiegelen zijn ook betekenis verlenen en ondertitels geven aan wat cliënt vertelt belangrijk gereedschap voor de

groepspsychotherapeut. Niet alleen de observatie van de verhoogde spanning maar juist ook de koppeling aan de inhoud van het verhaal van cliënt is van belang. Tevens speelt observatie en associatie van een ander groepslid waar zich dezelfde soort spanning heeft voorgedaan een belangrijke rol. Veelal is de ‘persoonlijke ondertiteling’ een link die cliënten met conversie slecht kunnen leggen.

Laura heeft al een paar weken weinig verteld. Na enig aandringen van de groep en de vraag waarom zij zich meer uit de groep terugtrekt, wordt zij onrustiger, de spanning in bovenlichaam neemt toe en haar ademhaling versnelt. Zij kan geen woorden geven aan wat er gebeurt. De groepspsychotherapeut vertelt wat zij ziet en vraagt zich hardop af of zij merkt dat haar ademhaling sneller gaat. Cliënte is dan uiterst verbaasd: ‘Kan je dat dan zien?’ De groepspsychotherapeut beschrijft heel congruent wat hij ziet en probeert ondertitels te geven: ‘Ik zie dat je ademhaling sneller gaat en je schouders steeds hoger opkruipen. Zou het kunnen dat het je bang maakt als de groep zo aandringt? Zou je lichaam aangeven dat je bang bent om ons meer te vertellen?’ Cliënte heeft aan haar lichaamssignalen dan nog niet de emotie angst gekoppeld, maar wel ‘er is iets met mijn hart aan de hand’. De angst om hartklachten te krijgen voedt haar terugtrekgedrag, in de hoop dat de klachten door haar vermijding weer verdwijnen. Het feit dat cliënte zich gezien voelt, nodigt haar uit om haar angst te verwoorden om vervolgens

ook meer over haar onderliggende schaamte te vertellen. Zij vindt het onterecht dat een ander groepslid alsmaar zo veel aandacht krijgt terwijl zij zichtbaar last heeft van haar klachten en niemand zich om haar bekommert. Zij schaamt zich echter om dit te verwoorden. Thuis was er altijd aandacht voor het zieke zusje en zij werd onvoldoende gezien. Een aantal groepsleden is blij met haar uitleg. Ze geven aan dat Laura de indruk maakte niet bevraagd te willen worden. Ze maakte nauwelijks oogcontact en wendde zich ook af van de verteller. Door nu het gesprek met de groep aan te gaan maakt Laura haar eigen pijn zichtbaar en hoort zij een interpretatie van haar houding van de groepsleden.

Door de interventie van de groepspsychotherapeut heeft cliënt de mogelijkheid een nieuwe ervaring op te doen, een *corrective emotional experience* (Kalmthout, 2005) en ziet de groep hoe dit bij de ander kan werken. Juist deze ervaring stimuleert cliënt omdat hij observerend ziet hoe de puzzel in elkaar schuift. De moeite die men zelf vanwege de fragmentatie heeft, verhindert vaak het doorstromen van ervaringen. Het zien en ervaren dat een ander ook klachten heeft, bang wordt, soms dissociëert, maar ook weer in contact terugkomt, hoort bij een helend proces. Juist bij deze doelgroep staan vaak lichamelijke sensaties op de voorgrond die in eerste instantie door cliënt gekoppeld worden aan een falend lichaam. De koppeling van lichaamssignalen aan emoties is vaak braakliggend terrein.

Bijzondere groepsfenomenen

In het werken met onze cliënten zien we vooral een sterke nadruk op de groepscohesie. Men is vaak voor het eerst in een groep opgenomen en daarvoor een gepest kind geweest of buitengesloten en vind men in de groep nu wel meeleven en samenwerking. Het aardig omgaan met de ander is vaak een verademing, maar kan ook omslaan in het eerder genoemde vermijden van confrontatie. De zelfexploratie is vaker summier in de groep en wordt dan verplaatst naar de individuele behandelaar. Is dit een lek voor de groepspsychotherapeut of is dit een noodzaak om eerst in een dyadische relatie een bodem van vertrouwen te leggen? Dit blijft voor ons voorlopig een punt van discussie.

Een belangrijk groepsfenomeen in conversiegroepen is dat harmonie boven alles gaat. Groepsleden vermijden in hoge mate verschil van mening. Men bespreekt soms van tevoren welk onderwerp in te brengen in de groepsessie en liefst wie dit zal doen en hoe dit moet gebeuren. Groepsleden die zich geruime tijd niet in het gesprek mengen, worden hier zelden op aangesproken. De reden kan dan zijn: je zou ook zelf aangesproken kunnen worden en dat moet voorkomen worden. De andere kant van de vermijding is de overmatige herkenning: conversiecliënten lijken zeer empathisch bij de ander aan te sluiten. Als een cliënt zijn verhaal begint, is er soms al na een paar minuten iemand die dit helemaal herkent. Dan is er vaak nog geen enkele vraag om verduidelijking gesteld. Deze

schijnempathie zorgt ervoor dat het gesprek niet verdiept, aangezien men het al snel begrijpt, en er gauw beëindigd kan worden. De verteller hoeft niets uit te leggen, wat men vaak prettig vindt.

Wanneer we dit intrigerende fenomeen nader bekijken zien wij opnieuw de angst om je bloot te geven maar vooral het onvermogen om echt mee te voelen. Dit gebrek aan mentaliseren is goed te begrijpen tegen het licht van de hechtingsproblematiek. Ik ga uit van de volgende definitie: mentaliseren is het vermogen om eigen en andermans signalen op te merken, er gevoelig voor te zijn en ze te kunnen verbinden met eigen belevingen. Conversiecliënten hebben meestal een achtergrond van emotionele of fysieke verwaarlozing, van misbruik of mishandeling. Er is vaak in de hele vroege kindertijd onvoldoende aandacht geweest voor het vertalen van lichaamssignalen naar emotionele toestanden, waardoor lichaamssignalen een vervreemdende werking kregen. Hiermee bedoel ik dat zij werden toegeschreven aan soms willekeurige toestanden in plaats van te refereren aan de eigen gemoedstoestand. De vervreemding en soms dissociatie kan tot fragmentatie van gevoelstoestanden leiden. De cliënt voelt vaak het lichaamssignaal niet meer maar maakt een verbinding met een 'erbij horende' toestand. Als cliënt zijn eigen signalen niet er- en herkent dan is het zich verplaatsen in de ander uitermate lastig of zelfs onmogelijk. Er is dan een onvermogen tot lichaamsmentaliteit, 'het vermogen om eigen en andermans lichaamssignalen waar te nemen, er ontvan-

kelijk voor te zijn en verbinding te ervaren met onderliggende mentale toestanden' (Spaans e.a., 2009).

Het is dan ook niet verrassend dat we in een groep met conversiecliënten met een grote hoeveelheid emotionele leiders te maken hebben (Berk, 2003). Men zorgt voor elkaar en vermijdt conflicten. Dit stelt de groepspsychotherapeut voor een uitdagende taak: hoe kan hij de groep beveiligen zodat deze een transitionele ruimte wordt (Winnicott, 1965)? Mijn ervaring leert dat wat in het begin als beangstigend wordt ervaren, namelijk het zich gezien voelen door de groepspsychotherapeut of groepsleden, uiteindelijk de opening is tot het zichzelf zien. Het observeren van de groepsleden en daarin transparant en congruent blijven, is van wezenlijk belang.

Laura heeft zich voorgenomen in de komende sessie meer over haar zus en ouders te vertellen. Er is een nieuw groepslid in de groep waarmee zij al snel overhoop ligt. Zij begint over haar zieke zusje te vertellen, dat zij zelf altijd aardig en ondersteunend was, de lat echter bij haar erg hoog werd gelegd. Haar ouders waren nooit tevreden, wat zij ook deed, terwijl elke stap van haar zus werd opgehield. Laura vertelt dit langzaam, bedachtzaam, weinig geëmotioneerd en wat hikkend. Het nieuwe groepslid schuift al een tijdje onrustig op haar stoel en geeft uiteindelijk aan veel te herkennen. Zij heeft ook een zus die ernstig ziek was en uiteindelijk na veel behandelingen aan kanker is overleden. Ze vertelt vervolgens een smeug

verhaal over haar eigen hulpvaardigheid. De meeste groepsleden laten zich in dit laatste verhaal meenemen, een paar groepsleden vallen stil en haken af. Ook de groepspsychotherapeut betrapt zichzelf erop bij het eerste hikkende verhaal afgedwaald te zijn en door het nieuwe groepslid weer wakker geschud te zijn. De groepspsychotherapeut brengt het gesprek terug naar Laura. Zij heeft ondertussen last van buikpijn gekregen en wil het liefst met rust gelaten worden. De groepspsychotherapeut zoekt naar het verband tussen het begin van haar buikpijn en haar teleurstelling of boosheid. Dan melden zich ook de afhakers die verschillende lichaamssignalen beschrijven die ze ondertussen als spanningsklachten herkennen. Ze durfden niets te zeggen, maar ze voelden dat het nieuwe groepslid de aandacht afpikte. Het nieuwe groepslid begint zich te verontschuldigen en wrijft over haar benen, die gevoelloos beginnen te worden. De groepspsychotherapeut geeft uitleg over herkennen, meevoelen en meevibreren. Zij complimenteert Laura en het nieuwe groepslid met hun openheid en geeft ook aan hoe belangrijk het is dat opkomende lichaamssignalen een wegwijzer worden in hun verhaal. Aan Laura legt zij uit dat het nieuwe groepslid net zo als het zusje de aandacht heeft gestolen en dat de boosheid hierover naar haar buik is gezakt. Ze nodigt haar tevens uit om te oefenen met het vasthouden van aandacht. Het nieuwe groepslid heeft haar nek uitgestoken en dat is knap, geeft de groepspsychotherapeut haar terug. Heeft zij gemerkt dat alle aandacht naar haar toe

ging? Zij glimlacht en zegt gezien te hebben dat als Laura verder had verteld, ze was gaan huilen en dat wilde ze Laura besparen. Ze beseft nu ze dit uitspreekt dat Laura het misschien zonder haar hulp had gekund. Een ander groepslid lacht vriendelijk en verwelkomt het nieuwe groepslid met de opmerking: welcome and join the club.

In dit vignet worden een aantal typische kenmerken duidelijk. Laura heeft ondertussen zo goed geleerd om onopvallend te zijn dat hoewel inhoudelijk zeer relevant, ze emotioneel op de vlakte blijft. Gevolg is dat de groep afhaakt, inclusief de groepspsychotherapeut, en het nieuwe groepslid in het gat springt en de aandacht naar zich toe trekt. De groepsleden durven Laura niet aan te spreken op haar cognitieve verhaal, maar bespeuren wel eigen spanning. Men wil Laura niet storen, tenslotte heeft ze eindelijk besloten iets te vertellen. Het nieuwe groepslid, dat de normen in de groep nog niet kent, herkent veel in het verhaal van Laura en ziet geen andere mogelijkheid dan zichzelf maar in de strijd te gooien. Onbewust voelt zij de klempositie van Laura aan, anderzijds manoeuvreert zij zichzelf naar de voorgrond. Zij concurreert met Laura maar heeft niet in de gaten hoeveel spanning dit haar bezorgt. Het lijkt een automatische reactie te zijn om de ander te ontzetten. Hierbij speelt de angst mee dat te heftige emoties oncontroleerbaar kunnen worden, een hoge spanningsopbouw in het lichaam kunnen bevorderen die vervolgens weer tot een conversie kan leiden. In deze groep zullen

leden sneller zelf toedekken dan elkaar bevragen.

In conversiegroepen geven wij meer dan gebruikelijk psycho-educatie. Juist omdat men eigen lichaamssignalen onvoldoende herkent en gebruikt, is een handleiding hoe men met elkaar om zou kunnen gaan en wat de groepsdynamiek teweeg kan brengen voedende informatie. Al eerder noemde ik de transparantie die cliënten waarderen. Zich in negatieve zin uitspreken naar de groepstherapeut maak ik helaas weinig mee, wat een aandachtspunt voor mij blijft. Mijns inziens zou dit te maken kunnen hebben met het nauwelijks belanden in de wederkerigheidfase (Yalom, 1978), waardoor groepsleden de intimiteitcrisis niet voorbij komen. Ook zou het vermijden van conflicten en de angst de groepspsychotherapeut te verliezen hierin een belangrijke rol kunnen spelen.

De conversiecliënt heeft zoals al genoemd vaak een slechte start waardoor de basis van zijn verwarring ligt in hoe eigen lichaamssignalen te interpreteren.

Daarnaast ligt er ook nog de mogelijkheid van een in aanleg minder sterk lichaam. Hiermee bedoel ik aangeboren of minder ontwikkelbare mogelijkheden.

Bijvoorbeeld een cliënt die al in de eerste levensjaren een loopstoornis ontwikkeld heeft omdat er problemen met gewrichten, spieren of botten zijn. Ouders kunnen hier extra aandacht aan besteden of juist het kind ertoe aanzetten om nog harder zijn best te doen. Deze houding verinnerlijkt een kind. En ook hierdoor kunnen lichaamssignalen verstoord worden waargenomen.

Tot slot

De gestructureerde/ inzichtgevende groepspsychotherapie biedt bij cliënten met conversie veel mogelijkheden tot leren. Colijn e.a. (1991) noemen een aantal therapeutische factoren die in diverse groepen werkzaam zijn. Voor conversiegroepen wil ik daar de volgende uitlichten:

1. Universaliteit: het zien dat andere groepsleden ook aanvallen en uitval kunnen hebben en hoe anderen ermee omgaan.
2. Cohesie: onderdeel van een groep mogen zijn terwijl men in het verleden vaak de positie van eenling en buitenstaander heeft gehad.
3. Altruïsme: leren om met andere groepsleden op een wederkerige manier om te gaan en elkaar hoop te geven.

Naast de non-verbale therapieën is de groepspsychotherapie bij uitstek geschikt om lichaamssignalen te leren herkennen en erkennen. Zowel voor de cliënt zelf als voor de ander biedt dit een ingang om deze vervolgens te leren verwoorden. In de interactie leert men rekening te houden met het eigen lijf, zijn mogelijkheden en onmogelijkheden. Daarnaast blijft het nodig om een *holding environment* te bieden. Dit zit op twee niveaus, namelijk op teamniveau en op inhoudsniveau. Op teamniveau is het een basisvoorwaarde dat er een gedragen interdisciplinaire visie is. Op inhoudsniveau pleit ik voor een aanbod waarin verbale en non-verbale therapievormen op elkaar afgestemd zijn.

Een therapieaanbod voor conversiegroepen zal het meest gebaat zijn bij een interdisci-

plinaire aanpak en een goed op elkaar ingespeeld team dat fragmentatie kan bufferen. Dit is behalve voor de cliënt ook belangrijk voor de teamleden: zelf herinner ik me een evaluatiebespreking waarbij cliënte en vijf teamleden aanwezig waren. Ik was toen de voorzitter en gaf eerst een cliënt het woord. Zij was opgenomen vanwege haar onverklaarde hartklachten. In haar evaluatie was zij nogal verwijtend en beschuldigend. Naarmate haar verhaal langer duurde kreeg ik forse hartkloppingen. Ik probeerde rustig adem te halen en meer afstand van haar verhaal te nemen. Ondertussen waren mijn andere teamleden ook stilgevallen. De evaluatie hebben we wel afgerond maar naprattend bleek dat twee andere collegae ook hartkloppingen hadden en de anderen hadden buikpijn! Ik heb vaker bij conversie cliënten lichamelijke tegenoverdrachtreacties gehad, maar als een heel team eraan lijdt, leren we opnieuw hoe heftig psychische afweer lichamelijke uiting kan vinden. Een ervaren team biedt hier een belangrijke steun. In het artikel van Wineke e.a. (2013, in dit nummer) wordt het teamaspect en de structuur van de behandeling aan de hand van de deeltijdbehandeling op COLK verdiept.

Tijdens de behandeling heeft Laura ontdekt hoe haar emotionele verwaarlozing in haar kindertijd en haar voortdurende concurrentie met haar zieke zus haar onzekerheid hebben vergroot. Zij werd later onzeker in het kiezen voor een opleiding waardoor zij in de administratieve sector terecht is gekomen, wat flink onder haar niveau ligt.

Zij heeft gekozen voor een partner die een hoge positie bij een ministerie bekleedt, weinig thuis is, veel om haar geeft maar haar weinig aanvoelt. Dit gaf haar opnieuw het gevoel van onzekerheid en dom zijn. Zij heeft alle zorg voor de kinderen en voelt zich zeer onzeker. De klachten ontstonden toen de kinderen naar de middelbare school gingen en haar ouders hulpbehoevend werden. Er werd in hoge mate een beroep op haar steun gedaan zonder dat zij hiervoor gewaardeerd werd.

In de groep heeft Laura opnieuw haar schrijnende gevoel van achtergesteld zijn herbeleefd. De fysieke pijn, boosheid en schaamte heeft ze aan elkaar kunnen koppelen. Zij maakte voor het eerst onderdeel uit van een groep die haar niet uitstootte. Haar pijnklachten werden serieus genomen. De lat hoefde niet zo hoog te liggen: aanwezig zijn zonder iets te moeten presteren werd geaccepteerd. De pijnklachten en uitvalsverschijnselen van Laura zijn sterk verminderd. Zij heeft een aantal zorgtaken overgedragen, is weer parttime gaan werken en heeft besloten in relatietherapie te gaan om ook met haar partner meer op een gelijkwaardig niveau te leren communiceren.

Literatuur

- Allen, J. (2011). Reflecties over de cliëntgerichte therapie vanuit het perspectief van gehechtheid en mentaliseren. *Tijdschrift cliëntgerichte psychotherapie*, 49 (4), pp. 293-306.
- Berk, T.J.C. (2003). *Handboek korte dynamische groepstherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Colijn, S., Hoencamp, E., Sniijders, J.A., Spek, W.A. van der & Duivenvoorden, H.J. (1991). A comparison of curative factors in different types of group psychotherapy. *International Journal of Grouppsychotherapy*, 41 (3), pp. 365-378.
- Colijn, S., Sniijders, J.A., Trijsburg, R.W. (2003), *Leerboek integratieve psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Kalmthout, M. van (2005). De correctieve emotionele ervaring. In: Trijsburg, R.W., Colijn, S., Collumbien, E., Lietaer, G. (Red.). *Handboek integratieve psychotherapie*. Utrecht: De tijdstroom.
- Lietaer, G., Vanaerschot, G., Sniijders, J.A. & Takens, R.J. (Red.) (2008). *Handboek gesprekstherapie*. Utrecht: De Tijdstroom, 506-543
- Moene, F.C. & Rümke, M. (2004). *Behandeling van de conversiestoornis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Spaans, J.A., Veselka, L., Luyten, P. & Bühring, M.E.F. (2009). *Lichamelijke aspecten van mentalisatie; therapeutische focus bij ernstige onverklaarde lichamelijke klachten*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 51 (4), pp. 239-248.

Wineke, J., Eurelings-Bontekoe L., Suanet I. & Gool van A. (in druk). *Illusory mental health bij olk-clënten*.

Wineke, J., Koch, J., Eggink, A., Michels, F. & Woude, M. van der (2013). Een dagje SOLK op het COLK. Eendaagse deeltijdbehandeling bij somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 8 (4).

Winnicott, D.W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. London: Hogarth Press.

Yalom, D.I., (1978). *Groepspsychotherapie in theorie en praktijk*. Deventer: Van Loghum Slaterus.