

# ‘It takes a village to raise a child’

## Schemagerichte groepstherapie voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen

In dit artikel wordt beschreven hoe schematherapie in wisselwerking met kennis van groepsdynamica kan worden ingezet als effectieve behandelvorm voor patiënten met persoonlijkheidsproblematiek. Het komt voort uit de lezing die de auteur gaf op het Lemion-symposium ‘Groepspsychotherapie anno 2018’ dat werd gehouden in juli 2018.

Door **Helga Aalders**, klinisch psycholoog/(groeps)psychotherapeut en inhoudelijk leidinggevende van de Zorgeenheid Persoonlijkheidsstoornissen van Altrecht te Zeist, [h.aalders@altrecht.nl](mailto:h.aalders@altrecht.nl).

**E**nkele jaren geleden was ik op een feestje ter ere van de achttiende verjaardag van de tweeling van vrienden. Het feestje stond in het teken van markering van de beginnende volwassenwording, afscheid van een fase en hoe je als familie en vrienden rondom een gezin staat en terugblijkt op ieders bijdrage aan het opgroeien van de kinderen. De oude Afrikaanse spreuk ‘it takes a village to raise a child’ kwam langs. Ik moest hieraan denken tijdens het voorbereiden van mijn lezing op het symposium Groepspsychotherapie anno 2018’ waarop dit artikel is gebaseerd. Aan hoe ik zelf in mijn professionele ontwikkeling ben verschoven van individuele schematherapeut naar groepsschematherapeut, naar hoofdbehandelaar van een klinisch schemagerichte psychotherapeutische setting. Aan hoezeer ik de kracht van de groep maar ook de kracht van het betrekken van naasten ben gaan omarmen. En dat het behandelen van persoonlijkheidsproblematiek veel overeenkomsten kent met het laten opgroeien van een kind in een veilige maar ook voldoende prikkelende setting. Ik sluit me ook graag aan bij het gedachtegoed van Peter Fonagy (2014) rondom het begrip epistemisch vertrouwen en de daaruit voortvloeiende principes rondom samenwerking met het netwerk.

## De methode en de praktijk

Schematherapie is ontwikkeld door Jeffrey Young (2003) als een individuele vorm van psychotherapie voor patiënten met persoonlijkheidsproblematiek. De behandeling is gestoeld op de hechtingstheorie en integreert cognitieve, gedragsmatige en experiëntiële technieken, ingebed in een behandelkader met veel aandacht voor de therapeutische relatie die wordt vormgegeven via *limited reparenting*.

Al snel na de introductie van de individuele schematherapie werd in het klinische veld druk geëxperimenteerd met diverse vormen van groepsgerichte schematherapie (Aalders & van Dijk, 2011; Vreeswijk en Broersen, 2006; Farrell et al., 2016). Inmiddels is bekend dat zowel individuele als groepsgerichte schematherapie effectief is voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast is er lopend onderzoek naar de effectiviteit van schematherapie bij patiënten met cluster C persoonlijkheidsstoornissen, recidiverende angst- en stemmingsstoornissen, eetstoornissen en PTSS.

In 2011 schreef De Haan in dit tijdschrift onder de titel *De methode: wondermiddel of loden last* een helder betoog waarin hij waarschuwt voor het klakkeloos implementeren van nieuwe methodieken zonder kennis te nemen van specifieke aspecten als de transitionele ruimte en de groepsdynamiek. Onder transitionele ruimte wordt verstaan dat er binnen de behandeling voldoende ondersteuning wordt geboden om de consequenties die een veranderingsproces met zich meebrengen te faciliteren. Deze ondersteuning krijgt vorm in het bieden van tijd en ruimte binnen een veilig behandelkader. In groepen ont-

staan dynamische processen die op impliciete en expliciete wijze impact hebben op het leerklimaat. Het kunnen herkennen en bewerken van dergelijke processen is een vak apart en onontbeerlijk, zeker in groepen met patiënten met persoonlijkheidsproblemen. Andersom is uiteraard ook aan de orde dat onvoldoende kennis en training in een specifieke methodiek het risico met zich meebrengt op minder goede resultaten van behandeling. Zo bleek uit een studie naar het effect van groepschematherapie dat therapeuten die beter waren getraind in het uitvoeren van specifieke interventies effectiever waren dan therapeuten die alleen hadden gehoord en gelezen over de interventies (Arntz, 2014). Het goed in de vingers hebben van een therapeutisch kader inclusief bijbehorende interventies biedt de therapeut een visie op het ontstaan en behandelen van betreffende psychopathologie en geeft houvast bij het consequent uitvoeren van de methode waardoor de veiligheid en voorspelbaarheid in de groep toeneemt.

## Schematherapie in een notendop

Een schema is een hardnekkig dysfunctioneel patroon in denken, voelen en doen en is gekoppeld aan een onvervulde basisbehoefte. Het schema minderwaardigheid/schaamte bijvoorbeeld, is gerelateerd aan het zich onvoldoende gewaardeerd en geliefd hebben gevoeld. Binnen de schematherapie worden vijf basisbehoeften onderscheiden: veiligheid en verbondenheid, autonomie en competentie, realistische grenzen, gerichtheid op anderen en zelfexpressie. Als er op deze domeinen veel tekorten zijn geweest, dan is de kans op een verstoorde persoonlijkheidsontwikkeling groot.

In de schematherapiebehandeling worden drie fasen onderscheiden. De eerste fase, gericht op het opbouwen van een werkrelatie en bewustwording van schema's, kenmerkt zich door het geven van psycho-educatie, het inzetten van tal van technieken gericht op assessment en opstellen van een casusconceptualisatie. De therapeut zal met name steunend en validerend zijn. In de tweede fase, waarin het accent op schemaverandering ligt, wordt veel gebruik gemaakt van experiëntiële technieken zoals

*De therapeut staat in de derde fase naast de patiënt zoals bij het uit huis gaan van een jongvolwassene*

imaginaties met *rescripting* en meerstoelentechnieken. De cognitieve en gedragsmatige technieken staan met name in dienst van het ondersteunen van de emotieregulatie en het doorbreken van hardnekkige dysfunctionele copingstijlen (denk aan gezonde zelfzorg, het uitdagen van typerende denkstijlen en zoeken van steun). In de therapeutische relatie wordt de patiënt aangemoedigd emoties te ervaren en te onderzoeken, zowel over de relatie met de therapeut als met betrekking tot vroegere ervaringen of situaties in het heden.

In de laatste fase van de behandeling, waarin het versterken van de identiteit en autonomie centraal staat, wordt verdere groei en ontplooiing gestimuleerd. Met behulp van cognitieve en gedragsmatige technieken wordt de patiënt aangemoedigd te experi-

menteren met nieuwe inzichten en nieuw gedrag. De therapeut staat naast de patiënt zoals bij het uit huis gaan van een jongvolwassene. Hij moedigt aan, vangt zo nodig op, stuurt bij en juicht toe.

**Groepsschematherapie**

In de afgelopen jaren zijn er diverse modellen ontwikkeld van groepsschematherapie. Hoewel de opzet en uitvoering varieert, komt in alle varianten het belang van kennis van de groepsdynamica naar voren.

De wijze waarop de integratie tussen kennis uit de groepsdynamica en de schematherapie voor het voetlicht komt, kan worden onderverdeeld in drie facetten: groepsdynamica als katalysator van schematherapie, de groep als natuurlijk laboratorium en oog voor parallelprocessen.

*Groepsdynamica als katalysator*

De (therapeutische) eigenschappen van groepen hebben grote invloed op schema's. Denk bijvoorbeeld aan de algemeen menselijke behoefte om ergens bij te horen (schema sociale ongewenstheid en sociaal isolement), mee te tellen en gezien te worden (schema's minderwaardigheid/schaamte en emotionele verwaarlozing) maar ook om je te mogen onderscheiden en een eigen mening te hebben (schema's zelfopoffering/onderwerping, onderontwikkeld zelf of emotionele geremdheid). Bij de samenstelling van de groep is het de kunst de groep zo samen te stellen dat binnen de groep schema's worden geactiveerd maar ook doorbroken kunnen worden. Het is daarom van belang oog te hebben voor de mate waarin patiënten zich met elkaar kunnen identificeren (leeftijd, geslacht, sociaaleconomische kenmerken) waarbij

ook voldoende ruimte is voor verschillen om van elkaar te kunnen leren. Angst en onzekerheid vanuit vroegere (groeps)ervaringen (gepest zijn, niet mee kunnen komen, er niet bij horen, overheerst zijn) worden meegenomen in een groep en beïnvloeden al dan niet bewust de groepsprocessen. Als therapeut is het van cruciaal belang oog te hebben voor deze processen en te weten hoe ze te sturen en te beïnvloeden.

*Marian komt nieuw in de groep. Ze is als jong meisje door het werk van haar vader vaak verhuisd en moest daardoor om de twee tot drie jaar in een nieuwe schoolklas invoegen. Ze heeft geleerd dat dit het beste verloopt als ze zich ondergeschikt maakt aan de ander. Ze past zich volledig aan, neemt razendsnel de groepsregels en cultuur over en verdwijnt daardoor als het ware in de groep (schema zelfopoffering/onderwerping en verstrengeling). De groep merkt bijna niet dat er iemand bij is gekomen.*

Groepen kennen verschillende fasen in hun beloop. Naast de parallelfase, de opnemingsfase en de wederkerigheidsfase is het van belang om zicht te hebben op fenomenen als de autoriteitscrisis en de intimiteitscrisis (Levine, 1979). Zo kunnen patiënten met het schema verlating zich nog redelijk op hun gemak voelen in een groep in de opnemingsfase, maar zodra er meer intimiteit en hechting ontstaat zich toenemend angstig gaan voelen. Het kan dan erg behulpzaam zijn als dit van tevoren met een patiënt is besproken en erop kan worden geanticipeerd om te voorkomen dat de angst zo hoog oploopt dat er sprake is van drop-out.

Het opdoen van diverse ervaringen binnen een groep kan de belangrijkste actieve componenten van schematherapie beïnvloeden. Denk daarbij aan de domeinen van de schematherapie: het ervaren van veiligheid en verbondenheid, het bevorderen van auto-

### *De groep kan voor een patiënt de eerste ervaring worden met het gevoel erbij te horen*

mie en competentie, het leren hanteren van realistische grenzen, het verminderen van gerichtheid op anderen en het versterken van ego-grenzen en experimenteren met expressie.

De dynamiek in de groep komt doorgaans ook veel meer overeen met de interacties in het normale dagelijks leven dan binnen een individuele behandelrelatie.

Binnen de schematherapie is *limited reparenting* een van de belangrijkste interventies. Het toepassen van limited reparenting in een groep brengt extra dimensies met zich mee. Het onderdeel zijn van een groep roept vaak vroegere ervaringen op met betrekking tot het gezin van herkomst of school. De groep kan bijvoorbeeld voor een patiënt de eerste ervaring worden met het gevoel erbij te horen. De groep kan essentiële jeugdherinneringen oproepen en specifieke schema's met bijbehorende gedragspatronen activeren.

Als therapeut word je geacht deze dynamiek samen met je co-therapeut op constructieve

wijze te hanteren. Zo krijg je bijvoorbeeld te maken met aspecten als meervoudige partijdigheid, het hanteren van individueel belang versus groepsbelang, het reguleren van het spanningsniveau (*window of tolerance*), het omgaan met gezonde rivaliteit versus uitstoting. Als dergelijke groepsfenomenen zich voordoen, geeft dit mogelijkheid tot het bieden van zeer heilzame corrigerende ervaringen.

*Thomas is vanuit zijn gezin van herkomst gewend om aandacht te moeten afdwingen. Wie het hardst schreeuwde, werd gehoord. Wie het best presteerde, werd gezien en gewaardeerd. In het begin vond Thomas het erg lastig om te ervaren dat deze strategieën binnen de groep niet werkten. Regelmatig werd hij vriendelijk gewezen op het feit dat je elkaar laat uitpraten in de groep en dat groepsleden die weinig uit zichzelf vertelden ook werden uitgenodigd hun verhaal te doen of mening te geven. Na een poos hierover erg verbolgen te zijn geweest en zich niet gezien en gehoord te hebben gevoeld, merkte hij dat de vanzelfsprekendheid dat iedereen aan de beurt kwam en ruimte werd geboden, hem ook rust gaven. Het niet telkens hoeven bevechten van zijn plek gaf ruimte aan meer oog voor anderen en daardoor een verbetering in de kwaliteit van zijn contacten.*

#### *De groep als natuurlijk laboratorium*

Naast het (emotioneel) opdoen van corrigerende ervaringen gerelateerd aan hechting en verbondenheid, biedt een groepsbehandeling ook een soort natuurlijk laboratorium om te oefenen met nieuw gedrag. Een laboratorium is een kunstmatige omgeving, maar de processen die er worden onderzocht of waarmee wordt geëxperimenteerd,

hebben betrekking op natuurlijke fenomenen.

Voor patiënten in een schemagerichte groep zijn dat bijvoorbeeld het zich minder overgeven aan onderwerping door ruimte te maken voor eigen behoeften, kwetsbaarheid durven tonen zonder dat daar misbruik van wordt gemaakt, meer vertrouwen krijgen in (sociale) kwaliteiten of een realistischer beeld krijgen van eisen die aan zichzelf of anderen gesteld worden.

Ook de bekende stok achter de deur, het aangemoedigd worden of het voorbeeld van het succesvol doorbreken van patronen door een groepsgeenoot, zijn belangrijke factoren die bijdragen aan het daadwerkelijk komen tot nieuw gedrag en vaardigheden; een niet te onderschatten component die bijdraagt aan daadwerkelijke verandering.

*Vivian bespreekt dat ze enorm opziet tegen het gesprek met de bedrijfsarts. Ze heeft een aantal malen in gesprek met deze bedrijfsarts het gevoel ervaren dat hij niet echt naar haar luistert en al van tevoren zou hebben bedacht wat er zou moeten gebeuren. Om goed met Vivian mee te kunnen denken wordt door middel van een rollenspel het vorige gesprek met de bedrijfsarts nagespeeld. De therapeuten en groepsgeenoten kunnen hierdoor Vivian van goede feedback voorzien. Vervolgens krijgt Vivian de gelegenheid geboden met de aange-reikte inzichten en tools te oefenen met nieuw gedrag.*

#### *Oog voor parallelprocessen*

De Haan (2011) legt parallelprocessen uit als verplaatsingen van belevingen, emoties en reacties van de ene tussenmenselijke situatie naar de andere. Deze processen vinden niet bewust plaatst en kunnen zowel

een constructief als destructief effect hebben. Het is belangrijk om er als (groeps) therapeut bewust van te zijn dat je niet alleen te maken hebt met de dynamiek in de groep zelf, maar dat er vaak ook andere factoren medebepalend zijn voor de processen die in de behandeling spelen. Ik licht er hier drie uit die vaak voorkomen in een schemagerichte groepstherapie, te weten achtereenvolgens individuele behandeling

## *Een gezamenlijke behandelplanbespreking en intervisie zijn onontbeerlijk*

naast de groepsbehandeling, processen die spelen in de organisatie en in het team en invloeden vanuit de context van de patiënt.

*Al een aantal weken is Trudy niet bij de groepstherapie verschenen. Ze meldt zich keurig af vanwege een ziek kind, komst van de loodgieter en verjaardag van haar moeder. In die weken komt ze wel bij haar individuele behandelaar. In het team mopperen de groepstherapeuten dat Trudy weer niet is verschenen. De individueel behandelaar neemt het voor Trudy op. Ze noemt een aantal plausible redenen waarom Trudy afwezig is en dat het toeval is dat ze altijd wel naar de individuele afspraken kan komen.*

*Dan stopt ze en merkt ze op wat er gebeurt. Het team staat vervolgens stil bij de dynamiek die tussen hen is ontstaan en onderzoeken wat dit mogelijk te maken heeft met de innerlijke dynamiek van Trudy.*

Patiënten die deelnemen aan een schemagerichte groepsbehandeling hebben daarnaast vaak ook individuele behandelcontacten. Dit kan met een van de groepstherapeuten zijn, met een andere schematherapeut maar ook met een psychiater voor medicatie of een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige als er ook problemen zijn op het sociaalmaatschappelijke vlak. Het is belangrijk om met elkaar een eenduidige visie af te spreken met betrekking tot behandeling, attitude en ieders rol in het geheel. Ook zijn een gezamenlijke behandelplanbespreking om met elkaar af te stemmen en intervisie onontbeerlijk. Aan de therapeuten wordt gevraagd te blijven reflecteren op hetgeen ze waarnemen in het kader van (tegen)overdrachtsgevoelens naar de patiënt maar ook naar elkaar. Door dit goed te blijven monitoren en tijd te nemen hierbij stil te staan kan voorkomen worden dat destructieve mechanismen optreden die de samenwerking en behandeling gaan ondermijnen.

Uit angst voor splitsingsfenomenen of andere moeilijkheden die in de samenwerking kunnen optreden, wordt er vaak voor gekozen dat 'alles in de groep moet'. Daarmee wordt de behandeling mijns inziens uit angst ingeperkt waar dat eigenlijk niet nodig is. Ook wordt daarmee vaak een meer kwetsbare doelgroep uitgesloten van een effectieve behandeling.

Zeker voor patiënten met ernstige trauma's of snelle emotionele ontregeling kan een individuele behandeling naast de groep juist bewerkstelligen dat er een goed behandelproces op gang komt.

Naast processen die zich in de binnenwereld van patiënten afspelen, worden behandelingen

ook beïnvloed door processen in de organisatie rondom de behandelaren en de groep. Denk aan een team dat tijdens een reorganisatie, waarin tal van bedreigingen voor het voortbestaan van bepaalde functies spelen, een schemagerichte behandeling biedt aan patiënten met forse persoonlijkheidsproblematiek. Het zich niet gezien en gehoord voelen, het wantrouwen en de verschillende reacties daarop van de teamleden (stug door gaan, het er veel over willen hebben, het er niet over willen hebben, overmatig optimisme, pessimisme, ziekmelden, nog harder werken) hebben ongemerkt invloed op de dynamiek in de groep.

In schematermen worden copingstijlen als perfectionistische overcontroleerder, onthechte beschermer of willoos-inschikkelijke door de behandelaren als overlevingsstrategie ingezet en vertonen de patiënten toenemend meer dysfunctionele coping en worden ze minder open rondom kwetsbaarheden, verlangens en behoeften. Het behandelproces stagneert en kan alleen worden vlot getrokken als het team op een constructieve wijze weet om te gaan met de moeilijke omstandigheden waarin ze het werk moeten verrichten.

### **Epistemisch vertrouwen**

Epistemisch vertrouwen (*epistemic trust*) is een concept dat in de behandeling van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen is geïntroduceerd door Fonagy en collegae (2014). Fonagy omschrijft het begrip epistemisch vertrouwen als de bereidheid van iemand om nieuwe informatie, aangeboden door een ander, in beginsel als van waarde en toepasbaar voor zichzelf te beschouwen. Het kunnen openstaan voor kennis en infor-

matie om je heen is een belangrijke strategie van mensen om zich in de (steeds veranderende) wereld staande te houden, te kunnen adapteren op een gezonde en constructieve wijze. Met name in de ontwikkelingsfase van de puberteit en jongvolwassenheid is epistemisch vertrouwen van groot

## *Therapeuten moeten met de patiënten ook de context onderzoeken*

belang, omdat het je staat stelt te leren van je sociale omgeving. Als je niet leert, sta je stil en stagneert je ontwikkeling. Het losmaken van het gezin van herkomst, het opbouwen van een eigen identiteit, het kunnen experimenteren met relaties en vriendschappen en het opbouwen van een eigen maatschappelijk bestaan is dan vreselijk moeilijk.

Aan de basis van epistemisch vertrouwen ligt een veilige gehechtheidsrelatie. Dat wil zeggen dat naarmate men veiliger gehecht is, er sprake is van meer epistemisch vertrouwen. Jonge kinderen leren van hun primaire verzorgers hoe zijzelf en anderen functioneren en hoe de wereld om hen heen werkt. Het vertrouwen in deze overgebrachte sociale informatie ('het ervan op aan kunnen', 'zich er door durven laten leiden') noemt men epistemisch vertrouwen.

Mensen met persoonlijkheidsstoornissen zijn meestal onveilig gehecht, waardoor zij niet durven vertrouwen op de waarachtigheid van informatie die hen geboden wordt. Wantrouwen heeft hen vaak juist geholpen

te overleven in een onveilig omgeving. Wantrouwen is een overlevingsstrategie gebleken, en is dus eerder een kracht dan een zwakte en daarom wellicht ook wel zo moeilijk los te laten.

Veel problemen waar mensen met persoonlijkheidsstoornissen mee kampen komen voort uit verstoorde interacties met anderen. Denk aan heftige conflicten in de partnerrelatie, het afgewezen worden door de werkgever, het buitengesloten worden door vrienden of de buurt.

Omdat mensen geneigd zijn te kiezen voor het vertrouwde, gaan ze vaak weer relaties aan waarin herhaling van vroegere omgangspatronen usance zijn. Zo blijft men in een vicieuze cirkel van schadelijke relaties waarin verwaarlozing, misbruik en onveiligheid telkens terugkeren. Hierdoor krijgt epistemisch vertrouwen geen kans te ontwikkelen (Knapien, 2017).

Hierop aansluitend is het dus van belang om als therapeut bewust te zijn van de context waarin de patiënt leeft en van de manier waarop de context doorwerkt op de schema's en patronen van de patiënt, en de therapeut moet zich realiseren dat de ervaringen die in de schemagroep worden geboden soms haaks staan op hoe iemand het gewend is in zijn eigen omgeving. De daadwerkelijke verandering zal uiteindelijk plaats moeten vinden in het dagelijks leven van de patiënt. De vraag rijst dan of dat wat in de groep geleerd kan worden wel strookt met de overlevingsstrategieën die nodig zijn om staande te blijven in de huidige levenssituatie. Voor de therapeuten betekent dit dat ze bereid moeten zijn, en liever gezegd dat het noodzakelijkheid is met de patiënt ook de context te onderzoeken en daarmee

samenwerking aan te gaan in een of andere vorm.

### **Profiel van de schemagerichte groepstherapeut**

Het leiden van een schemagerichte groepstherapie wordt door behandelaren vaak ervaren als een krent in de pap van het dagelijks werk. Het vraagt echter wel een aantal specifieke competenties en persoonlijke eigenschappen. Op basis van mijn eigen ervaring als schemagerichte groepstherapeut, co-therapeut, docent, supervisor en hetgeen erover geschreven is in de literatuur heb ik ze als volgt op een rijtje gezet.

## *Met name de limited re-parenting vraagt wat minder orthodoxe interventies dan gebruikelijk*

### *Eigenschappen en vaardigheden*

In verschillende handboeken (Young et al., 2003; Farrell et al., 2016; Aalders & Dijk, van, 2012) wordt min of meer het volgende rijtje eigenschappen aan een goede (groeps) schematherapeut toegeschreven: warm, expressief (non-verbaal), authentiek, fysiek en emotioneel nabij, zelfbewust, gevoel van competentie, optimistisch, flexibel, rustig, gevoel voor humor, vrij.

Hoewel ik denk dat deze eigenschappen ook grotendeels gelden voor therapeuten die zijn opgeleid in andere therapeutische kaders gericht op het behandelen van persoonlijk-



heidsproblematiek, is met name het je vrij durven bewegen (letterlijk) en improviseren een belangrijk element van de schematherapie. Met name het principe van de limited reparenting vraagt, met behoud van eigen grenzen, om het bieden van wat minder orthodoxe interventies dan gebruikelijk. Denk daarbij aan het soms iets langer doorgaan met de sessie als dat gepast lijkt, het bieden van een kussen of dekentje als letterlijke vorm van holding en troost maar misschien ook wel meegaan naar de gynaecoloog als dat kans biedt op een belangrijke corrigerende ervaring, of – iets heel anders – het maken van een gedichtje en surprise in sinterklaastijd.

Als belangrijke vaardigheden die een groepsschematherapeut idealiter moet bezitten kan worden genoemd: didactisch goed onderlegd zijn (veel psycho-educatie geven, het model uitleggen), kunnen structureren (regie houden over inhoud en dynamiek), begrenzen (ongewenst gedrag snel stopzetten) en (empathisch) confronteren (het geven van (kritische) feedback niet schuwen, met behoud van de relatie).

#### *Basistaken*

Een belangrijke taak van de schemagerichte groepstherapeut is het samen met de co-therapeut neerzetten en bewaken van een veilig en voorspelbaar groeps kader. Hierbij is het behulpzaam om door de bril van de domeinen van de schematherapie naar de behoeften van de groep(sleden) te kijken en daar de interventies op aan te passen. Bij een groep waarin nog weinig veiligheid en verbondenheid wordt ervaren is het belangrijk om daar specifiek aandacht aan te besteden door expliciet groepsregels te benoemen, wederzijds

respect uit te dragen en te faciliteren, veel uit te leggen, overeenkomsten tussen groepsleden te benadrukken maar ook verschillen te accepteren. Iedere inbreng wordt gevalideerd, hoewel de vorm eventueel wordt begrensd. Om autonomie en emotionele expressie te bevorderen, worden conflicten niet geschuwd. Een conflict wordt gezien als een belangrijk leermoment. Met de juiste begeleiding kan een conflict aangaan en doorwerken juist de saamhorigheid in de groep versterken. Belangrijk hierbij is dat de therapeuten het spanningsniveau goed monitoren en op momenten dat het te hoog oploopt het proces even stopzetten, ruimte geven voor (individuele) ontlading en strak de regie houden.

*In de groep is een heftige clash ontstaan tussen Dorian en Anke. Dorian verwijt Anke dat ze altijd de aandacht naar zichzelf toe trekt waardoor anderen veel minder ruimte krijgen en dat de therapeuten dat niet begrenzen. Anke is zich hier echter niet van bewust. Ze heeft juist het idee dat ze wat uit haar schulp kruipt en schrikt enorm van de uitbarsting van Dorian. Ze begint overstuurd te huilen. Een deel van de groep schuift wat verschrikt achteruit, een ander groepslid springt bij Dorian achterop en geeft aan dat het huilen van Anke precies is wat Dorian bedoelt.*

*De therapeuten grijpen het gebeuren aan om met de groep het conflict uit te werken.*

*Als de groep weer in een wat rustiger vaarwater is gekomen benoemen ze het proces: 'Jongens, we zijn er doorheen gekomen, we hebben het opgelost, niemand heeft schade opgelopen en niemand is vertrokken. Iedereen heeft het overleefd. Erg knap hoe we dat samen hebben gedaan.'*

Naast het bieden van een helder kader en een duidelijke structuur wordt van de schemagerichte groepstherapeut ook flexibiliteit en improvisatievermogen verwacht. Je komt de sessie in met een plan, maar je past je plan altijd aan als dat leidt tot betere therapie. De dynamiek is nooit van tevoren te voorspellen en er kunnen zich situaties voordoen waar je of niet omheen kunt of niet omheen wilt omdat ze zeer bruikbaar en vruchtbaar zijn. Vaak is de leidraad dat als er experiëntieel gewerkt kan worden, dit voorrang krijgt op cognitieve of gedragsmatige interventies. Liever ervaren dan praten over, maar schuw ook het doen niet. Belangrijk is de regie te houden en de groep niet over je heen te laten walsen. Farrell et al. (2016) vergelijken de functie van de schemagerichte groepstherapeut wel met die van een dirigent van een orkest. Je hebt de regie, je bepaalt het tempo en het muziekstuk maar geeft ook ruimte aan ieder geluid daarbinnen en stimuleert improvisatie en leren.

Uit dit bovenstaande blijkt ook dat goede samenwerking met de co-therapeut essentieel is. Het is van grote waarde om naar de groep uit te stralen dat je een 'stel' bent. Dat je verbaal en non-verbaal laat zien dat je elkaar waardeert en respecteert, dat het goed zit. Bespreek met elkaar een goede taakverdeling. In de groepsschematherapie wordt zowel groepsgericht als individueel in de groep gewerkt. Er is altijd één therapeut die de hele groep actief in het oog houdt. De andere therapeut richt zich dan vaak op of een specifieke interventie of een individu. Wissel dat regelmatig af. Wees zorgzaam naar elkaar, steun elkaar maar durf ook van mening te verschillen. De therapeuten zijn

geen collusie, maar twee individuen die verbinding met elkaar zijn aangegaan als therapeuten van de groep. Het kan helpend zijn elkaars schema's te kennen, te weten wat elkaars valkuilen zijn. Hierbij hoort ook het onderhouden van en investeren in de therapeutenrelatie.

## **Specifieke aspecten**

### *Toolkit*

Binnen de schematherapie wordt vaak gebruikgemaakt van een zogenoemde toolkit. Een toolkit is een mand of tas met daarin verschillende attributen waar in de groepsessies gebruik van wordt gemaakt. Denk daarbij aan dekens, kussens, knuffels, ballonnen, bolletjes wol, bellenblaas, tekenpapier of stressballetjes. De therapeuten bepalen samen wat zij zoal in hun toolkit willen hebben. Deze toolkit roept bij de therapeuten en patiënten in eerste instantie wat ongemak op. Enige gêne over de wat kinderlijke voorwerpen, het idee met voorwerpen emoties af te gaan dekken of tot een soort kleuterklas toe te zijn getreden doen vaak de rondgang. De ervaring leert dat de attributen, mist goed ingezet, vaak leiden tot een verdieping van de beoogde processen en interventies en helpen emoties te reguleren, de spanning beter te verdragen en erbij te kunnen blijven. Het zelf overwinnen en de ander helpen de eerste drempels te overwinnen bij het gebruik van de toolkit vraagt om aandacht.

### *Experiëntiële technieken*

Experiëntiële technieken zoals imaginaties met rescripting en meerstoelentechnieken worden in schematherapie veel toegepast. Ook binnen de groepsschematherapie wor-

den deze technieken als essentieel onderdeel van de behandeling beschouwd. Het is de kunst om de technieken zodanig toe te passen dat de hele groep hierin mee doet. Zo kunnen imaginaties groepsgewijs worden gedaan waarbij ieder groepslid zich richt op een eigen herinnering. Een andere variant is dat één groepslid met een herinnering werkt en de overige groepsleden als helper of steunbron worden ingeschakeld en in de nabespreking op eigen materiaal reflecteren.

Ook bij het inzetten van meerstoelentechnieken kunnen groepsleden rollen vervullen voor een individueel groepslid of kan er een groepsgewijze oefening met behulp van een stoelentechniek worden gekozen. Belangrijk voor de therapeuten is om alle groepsleden goed in het oog te houden en tijd te houden voor de nabespreking waarin eenieder kan benoemen wat gebeurde of hij werd geraakt.

#### *Lege stoel*

Zoals bij iedere groep zijn er sessies waarin niet de hele groep voltallig is. Het is goed om van tevoren na te denken over hoe om wordt gegaan met afwezigheid. Wat zijn de regels rondom afmelden, later mogen binnenkomen, nabellen door therapeuten en het al dan niet bijgepraat worden over de gemiste sessie? Van belang is met name dat dit helder is en dat beide therapeuten, vanuit de schemagerichte visie (denk aan de domeinen en de limited reparenting) zich kunnen vinden in de daarover gemaakte afspraken.

Daarbij moet ook helder zijn wat te doen met de stoel van het afwezige groepslid. Het is goed om hierbij te bedenken dat een groepslid dat niet aanwezig is, vaak daar-

door juist wel in het bewustzijn van de anderen sterk aanwezig is en dat het goed is daar ruimte aan te geven. Ook op de afwezige kan het sterke indruk maken te weten dat daarbij wordt stil gestaan en dat je plek niet weg

## *Wat te doen met de stoel van het afwezige groepslid?*

is. In veel groepen is het daarom een goed gebruik om de afwezige te symboliseren via de lege stoel. Er is dan een plek om aan te refereren en diegene blijft daardoor ook *in mind*.

Nadeel van een lege stoel, laat staan lege stoelen, is dat het gevoel van verbondenheid tussen de aanwezigen die er wel zijn, wat vertroebelt of verdunt. Je zit letterlijk minder aaneengesloten en verbonden. Een tussenoplossing kan dan zijn om de stoel van de afwezige(n) aan het begin van de sessie in de kring te zetten en de afwezigheid en alles wat dit oproept te markeren. Vervolgens kan de stoel wat naar achteren gezet worden zodat de aanwezigen in de kring bij elkaar zitten. Zo nodig kan de lege stoel er weer bij geschoven worden als dit relevant is.

De boodschap is dat op welke wijze dit wordt gereguleerd niet het meest bepalend is, wel dat erover moet worden nagedacht en dat het van invloed is op tal van schema's. Denk hierbij aan sociale ongewenstheid, emotionele verwaarlozing, minderwaardigheid, wantrouwen, et cetera.

## Tot slot

Al bijna jaar werk ik met veel plezier als schemagericht groepstherapeut. Het plezier ontleen ik in de eerste plaats aan het nooit saaie aspect van het werken met de doelgroep patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en de methode schematherapie. Hoe goed voorbereid ook, je weet nooit precies hoe de groep zal verlopen, wat er gaat gebeuren en welke interventies je gaat inzet-

ten. Dat brengt een soort positieve spanning met zich mee die vraagt om creativiteit, improvisatie en vertrouwen.

Daarnaast blijf ik me graag verrijken met inzichten en ideeën uit andere therapeutische stromingen en vind ik het een uitdaging om na te denken over hoe dergelijk gedachtegoed is in te bedden in het schematherapeutisch behandelkader. Ik hoop met dit artikel iets van mijn gedrevenheid daarin te hebben overgebracht.

## Literatuur

---

Aalders, H. & Dijk, J. van (2012). *Schemagerichte therapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.

Arntz, A. (2014). *Groepsschematherapie voor Borderline Persoonlijkheidsstoornis*. Zeist: NVGP-congres.

Farrell, J.M., Reiss, N. & Shaw, I.A. (2016). *Schematherapie in de klinische praktijk. Een complete gids voor individuele, groeps- en geïntegreerde behandeling met schemamodi*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Fonagy, P. (2014). *What I changed my mind about?* Rome: ESSPD.

Fonagy, P. & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy (APA)*, 51, 372-380.

Haan, C. de (2011). De methode: wondermiddel of loden last? *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 6(3), 17-28.

Levine, B. (1979). *Group psychotherapy: practice and development*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Knapen, S. (2017). Samen Beter: in de afwezigheid van vertrouwen is er geen capaciteit tot verandering. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 43(2), 109-125.

Vreeswijk, M.F. van & Broersen, J. (2006). *Schemagerichte therapie in groepen. Handleiding voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

---