



Schematherapie in een groep

Twee schematherapeuten beschrijven het schematherapie-aanbod binnen het NPI en de schemagerichte psychodynamische groep in het bijzonder.

Door Ellen Groot en Jet Alberts

In 2012 is bij PuntP Persoonlijkheidsstoornissen (sinds 2013 onderdeel van het NPI) gestart met schemagerichte psychodynamische groepstherapie. Als richtlijn is uitgegaan van de beschrijving van deze groep door Aalders, Boerwinkel en van Dijk (2008) waarbij gekozen is voor een halfopen vorm (dakpanmodel). Gelijktijdig met het opzetten van deze groepen is begonnen met een onderzoek naar de effectiviteit van deze groepen. Sinds 2012 zijn er vijf doorlopende groepen volgens dit model gestart.

Aanbod binnen het NPI

Binnen het NPI is er een uitgebreid schematherapeutisch aanbod. Naast individuele therapie is er een groepsaanbod beschikbaar, dat verschilt in de hoeveelheid structuur die wordt geboden en in doelgroep. Uitgangspunt is: groep als het kan, individueel als het moet. Het groepsaanbod bestaat uit de volgende drie varianten.

Kortdurende schemagroep

Een gesloten groep van in totaal twintig sessies, voornamelijk gericht op het leren herkennen van de schema's en het leren hier op een adequatere manier mee om te gaan. Dit is een geprotocolleerde behandeling met veel structuur en met alleen in de middenfase enige ruimte voor interpersoonlijke dynamiek. Het protocol betreft een intern aangepaste versie op het protocol van Vreeswijk (Vreeswijk & Broersen, 2013).

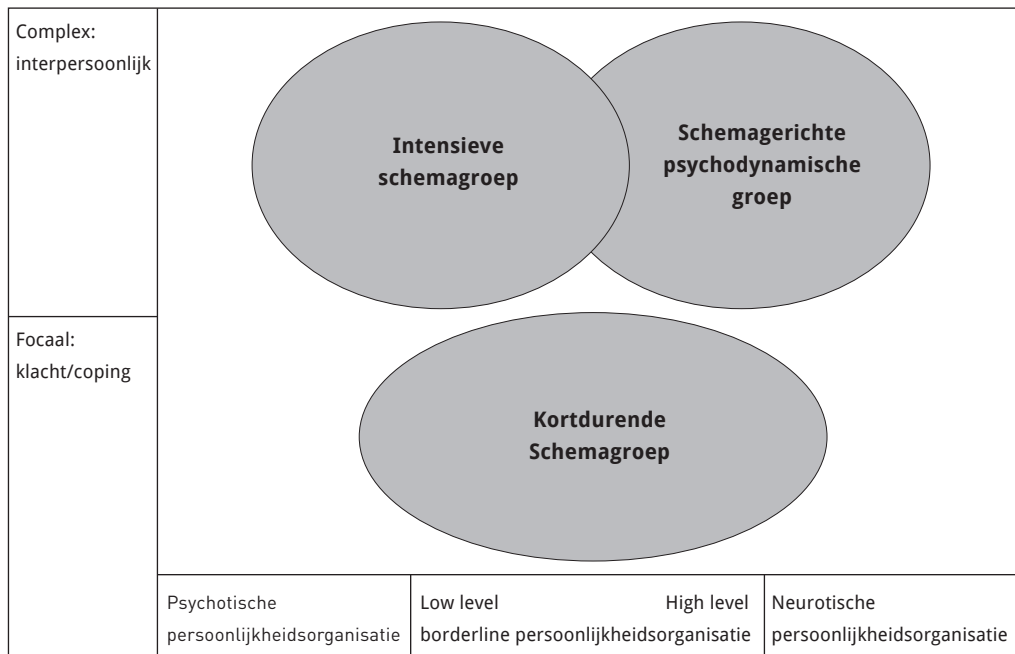
Schemagerichte psychodynamische groep
 Een halfopen groep van veertig tot zestig sessies met daarin zowel een gestructureerd schemadeel als een groepsdynamisch deel. Naast het herkennen van schema's en hier beter mee leren omgaan is er binnen deze groep ook ruimte voor interpersoonlijke dynamiek en daarmee voor interpersoonlijke behandeldoelen, bijvoorbeeld op het gebied van intimiteit, verbinding en autonomie.

Intensieve schemagroep

Een halfopen groep volgens het model van Farrell & Shaw (Farrell et al., 2016). Cliënten ontvangen gedurende anderhalf jaar eens per week groepstherapie en daarnaast twee jaar individuele therapie die geleidelijk in frequentie afneemt. Binnen de groep is een vaste structuur waarbij er veel

wordt geoefend met de verschillende modi. Interactie tussen groepsleden wordt aangemoedigd als dit steunend en troostend is en actief begrensd als de spanning te hoog oploopt. In de individuele sessies is ruimte om de individuele beleving van het groepsproces na te bespreken en om te werken aan individuele behandeldoelen. Deze groep is uitsluitend voor cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis en maakt deel uit van het zorgpad Persoonlijkheidsstructuur veranderend Intensief.

Indicatiestelling voor deze groepen gebeurt op basis van hulpvraag van de cliënt (gericht op concrete handvatten of gericht op persoonlijkheidsverandering) en op basis van de angsttolerantie, en daaruit volgend de behoefte aan holding en structuur.



Figuur 1. Overzicht SFT-groepen NPI verdeeld over persoonlijkheidsorganisatie

Schematherapie

In de jaren negentig is schematherapie ontwikkeld als therapievorm voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Schematherapie is een geïntegreerde benadering waarin onder andere aspecten uit de cognitieve -, gedrags- en psychodynamische therapie zijn opgenomen. De focus ligt op hardnekkige patronen, ook wel valkuilen genoemd, die cliënten moeilijk kunnen doorbreken. De gedachte is dat wanneer er in de kindertijd onvoldoende voldaan wordt aan de basisbehoeftes van een kind zich schema's ontwikkelen, dat wil zeggen belangrijke overtuigingen en gevoelens die je aanneemt zonder er vragen over te stellen. Deze disfunctionele denk- en gedragspatronen zijn zo hardnekkig dat ze een sterke weerstand bieden tegen behandeling. Door de schema's te onderkennen en te doorbreken leren cliënten meer contact te maken met hun gevoel en hun behoeftes met als doel hier op een gezonde manier voor op te komen (Young et al., 2005).

Aanvankelijk werd schematherapie ingezet als individuele behandelvorm maar al snel werd er binnen verschillende instellingen ook een groepsaanbod ontwikkeld met een schematherapeutisch referentiekader. Dit is niet verwonderlijk, gezien het interpersoonlijke aspect binnen de persoonlijkheidsproblematiek. In de groepstherapie wordt een veilig kader geboden waarbinnen cliënten naast herkenning veel kunnen leren over zichzelf en anderen. Daarnaast kunnen ze in de groep oefenen met bijvoorbeeld zelfexpressie of grenzen stellen, waarbij generalisatie naar het dagelijks leven gemakkelijker wordt geacht dan bij individuele therapie. Een aantal van deze in de praktijk ont-

wikkelde toepassingen zijn inmiddels beschreven in diverse behandelprotocollen en handboeken. Zo is er het groepsschematherapieprogramma volgens Farrell & Shaw (2016), kortdurende schematherapie van Vreeswijk & Broersen (2013), fasegerichte schematherapie van Ruebsaet (2018) en schemagerichte psychodynamische therapie van Aalders & Van Dijk (2012).

Psychodynamische groepstherapie

Uitgangspunt bij psychodynamische groepstherapie is dat de groep fungeert als een afspiegeling van de maatschappij, de sociale microkosmos, waarbinnen alle interactionele patronen zich zullen herhalen (Yalom & Leszcz, 2005). Binnen de groep is er voldoende ruimte en veiligheid om deze interacties te onderzoeken en te oefenen met verandering.

De groepstherapeuten dragen zorg voor een groeps cultuur waarbinnen de groepsleden zich vrij voelen om hun gedachten en gevoelens met elkaar te delen en op elkaar te reageren. Er is zowel aandacht voor verbindende aspecten als herkenning, erkenning, steun en troost als ruimte om te mogen verschillen van elkaar en ervaren ergernissen te uiten en in de groep te onderzoeken.

Indicatiestelling

Om te bepalen van welke groep een cliënt het beste kan profiteren zijn een paar zaken richtinggevend: de hulpvraag, het ziekte-inzicht en de angsttolerantie. Iemand met een hulpvraag puur gericht op klacht of coping zal eerder deelnemen aan de gestructureerde gesloten groep. Cliënten die een persoonsgerichte (interpersoonlijke) hulpvraag

hebben, nieuwsgierig zijn naar zichzelf en hun eigen patronen en die bereid zijn om op die manier naar zichzelf te kijken en dit verder te onderzoeken, komen in aanmerking voor de schemagerichte psychodynamische

*Er worden twee schema-
vragenlijsten (YSQ en SMI)
afgenomen en ten behoeve
van onderzoek de SCL-90
en UCL*

groep. Hierbij is enig (emotioneel) inzicht in de eigen patronen een sterke pre en een minimaal gemiddelde intelligentie een voorwaarde om te kunnen profiteren van de therapie. Voorts is een redelijke angsttolerantie noodzakelijk, in termen van Kernberg hebben we het dan over minimaal high level borderline persoonlijkheidsstructuur. Er is in principe geen contact buiten de groep tussen cliënten en therapeuten, cliënten moeten dit aan kunnen. Ook moeten zij tijdens het ongestructureerde gedeelte van de groep eventuele stiltes kunnen verdragen. Bij een zwakkere structuur met een hulpvraag op het (inter)persoonlijke vlak is de intensieve groep een alternatief. Bij de indicatiestelling is het tevens van belang om na te gaan of iemand bereid is zich te committeren aan de therapie, dat betekent gedurende minimaal een jaar wekelijks aanwezig zijn en huiswerk oefeningen maken tussen de zittingen door. Mocht de termijn een probleem zijn, dan is de kortdurende groep een alternatief. Zoals bij alle groepstherapie binnen de SFT-lijn gelden

ook voor deze groep enkele exclusiecriteria; middelenmisbruik, psychotische klachten, bipolaire I stoornis, autismespectrumstoornis, BMI < 18, agressie, onvoldoende beheersing Nederlandse taal.

Nadat cliënten bij de intake geïndiceerd zijn voor deelname aan de halfopen groep komen zij op een wachtlijst. Als er ruimte vrijkomt in een van de groepen worden er twee kennismakingsgesprekken gepland bij de beide groepstherapeuten. Doel van deze gesprekken is na te gaan of de indicatie nog steeds passend is, maar ook te onderzoeken of deze persoon past binnen de huidige groepssamenstelling. In deze twee gesprekken worden twee schemavragenlijsten (YSQ en SMI) afgenomen en ten behoeve van onderzoek de SCL-90 en UCL, de uitkomsten en de behandeldoelen worden besproken. Deze vragenlijsten worden herhaald na elke twintig sessies, bij uitstroom en drie maanden na afronding van de therapie.

De groepen zijn gemengd in termen van geslacht, leeftijd en cluster B/ C persoonlijkheidsproblematiek. Het heeft de voorkeur dat ze zo gemengd mogelijk zijn, zodat ieder groepslid minstens één andere persoon heeft waarmee hij zich in bepaalde mate kan identificeren. Ook qua persoonlijkheidsproblematiek is een combinatie van problematiek wenselijk, teveel vermijding legt de dynamiek stil terwijl teveel levendigheid en gevoeligheid het therapeutisch klimaat juist frustreert (Aalders et al., 2008).

Rosalie is een 32-jarige alleenstaande vrouw, werkzaam als ouderenverzorgster. Bij de intake is de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis gesteld met daarnaast vermijdende trekken. Rosalie meldt zich met een hulpvraag gericht op het relationele niveau. Zij heeft

behoefte aan een relatie maar haar angst voor verlating in combinatie met de gedachte dat ze anderen niet kan vertrouwen maakt dat het nooit verder komt dan een affaire of kortstondig daten. Zij merkt dat ze in contact met anderen, met name mannen, veel wantrouwen heeft over de goede intentie van de ander. Wat betreft partners wordt deze angst regelmatig bevestigd doordat ze onbeschikbare mannen als partner kiest. Zo heeft zij recent een affaire gehad met een getrouwde collega. Ook in vriendschappen en in nieuwe contacten speelt veel wantrouwen en heeft zij moeite zichzelf open te stellen. Zij zegt erg onzeker over zichzelf te zijn en zich vaak eenzaam te voelen. Op het werk gaat het redelijk goed, zij voelt zich prettig bij de structuur van de dag en in het contact met de ouderen die zij verzorgt voelt ze zich veelal gewaardeerd en speelt geen wantrouwen.

Na de vragenlijstafname blijken de schema's verlating, wantrouwen en zelfopoffering het hoogst te scoren. Deze schema's zijn te begrijpen vanuit de voorgeschiedenis van Rosalie. Ouders zijn gescheiden toen zij drie jaar oud was. Vader heeft vervolgens een nieuw gezin gesticht en was nog weinig betrokken bij de opvoeding. Rosalie heeft als kind altijd haar best gedaan om 'een lief meisje' te zijn voor haar vader. Vader kwam desalniettemin afspraken slecht na waardoor zij regelmatig klaar zat, maar niet werd opgehaald. Moeder heeft van haar zevende tot haar twaalfde een relatie gehad met een man die teveel dronk en dan ook erg verbaal agressief kon worden. In het behandelplan worden de volgende doelen opgesteld:

- inzicht in de patronen die maken dat zij een ongezonde partnerkeuze maakt;
- haar wantrouwen in de groep stapsgewijs bespreken en toetsen;

- oefenen met ruimte innemen in de groep en haar patroon van aanpassen doorbreken (schema zelfopoffering);
- meer verbinding maken met haar kwetsbare kant, vanuit zichzelf en met anderen, het eenzame gevoel;
- aandacht voor de wisselmomenten na iedere twintig zittingen. Door het schema verlating zijn dit risicomomenten voor drop-out. Veel aandacht voor gezond afscheid nemen en verbinding maken met de nieuwe deelnemers;
- uiteindelijk ook buiten de groep oefenen met daten zodat de schema's en gevoelens die dit oproept tijdens therapie besproken kunnen worden.

Victor is een 48-jarige getrouwde man, vader van twee volwassen kinderen. Hij is accountant en zit momenteel gedeeltelijk in de ziektewet na een reorganisatie. Hij heeft tweemaal eerder een depressieve periode gehad. Hij ervaart veel moeite om te ontspannen en heeft een onrustig en gejaagd gevoel. Emoties worden door Victor als zwak gezien en hij is geneigd hier niet bij stil te staan maar door te gaan met werken. Hij haalt veel zelfvertrouwen uit successen op het werk. Nu hij thuis zit, voelt hij zich mislukt.

Na de vragenlijstafname blijken de schema's mislukking, hoge eisen en emotionele geremdheid het hoogst te scoren. Victor is opgegroeid in een hoogopgeleid gezin waarbij veel nadruk lag op hard werken en presteren. Hij had het gevoel altijd tekort te schieten in vergelijking met zijn oudere broer die gemakkelijk zijn diploma's haalde en altijd populair was bij leeftijdsgenoten. Vader wordt omschreven als een wat kille, strenge man die veel van huis was in verband met zijn baan als directeur bij een bank. Moeder werkte parttime en

zorgde voor haar zieke moeder. Thuis werd er vrijwel niet stilgestaan bij emoties. Ouders zijn nog altijd bij elkaar.

Als behandeldoelen werd met Victor het volgende afgesproken:

- *het leren herkennen van patronen die maken die hij somber wordt;*
- *het begrenzen van zijn veeleisende kant (schema hoge eisen);*
- *aandacht voor de kindkanten in zichzelf, deze kant exploreren en oefenen met zich op emotioneel niveau uiten in de groep (schema emotionele geremdheid);*
- *aandacht voor zijn blij-kindkant, dingen gaan ondernemen die hem een vrij en plezierig gevoel geven zonder dat ze per se nuttig zijn;*
- *samen alert zijn op het schema mislukken, dat zal zijn best doen om de therapie te laten falen.*

Werkwijze

Een belangrijk kenmerk van de schemage-richte psychodynamische groep is dat het twee referentiekaders verenigt binnen één groepsbijeenkomst. Er is een gestructureerd deel voor de pauze waarin gewerkt wordt vanuit het schematherapeutisch kader en een ongestructureerd deel na de pauze waarin gewerkt wordt vanuit een psychodynamisch groepstherapeutisch kader. 'Het kader van de schemage-richte therapie geeft ruimte aan een gestructureerde, educatieve aanpak, gecombineerd met ervaringsgericht leren en een focus op zowel de intra- als de interpersoonlijke dynamiek. Dit laatste aspect sluit aan bij de werkwijze van de psychodynamische psychotherapie en groepsdynamica. Bovendien kan afhankelijk van de kwetsbaarheid van de deelnemers

in de groep en de fase in de therapie, het accent op de dimensie gestructureerd-ongestructureerd worden verschoven en aangepast' (Aalders & Van Dijk, 2012, p. 142-143). Cliënten committeren zich voor minimaal een jaar aan de groep. Zij krijgen elke twintig sessies de mogelijkheid om uit te stromen ofwel te verlengen tot een maximum

De vraag om evenredige verdeling van de tijd is een wederkerend thema

van zestig sessies (drie blokken). Hierdoor ontstaat een halfopen groep volgens een dakpanmodel waarbij in een groep mensen zitten in verschillende stadia van hun behandeling. Idealiter zijn er zowel senioren, medioren als junioren aanwezig in een groep. Voordeel van dit dakpanmodel is dat de zittende cliënten de groeps cultuur doorgeven aan de nieuwkomers en hen wegwijs kunnen maken in de groep en in de schema-taal en modi.

Binnen een blok van twintig sessies is grofweg een splitsing te maken in drie fases. Ongeveer de eerste vijf sessies wordt in het schemadeel aandacht besteed aan de presentatie en casusconceptualisatie van de nieuw ingestroomde groepsleden en aan de evaluatie van de zittende groepsleden met als doel elkaar en de schema's te leren kennen. In het open deel is de groep vaak aan het zoeken naar hoe ze in deze nieuwe samenstelling weer als groep kunnen gaan functioneren. Binnen de indeling van Levine (De Haas, 2015) valt de groep vaak terug naar de parallelfase,

waarbij de vraag om evenredige verdeling van de tijd een weerkerend thema is.

In de twaalf daaropvolgende sessies wordt in het schemadeel gewerkt aan schemaverandering met verschillende technieken: schemadagboeken bespreken, meerstoelentechniek, (groeps)imaginationes en rollenspellen (zowel historisch, het naspelen van situaties uit het verleden, als gericht op de actualiteit). Afhankelijk van kracht van de reeds aanwezige groeps cultuur komt de groep in het open deel meer in een werkfase terecht waarbij ze veel herkenning en steun vinden, maar elkaar ook durven te confronteren.

De laatste drie sessies staan meer in het teken van het vertrek van een aantal groepsleden en kunnen in het schemadeel ingevuld worden met oefeningen gericht op het versterken van de gezonde-volwassenmodus, of het maken van flashcards (visuele representatie van het oude en nieuwe patroon). In het open deel wordt stilgestaan bij het afscheid en de komende veranderingen. Groepsleden die twijfelen over stoppen of verlengen worden door de andere groepsleden vaak uitvoerig bevraagd over alle motieven die hierbij spelen. Ook komt ter sprake dat er een verschuiving gaat plaatsvinden waarbij de medioren nu senioren (groepsoudsten) worden en de junioren niet langer de 'nieuwen' zullen zijn.

In het eerste blok doet Rosalie (schema's verlaten, wantrouwen en zelfopoffering) aanvankelijk actief mee met het in kaart brengen van haar schema's en modi. Ze doet zichtbaar haar best in het gestructureerde deel van de sessie, in het open deel is ze stil en luistert ze aandachtig naar de verhalen van de anderen. Vanaf het moment dat er in het gestructureer-

de deel meer experiëntiële oefeningen worden gedaan, wordt zij stiller en lijkt ze zich wat terug te trekken (onthechte beschermermodus). Ze leeft erg mee met de andere groepsleden en raakt een aantal keer overspoeld door verdriet. Als de groep hier aandacht aan geeft, zegt ze er niet over te kunnen praten. Ze neemt alleen het woord om een ander een vraag te stellen of aan te moedigen. Het is opvallend hoeveel ze onthoudt van de verhalen van andere groepsleden. Zelf laat ze zich nog niet zien of horen. Tegen het einde van het eerste blok vertelt ze in een rondje over de komende groepswissel dat ze erg opziet tegen nieuwe mensen. Ze is net een beetje gewend geraakt en vindt het heel erg dat er mensen weggaan en ze vraagt zich af of de therapie haar wel gaat helpen. Een van de vertrekkende groepsleden waar ze het goed mee kon vinden, moedigt haar aan om in het volgende blok wat meer van zichzelf te laten zien en mee te gaan doen aan de oefeningen. In het tweede blok richt Rosalie zich meteen op de nieuwkomers en maakt hen wegwijs in de gang van zaken in de groep. Bij haar evaluatie vertelt ze dat ze heeft nagedacht over het eerdere advies en wil gaan proberen om iets meer van zichzelf te laten zien en ook te gaan oefenen. De eerste keer dat die mogelijkheid zich voordoet, geeft ze de ruimte weg aan een ander. In het open deel is er wel een verschuiving merkbaar, omdat de nieuwe groepsleden naar haar ervaringen vragen. Als ze vertelt over het vertrek van haar vader en hoe eenzaam zij zich heeft gevoeld, raakt ze opnieuw overspoeld en kan ze alleen nog maar huilen. De groepsleden spreken haar troostend en waardierend toe. De keer daarna wordt vanuit de groep gevraagd hoe het nu gaat en opnieuw begint ze te huilen en te vertellen over haar stiefvader. Ze lijkt ontroostbaar en lijkt niet

meer te kunnen stoppen met haar verhaal. Dit herhaalt zich een aantal bijeenkomsten en roept bij sommige groepsleden zichtbaar wat irritatie op. Als dit wordt uitgesproken, zegt Rosalie dat dit nou precies is wat ook in haar relaties gebeurt. Als ze dan eindelijk open is over haar emoties kunnen de anderen er niet mee omgaan en verbreken ze de relatie. In een meerstoelentechniek wordt duidelijk dat ze vindt dat de ander voor haar kwetsbare kant moet zorgen omdat ze dit zelf niet goed kan. Bij de start van het derde blok neemt Rosalie zich voor om zich niet alleen op de nieuwe groepsleden te richten en meer bezig te zijn met haar eigen behoeftes en te oefenen hoe ze op een gezond-volwassen manier voor zichzelf kan zorgen. Ze hoort nu bij de langstzittenden in de groep en ze ziet veel terug van haar eigen proces bij de later gestarte groepsleden. Tegen het einde van het blok krijgt ze het weer moeilijker en ze ziet er erg tegenop om te gaan stoppen. Ze voelt zich thuis in de groep en wil dit niet opgeven. De therapeuten bespreken een aantal sessies voor het einde de komende wissel en moedigen de vertrekkende groepsleden aan om op een goede manier afscheid te nemen, en alert te zijn op een mogelijke herhaling van de oude patronen. Rosalie herkent dat ze de neiging had om de laatste keer niet te komen, maar ziet nu in dat dit een herhaling zou zijn. Ze heeft de laatste keer voor ieder groepslid een kaartje bij zich waarin ze een persoonlijke boodschap heeft geschreven.

In het eerste blok benadert Victor (schema's mislukking, hoge eisen en emotionele geremdheid) de schematherapie vooral cognitief, hij krijgt meer inzicht in zijn patronen en begrijpt alles goed. Hij komt trouw en maakt altijd zijn huiswerk. In de groep functioneert hij veelal vanuit een rationele beschermer,

het is lastig om echt contact met hem te krijgen. Wel brengt hij regelmatig iets in, maar wat opvalt is dat hij dit vaak heel cognitief doet. Voor de groep is hij een prettige en rustige groepsgeenoot, maar groepsgeenoten vragen zich wel af waarom hij in therapie is, er lijkt niet zoveel aan de hand.

Tijdens het tweede blok merkt Victor op dat hij zich, ondanks twintig weken hard werken in de therapie, niet echt gezien voelt. Hij heeft door het verhaal van een nieuwe groepsgeenoot en de tweede afname van de YSQ ontdekt dat er ook een schema emotionele verwaarlozing speelt. In een sessie waarin de beschermers centraal staan, wordt voor hem duidelijk dat de rationele beschermer het contact met zijn kwetsbare kant in de weg staat. Vanaf dat moment wordt Victor steeds vaker door de groep even stopgezet als hij in de rationele modus schiet en zo ontstaat er beetje bij beetje meer contact. Halverwege het tweede blok lukt het tijdens een meerstoelenoefening om ook zijn kwetsbare kant, die zich tekort voelt schieten en zich eenzaam voelt, te laten zien. De groep zet hier een warme gezonde-volwassene voor, wat voor Victor een bevreedende maar prettige ervaring is. Vanaf dat moment lukt het hem steeds beter om iets te vertellen over zijn kwetsbaarheid en om verdriet te laten zien in de groep. Hij voelt zich meer en meer verbonden met de groep en de groep met hem. Ook in de buitenwereld maakt Victor stappen. Hij is begonnen met een cursus tuinieren waarin het hem lukt zijn veeleisende kant te beperken en plezier te beleven aan het werken met zijn handen en het buiten zijn.

Victor merkt na een mooie ontwikkeling in het tweede blok dat hij in het derde blok weer onzekerder is geworden. De komst van twee nieuwe groepsgeenoten en het besef dat dit zijn laatste ronde zal zijn, maken dat hij weer



terugvalt in zijn oude patroon van cognitief overcompenseren. Hij is ervan overtuigd dat het toch nooit goed zal komen (schema mislukken). In de groep duurt het even voordat dit wordt opgemerkt, wat zijn gevoel van emotionele verwaarlozing weer activeert. Na een groepsimaging waarin Victor heel verdrietig wordt, durft hij uiteindelijk iets te zeggen over hoe hij zich voelt in de groep. Dit blijkt een belangrijk moment te zijn voor Victor. Hierna lukt het hem weer om zijn kwetsbaarheid meer te laten zien. Ook thuis lukt het hem om zijn vrouw meer deelgenoot te maken van zijn verdriet en zijn angsten. Victor durft vervolgens ook de stap te zetten om zijn twee beste vrienden wat meer te vertellen over zijn burn-out en onderliggende patronen en uiteindelijk lukt het hem zelfs om het gesprek met zijn broer aan te gaan. Als Victor afscheid neemt van de groep geeft hij iedereen een bloembolletje als symbool voor zijn groei.

Knelpunten

In de jaren dat de groepen nu lopen zijn we een aantal knelpunten tegengekomen waarvan we de belangrijkste zullen toelichten.

Instabiliteit in de groep

Bij de start van een nieuwe groep is het nog niet mogelijk om een groep samen te stellen met groepsleden uit verschillende stadia van hun therapie. Nieuwe groepen zijn daarom aanvankelijk gestart als een gesloten groep met negen deelnemers, deels vanuit het oogpunt van productiviteit, deels ook door de noodzaak om voldoende deelnemers te hebben om verschillende aspecten van de groepsdynamiek te laten ontstaan (de Haas, 2015). Na verloop van tijd is er door drop-outs en de verschillende in- en uitstroommomenten (na veertig of zestig sessies) geleidelijk meer evenwicht in de groeps-

samenstelling gekomen. Het kan ook voorkomen dat door drop-out gedurende de groep er bij een wisseling meer nieuwe cliënten bij komen dan zittende cliënten. Het streven is om dit minimaal fiftyfifty te houden om de groeps cultuur te behouden. Eventueel kan er voor gekozen worden om één blok af te wijken van de negen zittende deelnemers en met zeven of acht deelnemers door te gaan.

Soms blijkt iemand in de groep kwetsbaarder dan vooraf werd ingeschat, waardoor de gehele groep een stapje terug moet doen

Stabiliteit in de groep is belangrijk voor het therapeutisch proces. Er wordt dan ook veel aan gedaan om de groepen zo stabiel mogelijk te houden, desalniettemin ontkom je er niet aan dat therapeuten zwanger worden, ziek worden, van baan wisselen, in opleiding gaan enz. Er moet dan vervanging worden geregeld en de groep staat een tijdje in het teken van dit vertrek. We ontkomen er dan niet aan dat een groep terugvalt naar de parallelfase. Hetzelfde kan gebeuren als er cliënten zijn die toch besluiten voortijdig te stoppen.

De zwakste schakel

Het groepstempo wordt voor een groot deel bepaald door de stevigheid van de groep. Doordat er geen standaard persoonlijkheidsonderzoek gedaan wordt voorafgaand aan de groep, wordt de kwetsbaarheid van

een cliënt ingeschat op basis van klinische indruk en anamnese. Soms blijkt iemand in de groep kwetsbaarder dan vooraf werd ingeschat, waardoor de gehele groep een stapje terug moet doen. Als een cliënt in de groep bijvoorbeeld in toenemende mate gaat automutileren of ernstig suïcidaal wordt gedurende de therapie, moet hier aandacht voor zijn in de groep en een signaleringsplan worden gemaakt. Vaak merk je dan bij therapeuten enige terughoudendheid in de toepassing van openleggende technieken. Anderzijds hebben we gemerkt dat wanneer er in de groep voldoende holding is vanuit de therapeuten en de verhouding tussen stevige en zwakker gestructureerde deelnemers niet te scheef is, het ook een goede springplank kan zijn voor de wat zwakker gestructureerde cliënten die juist kunnen meeliften op hun groepsgegoten. Mogelijk kan het gebruik van de uitkomst op de Ontwikkelingsprofiel Vragenlijst (OPV) bijdragen aan een betere indicatiestelling. De OPV geeft informatie over zowel de kwetsbare (primitieve) kanten als de sterke (adaptieve) kanten van de persoonlijkheid (Ingenhoven et al., 2018).

Het komt voor dat een individueel probleem dermate interfereert dat de behandeling in de groep niet voldoende is, bijvoorbeeld bij middelenmisbruik, trauma, ernstige relatieproblematiek, eetproblematiek. De therapeuten staan dan altijd voor een dilemma: helemaal binnen de groep houden, een individueel gesprek of traject naast de groep aanbieden of stoppen met de groep en doorverwijzen. In sommige gevallen wordt gekozen voor een zogenoemde *add on*-module, altijd bij een andere therapeut dan de groepstherapeuten. Voordeel is dat dit onderwerp dan minder uitgebreid in de groep

aan de orde hoeft te komen en de groep 'door' kan, nadeel is dat het een bepaalde norm stelt waarbij andere cliënten zich soms tekort gedaan voelen en de desbetreffende cliënt in de groep meer kan gaan vermijden.

Gedurende de groepstherapie kwamen de relatieproblemen van Victor op de voorgrond. Zijn norske houding, voortkomend uit het gevoel van falen, drukte een stempel op het gezinsleven. Zijn vrouw had gezegd dat ze niet wist of ze met hem verder wilde. Nieuw voor hem was dat hij hier iets over begon te delen in de groep. Ook nieuw voor hem was dat hij hierin zijn eigen aandeel wilde onderzoeken. Om die reden is er gekozen voor een add-on relatietherapie waarbij er zes gesprekken hebben plaatsgevonden bij een relatietherapeut binnen het NPI.

Werken met twee kaders

Door het gelijktijdig werken vanuit twee therapeutische richtingen is het voor therapeuten een uitdaging om een balans te

Cliënten moeten wennen aan de actieve houding die van hen gevraagd wordt

houden tussen beide onderdelen. Ervaren groepstherapeuten zullen alles wat zich aandient direct willen bespreken, schematherapeuten zullen meer willen vasthouden aan de structuur van schematherapie. Standaard begint de groep met korte mededelingen. Door dit kort te houden is er voldoende tijd voor schematherapeutische

technieken in het gestructureerde deel. De uitdaging is om een mededeling zoveel mogelijk een mededeling te houden en terug te laten komen in het open gedeelte. Als de mededelingen teveel gebruikt worden voor een open inbreng, bepaalt dit de norm en is het risico dat zo de schematherapeutische technieken worden vermeden. Van therapeuten vraagt dit om actief te begrenzen en niet direct tegemoet te komen aan de wens van de cliënten. Groepsleden kunnen zich in eerste instantie tekort gedaan voelen doordat ze begrensd worden. Door het uitstellen of helemaal niet doen van experiëntiële technieken ontnem je de groep echter een krachtig instrument van de schematherapie en doe je uiteindelijk iedereen tekort. Doordat er vaak veel vermijding speelt bij cliënten verlopen oefeningen soms stroefrig. Cliënten moeten wennen aan de actieve houding die van hen gevraagd wordt. Dit in combinatie met bovenstaande punt heeft als risico dat het gestructureerde deel uitloopt waardoor er minder tijd overblijft voor het open deel. Terugkerend thema is dat groepsleden zeggen dat er te weinig tijd is. Vooral groepsleden met een schema emotioneel tekort voelen zich snel tekort gedaan en groepsleden met het schema zelfopoffering hebben vaak veel moeite om tijd voor zichzelf te pakken. Een actieve houding van therapeuten in het gestructureerde deel, waarbij cliënten regelmatig uit de stoel komen, helpt in het neerzetten van een groepsnorm waarin goed geoefend wordt. In het open deel is de uitdaging voor de therapeuten om de schematechnieken achterwege te laten en over te stappen naar het faciliteren van het groepsproces. Dit betekent op je handen gaan zitten en de groep het werk te laten doen.

Succeservaringen van cliënten

Twee stukjes van reacties om een voorbeeld te geven hoe cliënten groepstherapie, en in het bijzonder de schemagroep, hebben ervaren. Ze zijn overgenomen van zorgkaart Nederland. Voor de volledige en andere reacties, zie www.zorgkaartnederland.nl. Client X: 'Toen groepstherapie werd voorgesteld was ik heel sceptisch, want ik had niet het idee dat in een groep over mijn problemen praten me ook maar iets verder kon brengen. Toch gedaan natuurlijk omdat er iets moest veranderen. En ik ben heel erg blij dat ik dit gedaan heb. Het mooie van groepstherapie is dat verschillen tussen mensen die er op straat wel zijn, in de

besloten omgeving van de groep wegvallen. Het gaat over de gemene deler: dealen met de problemen die je hebt en proberen daar overheen te komen.'

Client Y: 'Nog nooit eerder groepstherapie gehad en ik had hier in het begin grote aversie tegen. Toch raadde het NPI deze vorm van therapie mij aan, omdat zij meenden dat ik hier goed aan zou doen. Zij hadden allesbehalve een inschattingfout gemaakt. De schematherapie die ik daar in groepsverband heb gekregen heeft mij echt ontzettend geholpen. Ik heb veel, mede dankzij de groep én de therapeuten, over mijzelf leren ontdekken. Ik kijk nu anders naar zaken en dat resulteert in meer rust, acceptatie en een veel prettigere manier van leven.'

Literatuur

Aalders, H., Boerwinkel, A. & Dijk, J. van (2008). Schematherapie in een psychodynamische groep. In Vreeswijk, M., Broersen, J. & Nadort, M., *Handboek Schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

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

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.

Haas, W. de (2015). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Amsterdam: Boom Uitgevers.

Ingenhoven, T., Polak, M., Riel, L. van, Berghuis, H. & Van, R. (2018). *OPV ontwikkelingsprofielvragenlijst: Handleiding voor de klinische praktijk*. ©Stichting ontwikkelingsprofiel, www.ontwikkelingsprofiel.nl.

Reubsaet, R. (2018). *Schematherapie: werken met fases in de klinische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Vreeswijk, M.F. van & Broersen, J. (2013). *Kortdurende schemagroepstherapie (handleiding); cognitief gedragstherapeutische technieken*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Yalom, I.D. & Leszcz, M. (2005), *The theory and practice of group psychotherapy*, 5th edition. New York: Basic Books.

Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie: handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
