

Wat maakt groepstherapie succesvol?

Een verslag van de lezing van Melyn Leszcz op het congres van de NVGP op 22 maart 2019

De lezing van Leszcz was gebaseerd op een publicatie uit 2018 in het tijdschrift *Psychoanalytic Inquiry* met de titel *The evidence-based group psychotherapist*. Dit verslag is vooral een samenvatting van zijn lezing en sluit aan bij de kernpunten zoals beschreven in zijn artikel uit 2018. Het geldt als een update van zijn eerdere bijdrage op het NVGP-congres in 2013 met de titel *The effective group psychotherapist*, tevens gepubliceerd in *Groepen* (Leszcz, 2014).

Door Salvatore Vitale

Tijdens het afgelopen NVGP-congres sprak Melyn Leszcz in de ochtend ruim vijf kwartier over de evidence-based groepstherapie. De volgende onderwerpen kwamen aan bod: de factoren die bijdragen aan het verbeteren van de effectiviteit van de groepspsychotherapeut, het onderzoeken van *evidence-based practice* en *practice-based evidence*, het optimaliseren van de therapeutische mogelijkheden binnen de patiënt-therapeutrelatie, therapeutische metacommunicatie en tot slot het gebruikmaken van therapeutische transparantie en zelf-onthulling.

De effectieve (groeps)psychotherapeut

Leszcz startte zijn lezing met het opsommen van de belangrijkste factoren die bijdragen aan het bereiken en behouden van effectieve psychotherapie in zijn algemeenheid en specifiek voor groepspsychotherapie. Hij onderschreef het belang van de therapeutische relatie als leidend boven het gebruikte model, waarbij hij het optimaal gebruikmaken van jezelf als therapeut benadrukte. Een

psychotherapie is een co-creatie tussen twee personen, waarbij je als therapeut alles door de lens van de therapeutische relatie dient te zien en het een samenkomst betreft van doelen, taken en de relatie. Hij beklemtoonde dat je jezelf als therapeut dient te voegen naar de behoeften van de patiënt door aan te sluiten bij diens cultuur, de copingstijl, hechting en weerstand.

Specifiek voor de groep is de cohesie het equivalent van de relatie en dient gebruik te worden gemaakt van het hier-en-nu van de groep als sociale microkosmos. De therapeut dient alert te zijn op het uiten van pathogene overtuigingen door de patiënt en deze te ontkrachten, en door middel van inzicht en ervaren groei te versterken. Als therapeut dien je open te staan en gebruik te maken van tegenoverdracht als klinisch relevante informatie en van metacommunicatie om los te komen van patronen in de tegenoverdracht. Het draait om het proces en het bewerken, waarbij je als therapeut actief feedback moet zoeken over wat je aan het doen bent. De therapie kan dan enerzijds onderdeel zijn van de oplossing of anderzijds onderdeel van het probleem voor de patiënt.

Leszcz maakte vervolgens de overstap naar het beschrijven van onderzoek gericht op de onderbouwing van deze factoren. De belangrijkste bevindingen zijn consistent; diverse meta-analyses en reviews tonen aan dat psychotherapieën effectief zijn en impact hebben op de symptomen en het globale functioneren, waarbij ook het vermogen aanwezig is om de hersenen te beïnvloeden via de geest. Hij benadrukte dat er geen gouden standaard voor psychotherapie is en dat groepstherapie net zo effectief is als individuele therapie. Hoewel er een funda-

mentele gelijkwaardigheid is tussen therapieën en modellen, is deze er niet tussen therapeuten. Enkele belangrijke studies die deze voorgaande uitspraken onderbouwen zijn die van Norcross & Wampold (2011) en bijvoorbeeld meer recent die van Stiles & Horvath (2017). Leszcz lichtte een aantal

Belangrijke toevoeging is dat de impact van de therapeut toeneemt bij ziekere patiënten

studies uit die zich richten op therapeutvariabelen, waaronder de studies van Okiishi et al. (2006) en Saxon et al. (2017). Deze studies laten zien dat er geen effect door gender, leeftijd, ervaring of gebruikt model gevonden werd, maar dat met name de top-10% en de laagste 10% van de therapeuten verschillen in herstel en achteruitgang in klachten van hun patiënten laten zien. Tevens blijkt dat het drop-outpercentage en het percentage verslechtering te verschillen tussen de top-25% therapeuten versus de laagste 25% therapeuten, waarbij de top-therapeuten een lager drop-outpercentage hebben (12% vs. 49%) en een lagere verslechtering van de klachten van hun patiënten (4.7% vs. 15%). Belangrijke toevoeging is dat de impact van de therapeut toeneemt bij ziekere patiënten.

Leszcz benadrukte nogmaals dat naast eigenschappen van patiënten vooral de therapeut en de relatie met de patiënt de grootste impact heeft in alle behandelingen, inclusief farmacotherapie. In het opleiden van nieuwe

therapeuten dient de focus dan ook te liggen op het ontwikkelen van interpersoonlijke vaardigheden zoals heldere communicatie, warmte, empathie, het hanteren van conflicten en het tolereren van kritiek, omdat deze factoren bijdragen aan positieve behandelresultaten en het volgen van een protocol niet. Dit gedeelte van zijn lezing sloot hij af met het belang van doelbewust blijven oefenen en open staan voor feedback om als therapeut effectief te blijven en de eigen effectiviteit te vergroten. Dit betreft niet alleen het reflecteren op ingewikkelde casuïstiek, op therapiesessies, op wat te doen in komende sessies. Ook het reflecteren op tegenoverdrachtgevoelens en het volgen van workshops en scholing is essentieel.

Groepscohesie

Leszcz stond uitgebreid stil bij cohesie als het centrale mechanisme in de groepstherapie, waarbij cohesie faciliterend is voor alle andere groepstherapeutische factoren. Hij besprak zeven evidence-based principes die gerelateerd zijn aan cohesie en onder te verdelen zijn in de volgende onderdelen: het gebruik van de groepsstructuur, verbale interactie en het creëren en het behouden van een emotioneel klimaat.

Wat betreft het gebruik van de groepsstructuur zijn er drie belangrijke principes. Het begint met het voorbereiden van de groep om de deelnemers het doel van de groep, de behandelverwachtingen, de groepsregels en de rollen en vaardigheden die nodig zijn om deel te nemen duidelijk te maken. Een ander belangrijk onderdeel van de groepsstructuur betreft de samenstelling van de groep, waarbij de therapeut op grond van zijn klinische oordeel naar een balans zoekt tussen

persoonlijke (het individuele groepslid) en interpersoonlijke (tussen groepsleden) overwegingen. Vervolgens dient de groepstherapeut in de eerste sessies van de groep duidelijkheid te verschaffen over groepsprocessen, omdat gebleken is dat meer structuur aan het begin voorspellend is voor meer onthulling door groepsleden en

Niet gebruikte tegenoverdracht leidt tot negatieve resultaten in therapie

meer cohesie later in het groepsproces. Wat betreft de verbale interactie zijn er twee belangrijke principes, waarbij de groepstherapeut observaties in het hier-en-nu laat zien, wat tot effectieve interpersoonlijke feedback leidt. Het behouden van een gematigd niveau van controle en aansluiting door de therapeut heeft een positieve invloed op de cohesie. De timing en het geven van feedback zijn centrale overwegingen voor de groepstherapeut, omdat die ervoor zorgen dat het opbouwen van een relatie tot stand komt. Belangrijk hierbij is om als therapeut rekening te houden met de fase waar de groep zich in bevindt en met de bereidheid van de verschillende groepsleden om feedback te ontvangen.

De laatste twee principes hebben betrekking op het creëren en het behouden van een emotioneel klimaat. De aanwezigheid van de groepstherapeut heeft niet alleen invloed op de relatie met de individuele groepsleden, maar heeft ook invloed op alle groepsleden,

omdat zij ervaren hoe de therapeut zich tot anderen verhoudt. Van belang is dat de therapeut zijn eigen emotionele aanwezigheid onder controle heeft en gebruikt om als voorbeeld te dienen voor anderen in het oplossen van interpersoonlijke conflicten. Het laatste principe betreft de primaire taak van de groepstherapeut om ervoor te zorgen dat de groepsleden hun emoties kunnen laten zien, dat anderen reageren op de emotionele uitingen en dat er een gedeelde betekenis aan gegeven wordt. Leszcz ging vervolgens in op wat de belangrijkste onderdelen voor een groepstherapeut in de behandeling zijn (Yalom & Leszcz, 2005; Leszcz & Malat, 2012; Leszcz, 2018). Dit betreft onder andere het werken in het hier-en-nu, de groep als sociale microkosmos, de correctieve emotionele ervaring in de groep, het vastraken en loskomen van rollen, interpersoonlijke feedback en overdracht en tegenoverdracht.

Werken met tegenoverdracht en metacommunicatie

Er bestaan veel verschillende en overlapende definities van tegenoverdracht, maar het kan als volgt worden beschreven: een onbewuste en soms openlijke houding en een gevoel van de therapeut ten opzichte van de patiënt die het optimaal begrip en responsiviteit richting de patiënt in de weg kunnen staan (Hayes et al., 2018). De verschillende vormen van tegenoverdracht zijn: subjectieve tegenoverdracht (vanuit de therapeut), objectieve tegenoverdracht (vanuit de patiënt) en tegenoverdracht in ruimere zin (zowel vanuit de therapeut als de patiënt samen) (Hayes et al., 2018). De subjectieve tegenoverdracht betreft wat de therapeut

vanuit eigen gewoontes in de therapie meebrengt, wat een weerspiegeling is van eigen (vroeg) relaties van de therapeut die in het hier-en-nu worden geactiveerd. De objectieve tegenoverdracht betreft wat een specifieke patiënt of behandeling oproept bij de therapeut door middel van projectie, projectieve identificatie of wat de patiënt gewoonlijk oproept bij anderen.

Het herkennen en erkennen van tegenoverdracht is belangrijk, omdat het vermogen van responsiviteit en verdraagzaamheid erdoor kan worden aangetast. Het vraagt van de therapeut het vermogen om zichzelf zonder schuld en schaamte te kunnen onderzoeken, waarbij fantasie en actie onderscheiden dienen te worden. Het is een bron van informatie voor de therapeut om over zichzelf of de patiënt meer te weten te komen; het vraagt vaardigheden in metacommunicatie van de therapeut om tegenoverdracht te gebruiken en te bespreken. Uit verschillende meta-analyses (o.a. Hayes et al., 2018) blijkt namelijk dat niet gebruikte tegenoverdracht leidt tot negatieve resultaten in therapie en dat het doorwerken van tegenoverdracht gecorreleerd is aan positieve behandeluitkomsten. In het omgaan met tegenoverdracht zijn onder andere de volgende elementen van belang: zelfbewustzijn en zelfinzicht, zelfintegratie, angstregulatie, empathie, reflectie en ruimte om te denken en het niet direct reageren op basis van de tegenoverdracht door de therapeut. In het gebruiken van tegenoverdracht staan therapeutische metacommunicatie en feedback geven centraal. Met therapeutische metacommunicatie bedoelt Leszcz elk voorbeeld waarbij de therapeut de patiënt verbale feedback geeft, gericht op de centrale, terugkerende en

thematische relationele kwesties die plaatsvinden tussen hen in de therapie sessies (Kiesler, 1996). Hij benadrukt daarbij het belang van het doorwerken van de interactie en de relatie in de therapie en het gebruik van voor de patiënt toegankelijke taal.

Therapeutische transparantie en zelfonthulling

Toen het ging over transparantie en zelfonthulling door de therapeut besprak Leszcz het belang van het goed doorwerken en verwerken hiervan. Als therapeut kunnen wij namelijk niet niet transparant zijn! Volgens Leszcz is het belangrijk dat wij therapeuten bij transparantie en zelfonthulling goed zicht hebben op het onderscheid tussen subjectieve en objectieve tegenoverdracht en dat we het doel van de zelfonthulling vooraf bepalen. Transparantie is een instrument en niet een doel op zichzelf, waarbij de voor- en nadelen van het inzetten hiervan vooraf goed overwogen dient te worden.

Het niet transparant zijn kan ook leiden tot risico's en schade in de behandeling. Bijvoorbeeld als het gaat om gevoelens van vijandigheid vanuit de therapeut (Yalom & Leszcz, 2005; Leszcz, 2009; Wachtel, 2011). Uit eigen onderzoek van Leszcz (2009) blijkt dat psychotherapeuten steeds meer zelfonthullingen doen naarmate zij meer ervaren zijn, maar terughoudend zijn in het aanmoedigen van jonge collega's om dit te doen uit angst voor grensoverschrijdingen.

Zijn lezing van vijf kwartier sloot Leszcz af met het bespreken van de therapeutfactoren die bijdragen aan slechte therapieresultaten en het gebruik van Routine Outcome Monitoring. De noodzaak van ROM blijkt volgens Molyn uit het feit dat therapeuten verslech-

tering bij patiënten onderschatten; ROM gaat een positieve bias en overschatting tegen. Hij liet zien dat minder geschoolde therapeuten vaker geneigd zijn om patiënten verkeerd in te schatten en vervolgens minder goed met de gevolgen kunnen omgaan. Factoren in de relatie zijn daarbij belangrijker dan het verkeerd toepassen van het model; denk hierbij aan het teveel reageren op de inhoud in plaats van op het proces, aan culturele arrogantie of het opdringen van eigen normen en waarden.

Cultuursensitief werken blijft een onderschat en onderbelicht thema in onze therapieën en BIG-opleidingen

In zijn artikel uit 2018 eindigt Leszcz met een klinisch vignet waarin hij de beschreven theorie met de praktijk verbindt. Tijdens het congres deed hij dit live in de masterclass door aan het werk te gaan met de demonstratiegroep. Hij liet daarbij zien hoe hij de hierboven beschreven principes toepast in het werken met een groep. Voor verslag uit verschillende gezichtspunten van deze masterclass verwijs ik naar elders in dit nummer van *Groepen*.

Evidence-based

Terugkijkend op zijn bijdrage tijdens het congres en het bijbehorende artikel denk ik dat zijn lezing voor de (ervaren) groepstherapeut die geschoold is in het interper-

soonlijke model, vooral de kern van het vak beschrijft en weinig nieuwe inzichten heeft geboden. Zeker niet voor hen die zijn bijdrage tijdens het congres in 2013 nog konden herinneren of voorafgaand het artikel uit *Groepen* hebben gelezen. Wel is het een prachtig overzicht van de belangrijkste factoren die wij als groepstherapeuten gebruiken om effectief te werken en het geeft samen met zijn artikel de empirische onderbouwing voor het werk dat wij verrichten. Leszcz benadrukt daarbij in zijn lezing maar ook in het interview in *Groepen* (Pol & Vitale, 2019) regelmatig het belang van trainen in interpersoonlijke vaardigheden en goede zelfzorg als therapeut, omdat de effectieve (groeps)therapeut zichzelf inzet als instrument en het de relatie is die in belangrijke mate bijdraagt aan herstel.

Ook noemt hij regelmatig het belang van cultuursensitief werken, waarbij de therapeut oog heeft voor en aansluit bij de

cultuur en context van de patiënt. Dit blijft een onderschat en onderbelicht onderwerp en thema in onze therapieën en BIG-opleidingen; niet voor niets is een onderdeel van de definitie van evidence-based psychotherapie volgens de APA: *Integrate the best available research findings, applied with therapeutic skill/expertise and informed by the client's expectations/culture/wishes.*

Graag sluit ik af met een citaat uit het artikel *The Evidence-Based Group Psychotherapist* van Leszcz (2018) dat goed aansluit bij het belang van evidence-based werken en opleiden: *'Theory teaches us where to head therapeutically. Technique teaches us what to do once we arrive there.'*

Salvatore Vitale is klinisch psycholoog-psychotherapeut. Hij werkt bij GGZ Rivierduinen en in eigen praktijk.

Literatuur

Hayes, J.A., Gelso, C.J., Goldberg, S. & Kivlighan, D.M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy*, 55(4), p. 496-507.

Kiesler, D.J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research*. New York: J. Wiley & Sons.

Leszcz, M. (2009). Group therapy. In H. Kaplan & V.A. Sadock (Eds.): *Comprehensive textbook of psychiatry* (p. 413-414). Philadelphia, PA: Lippencott Williams & Wilkins.

Leszcz, M. & Malat, J. (2012). The interpersonal model of group psychotherapy. In J.I. Kleinberg (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of Group Psychotherapy* (p. 33-58). Chichester, UK: John Wiley and Sons.

Leszcz, M. (2014). The effective group psychotherapist. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 9(2), p. 9-20.

Leszcz, M. (2018). The evidence-based group psychotherapist. *Psychoanalytical Inquiry*, 38(4), p. 285-298.

Norcross, J.C. & Wampold, B.E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), p. 98-102.

Okiishi, J.C., Lambert, M.J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D.D. & Vermeersch, D.A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapist on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62, p. 1157-1172.

Pol, S. & Vitale, S. (2019). Interview Molyn Leszcz: Het beste werk wordt verzet door gezonde hulpverleners in gezonde organisaties. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 14(3), p. 11-20.

Saxon, D., Barkham, M., Foster, A. & Parry, G. (2017). The contribution of therapist effects to patient dropout and deterioration in the psychological therapies. *Journal of Clinical Psychology*, 24(3), p. 575-588.

Stiles, W.B., & Horvath, A.O. (2017). Appropriate responsiveness as a contribution to therapist effects. In L.G. Castonguay & C.E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (p. 71-84). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Wachtel, P. (2011). *Therapeutic communication*. New York: Guilford.

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

.....