



Moeilijke interacties in een psychodynamische groep

Een reflectie op patiënt-, therapeut- en contextfactoren

Soms wordt een groepslid lastig gevonden. Zijn of haar gedrag kan ervoor zorgen dat andere groepsleden en soms zelfs de therapeuten zouden willen dat diegene niet in de groep zat. Dit kan grote negatieve gevolgen hebben voor deze patiënt. Aan de hand van een casusbeschrijving probeert de auteur van dit artikel te achterhalen welke onderliggende factoren ervoor zorgen dat de interactie met deze patiënt in de groep als moeilijk wordt ervaren. Reflectie kan zorgen voor verbetering van de behandeling voor alle betrokkenen.

Door Pauline Janse

Iedere groepstherapeut denkt weleens dat het groepsproces verstoord wordt door bepaald gedrag van patiënten. Bijvoorbeeld van patiënten die veel aandacht en tijd op-eisen, of veroordelend, eisend, agressief of juist heel gesloten zijn. Groepsleden en zelfs therapeuten kunnen soms ervaren dat zij deze patiënten liever niet in de groep zouden hebben. Toch kunnen deze patiënten dikwijls ook leren om te profiteren van de groep en kunnen ook zij groepsleden helpen in hun proces. Maar dat gaat niet vanzelf en het vraagt van de co-therapeuten dat zij samen de negatieve gevoelens onderzoeken die een dergelijk patiënt oproept. Onderzoek laat zien dat de prevalentie van het aantal als moeilijk ervaren patiënten in de ggz rond 28% ligt (Koekkoek, van Meijel, Tiemens, Schene, Hutschemaekers, 2011). Aanvankelijk richtte onderzoek zich vooral op de kenmerken van patiënten die als lastig worden ervaren, maar dé moeilijke patiënt bestaat niet (Koekkoek, 2011). Het gaat om moeizame interacties tussen patiënt en therapeut en een combinatie van patiënt-, therapeut- en contextuele factoren. Deze

moeizame relaties en het ervaren van patiënten als lastig kan grote gevolgen hebben; dossieronderzoek laat zien dat deze patiënten vaak worden doorverwezen, allerlei diagnoses krijgen en weinig continuïteit aan zorg ervaren (Kaasenbrood, Smit, Nillezen & Hutschemaekers, 2010). Voor de patiënt kan een doorverwijzing of het stoppen van zorg als een faalervaring voelen of de moedeloosheid vergroten. Belangrijk is dat de therapeut reflecteert op wat het contact met deze patiënt lastig maakt, wat de patiënt nodig heeft en of een andere therapeutische benadering beter kan werken.

Vanochtend de overdracht van de waarnemend sociotherapeut: 'Wat een bijzondere groep patiënten zeg! Ik zeg het nu even ongenueanceerd, maar wat is die Kees een nare man; zo narcistisch, hij vraagt zoveel aandacht en weet alles beter, bah. Zo, dat ben ik even kwijt hoor, dan kan ik weer normaal doen tegen hem zo meteen. En die Karin, wordt afgeleverd door haar ouders als een kind, met de boodschap: zorg goed voor haar en of ik haar medicatie wil geven; het is een volwassen vrouw hoor, dat doe ik niet. En dan Mare, zo'n jonkie hoort toch niet in deze groep, harstikke slimme meid, maar zo gesloten als een oester, die hoort gewoon bij haar leeftijdsgenoten.' Ik glimlach, want ik herken wat zij beschrijft; er zit zeker een aantal patiënten in de groep die ervoor zorgt dat ook ik een beetje opkijk tegen wat er zo weer in de groep zal gebeuren.

Bovenstaand praktijkvoorbeeld illustreert dat de omgang met bepaalde patiënten lastig kan zijn voor therapeuten en emoties of tegenoverdracht kan oproepen. Aan de hand van een casusbeschrijving wil ik proberen de volgende vraag te beantwoorden: welke

onderliggende factoren maken dat de interactie met deze patiënt in de groep als moeilijk ervaren wordt door groepsleden en therapeuten? In de conclusie van dit artikel zal ik aangeven wat uit deze factoren te leren valt voor toekomstig handelen bij mensen met complexe persoonlijkheidsproblematiek in een psychodynamische groep.

Wat maakt dat een patiënt als moeilijk ervaren wordt?

Rutan (2005) beschrijft dat er geen lastige patiënten zijn, maar wel moeilijke patiënten met complexe problematiek. De rol die deze patiënten hebben in de groep kan onderzocht worden; hun gedrag heeft vaak een functie voor de groep, bijvoorbeeld het testen van leiderschap of veiligheid of door onuitgesproken onvoldane behoeftes te uiten (p. 42). Er zijn volgens hem vier aspecten die kunnen bijdragen aan de beleving dat een patiënt als moeilijk wordt ervaren. Het eerste aspect is de diagnose, in het bijzonder cluster-B problematiek. Patiënten met cluster-B problematiek (borderline, narcistisch, teatraal) hebben vaak moeite met het begrenzen van hun emoties en kunnen hierdoor veel ruimte nemen in de groep. Dit kan als disruptief ervaren worden door de therapeut of groepsleden. Dit wordt bevestigd in het onderzoek van Sulzer (2015), waaruit blijkt dat patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornissen door therapeuten als moeilijk worden ervaren. De diagnose is echter niet zozeer van belang, als wel het gedrag van de patiënt en hoe dit de therapeut beïnvloedt. Uit een kwalitatief onderzoek blijkt dat interpersoonlijke moeilijkheden, zoals agressie binnen hechte relaties, het aangaan van destructieve relaties en een

onvermogen om hechte relaties aan te gaan, kenmerkend zijn voor patiënten die als moeilijk worden ervaren (Fisher et al. 2019); gedrag wat regelmatig gezien wordt bij cluster-B persoonlijkheidsproblematiek. Desalniettemin kan een groep juist baat hebben bij een patiënt die wat meer dynamiek brengt, maar als er teveel mensen in de groep zitten die hun emoties niet kunnen begrenzen en strijden om de ruimte, kan dit contraproductief werken. Een goede balans in de groep is wenselijk (Berk, 2005). Tegelijkertijd moet vermeld worden dat dit vooral gebaseerd is op klinische ervaring. Er is nog onvoldoende bekend uit onderzoek over wat een optimale samenstelling van een groep is (Burlingame, McClendon, Alonso, 2011). Het tweede aspect hangt samen met de indicatiestelling voor groepstherapie. Yalom (2005) beschrijft dat een patiënt, om deel te kunnen nemen aan een dynamische interactionele groep, de bereidheid en het vermogen moet kunnen hebben om het eigen interactionele gedrag te onderzoeken, om zelfonthullingen te doen en feedback te kunnen geven en te ontvangen. Berk (2005) beschrijft de volgende factoren die belangrijk zijn bij het samenstellen van de groep:

- Ontwikkelingsfactoren: zo kunnen herhaalde separatietrauma's en incest een contra-indicatie zijn voor een ontdekkende groep.
- Egofactoren: een geringe motivatie, impulscontrole en reflectief vermogen.
- Relationale factoren: een sterke narcistische krenkbaarheid kan een contra-indicatie zijn voor ontdekkende therapie.

Het gaat er volgens Berk (2005) vooral om dat in een langere, inzichtgevende groep de samenstelling heterogeen is en dat de ik-sterkte en angsttolerantie van groeps-

leden enigszins overeenkomen, de leeftijden niet te ver uiteenlopen, en groepsleden niet erg deviant zullen zijn. Als er sprake is van een onvoldoende zogenoemde ik-sterkte, kan de patiënt feedback van groepsleden niet verdragen en de emoties die feedback oproept vallen dan buiten zijn angsttolerantie ofwel *window of tolerance*. Dan is het zaak om eerst deze ik-sterkte of *window of tolerance* te vergroten. Een verkeerde verwijzing kan derhalve plaatsvinden doordat een patiënt geen interactioneel doel voor de groep heeft, weinig motivatie heeft en te weinig reflectief vermogen of angsttolerantie heeft. Tegenoverdracht van de therapeut is het derde door Ruten beschreven aspect. Met tegenoverdracht wordt hier bedoeld wat de patiënt bij de therapeut oproept aan gedachten en gevoelens die ontstaan door een combinatie van patiënt- en therapeutkenmerken en de interactie tussen hen. Zo ervaren de meeste mensen agressief gedrag als vervelend, maar de mate waarin of welk gedrag dit triggert bij de therapeut kan samenhangen met patronen uit de leergeschiedenis van de therapeut (Hafkenscheid, 2015). Het is nuttig om als therapeut na te gaan of het gedrag van de patiënt een bepaalde snaar in jezelf raakt. Zo kan een boze patiënt, die ontevreden is over de therapie of therapeut, een gevoel van tekortschieten in de therapeut aanwakkeren. Uit onderzoek blijkt dat de volgende thema's bij therapeuten spelen bij moeilijke patiënten: angst, het idee tekort te schieten, boosheid, verwardheid, neiging om gevoelens te verbergen (uit schaamte of om de therapeutische relatie niet te verstoren) en drang om de behandeling te beëindigen (Honda, 2014; Garcia et al., 2016). Honda (2014) concludeert dat deze gevoelens genormaliseerd zouden moeten worden,

zodat de schaamte hieromtrent afneemt en adviseert therapeuten om deze gevoelens juist te bespreken met collega's en/of supervisors, zodat copingvaardigheden verbeterd kunnen worden.

Groepsgegoten kunnen onbewust bepaald gedrag van de 'moeilijke patiënt' bekrachtigen

Het vierde en laatste aspect betreft de functie van het gedrag van de als lastig ervaren patiënt en zijn of haar rol in de groep. Groepsgegoten kunnen onbewust bepaald gedrag bekrachtigen. Een rol kan bijvoorbeeld zijn: de hulpverlener. Het kan zijn dat de groep angstig is en behoefte heeft aan concrete adviezen of een sterke leider. De hulpverlener in de groep voorkomt dat andere groepsleden de confrontatie met hun eigen angsten aangaan. De hulpverlener kan mogelijk hiermee voldoen aan zijn of haar wens om gewaardeerd en gezien te worden. Bij cluster-B problematiek ziet men vaak dat de patiënt de emoties uit die andere groepsleden misschien wel voelen, maar niet durven te uiten. Het positieve van deze rol is derhalve dat dit anderen kan stimuleren om hun emoties meer te delen. In dit kader kan men het focaal conflict (zie bijvoorbeeld Berk, 2005) ook onderzoeken: wat is de behoefte van de als moeilijk ervaren patiënt, welke reactieve angst wekt dit op bij de ander en wordt er een constructieve oplossing bedacht in de groep of juist een beperkende oplossing, waardoor de rollen en patronen in stand worden gehouden?

Het kan als therapeut behulpzaam zijn om bewust te reflecteren of en op welke wijze bovenstaande factoren meespelen.

Hieronder wordt een casus beschreven van een patiënt met complexe problematiek waarbij op deze factoren wordt gereflecteerd.

Casusbeschrijving

De groep

De groep is een inzichtgevende, psychodynamisch georiënteerde groep voor volwassenen op basis van Transactionele Analyse (TA) (Berne, 1958, 1966). TA is een combinatie van psychodynamische en cognitief gedragstherapeutische therapie (Schlegel, 1998) waarbij de interpersoonlijke relaties tussen groepsleden en de groepsdynamiek centraal staan. Er nemen acht patiënten deel aan de groep; vier vrouwen en vier mannen. Het is een open groep voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek met een hulpvraag gericht op persoonlijke ontwikkeling, die wordt gegeven bij een ambulante afdeling van een ggz-instelling. De groep komt eens per week samen en duurt anderhalf uur. Groepsleden krijgen in principe geen individuele therapie, met uitzondering van medicatieconsulten bij een psychater of als er sprake is van PTSS en traumabehandeling nodig is. Na vier maanden vindt er een groepsevaluatie plaats, waarbij de doelen van de therapie besproken worden en geëvalueerd wordt of een de behandeling gecontinueerd wordt. Doorgaans zijn patiënten circa een jaar in behandeling.

De patiënt

Leo is een 65-jarige man die al sinds zijn jeugd in behandeling is. Hij is als kind misbruikt en verwaarloosd en is eerder intensief behandeld voor narcistische en borderline problematiek, met een beperkt positief effect. Hij wil graag

in therapie om zijn trauma's verder te verwerken en wil in een groep graag erkenning van zijn emoties door anderen.

In de eerste sessie neemt hij direct veel tijd en ruimte om te vertellen over zijn jeugd en wat hem is aangedaan. Hij laat hierbij veel verdriet en boosheid zien. Op dat moment lijkt hij de groep (inclusief de therapeut) hiermee te overspoelen.

Hij is verder boos op hulpverleners die in het verleden zijn emoties hebben afgeremd en meent zelf inmiddels ook wel therapeut te kunnen zijn.

In de eerste sessie neemt Leo direct veel tijd en ruimte om te vertellen wat hem is aangedaan

Hij geeft vanaf het begin veel advies aan anderen wanneer zij hun verhaal delen. Hij brengt dit op vrij dominante wijze. De meeste groepsleden nemen dit aan en gaan niet tegen hem in. Eén groepslid doet dit wel, op assertieve wijze en dit kan hij wonderwel redelijk verdragen. Wel confronteert hij deze groepsgeenoot met diens agressieve gedrag. De ander voelt zich echter niet aangevallen, waardoor het een constructief dialoog wordt over het uiten van agressie.

Als therapeut merk ik dat ik moeite heb hem te begrenzen uit angst voor conflict. Ik valideer hem, vraagt door op zijn emoties en bekrachtig goed gedrag. Mijn co-therapeut begrenst hem wat meer. Dit lijkt hij in de sessie te accepteren. Wanneer mijn co-therapeut er niet is vanwege vakantie vertoont hij split-sing: mijn co-therapeut is slecht en ik ben goed; hij voelt zich door mij emotioneel meer

gezien. Sommige groepsleden gaan hier in mee, maar een groepslid zegt dat hij zelf soms juist begrenzing en confrontatie nodig heeft, dat groepsleden niet altijd dezelfde aanpak nodig hebben en dat begrenzing ook nuttig kan zijn. Dit is voor Leo een eyeopener. Hij bespreekt dit op mijn aanraden ook die zitting erop met de co-therapeut.

Een ander punt van zorg is zijn wisselende afwezigheid. Hij meldt zich wel op tijd af voor de groep, meestal vanwege werk (hij is oproepbaar), maar dit zorgt ervoor dat zijn binding met de groep wat lastiger op gang komt. Na vier maanden laat hij bij de evaluatie weten dat hij graag de groepsbehandeling wil verlengen met nog vier maanden. Hij moet echter van ons, de therapeuten, gaan nadenken over wat hij als doel voor de vervolgbehandeling heeft.

Een reflectie op deze casus laat zien dat de factoren die Rutan (2005) benoemt een rol speelden in de moeilijke interacties met deze patiënt.

Als eerste speelden bepaalde patiëntkenmerken zoals persoonlijkheid mogelijk een rol. Leo had de diagnose borderline en narcistische persoonlijkheidsstoornis. Hij had al vele behandelingen gehad, waarvan sommige wel een positief resultaat hebben gehad. Zo had hij in het verleden last van agressie en is hij door een eerdere behandeling niet meer fysiek agressief. Hij vond dat vooral schematherapie voor hem positief heeft gewerkt om meer contact te krijgen met zijn kwetsbare kant; deze kant liet hij ook op enigszins theatrale wijze in de groep zien. De diagnoses die gesteld waren, sloten zeker geen groepstherapie uit; groepstherapie is volgens de richtlijn voor persoonlijkheidsproblematiek effectief (Trimbos, 2008). Dit was echter een inzichtgevende groep met

een interactieel karakter en het was de vraag in hoeverre hij voldoende feedback van anderen kon verdragen. Aan het begin van zijn deelname aan de groep bleek dit voor hem nagenoeg onmogelijk. Wat echter hielp, is dat een ander groepslid dat ook problemen met agressiviteit heeft gehad (maar al verder was in zijn proces) vrij direct tegen Leo was, zonder boos te worden. Leo bond dan in en liet zich corrigeren. Dit groepslid, dat zich tot een echte emotionele leider had ontwikkeld, hielp een veilig klimaat te behouden en was een goed rolmodel voor Leo. Leo reageerde voorts heel goed op empathie en validering, waardoor er een ingang ontstond voor doorvragen en feedback geven. Conclusie is derhalve dat wat betreft de factor diagnose, dit geen belemmerende factor vormde an sich, mede doordat de groep verder redelijk in balans was; zijn groepsleden waren al enige tijd in groepstherapie en er was voldoende diversiteit in internaliserende en externaliserende problematiek.

Hij had geen doelen voor de groep en wist ook niet wat hij er aan zou kunnen hebben

Ten tweede speelde een contextuele factor mee, namelijk het indicatiestellingsproces. Leo was verwezen door een andere instantie, maar er was wat fout gegaan in het proces, hij stond te lang op de wachtlijst en werd door het management de kant van de groep op geduwd. Hij had echter geen doelen voor de groep en wist ook niet goed wat hij er aan zou kunnen hebben, behalve

erkenning voor wat hem is aangedaan. Bij de verwijzing stond vermeld dat er sprake was van ernstige persoonlijkheidsproblematiek, echter in het individuele gesprek voor de aanvang van de groep was hij redelijk rustig en kwam zijn persoonlijkheidsproblematiek niet zo naar voren. Omdat Leo geen interactieel doelen had, heeft de indicatiestelling niet goed plaatsgevonden. Leo gaf na enkele maanden wel steeds vaker aan dat hij veel steun ervoer van de groep en dat aan zijn behoefte aan erkenning voldaan werd. Als (destijds beginnend) groepstherapeut was ik niet alert op het feit dat zijn doelen voor de groep niet goed genoeg waren. Ook was zijn ik-sterkte waarschijnlijk in eerste instantie onvoldoende voor de groep. Als het gaat over een verkeerde indicatie voor de groep schrijft Rutan (2005): *'If the new patient is much more primitive, then he or she might feel overwhelmed and the other patients might be frightened by the aspects of self that are more repressed in them.'* Leo overspoelde in de eerste paar sessies de groep (en mijzelf ook) met zijn emoties. Een positieve factor was dat deze groep al een aantal maanden bij elkaar was en dit bleek te kunnen verdragen en zelfs later in hun eigen voordeel heeft kunnen gebruiken om eigen emoties te onderzoeken. In het begin duldde hij nauwelijks begrenzing (hij praatte dan door), maar zijn tolerantie voor feedback werd geleidelijk groter. Na drie maanden in de groep te hebben gezeten, werd eindelijk zijn wens voor een individuele behandelaar vervuld om zijn traumatische jeugd te verwerken. Hij vond de individuele gesprekken heel prettig en leek daardoor ook wat rustiger in de groep te zitten. Tegenoverdracht speelde ook een rol in hoe deze patiënt in de groep beleefd werd. Bij de

therapeut was er angst voor conflict en het gevoel tekort te schieten. De interacties met hem wekten hierdoor spanning en irritatie op, maar ook verdriet vanwege het idee een slechte therapeut voor hem en de andere groepsleden te zijn. Het was bij deze patiënt

Bij de therapeut was er angst voor conflict en het gevoel tekort te schieten

belangrijk om de empathische confrontatie aan te gaan om hem te helpen niet overspoeld te raken en een veilige context voor de andere groepsleden te behouden. Het bespreken van deze gevoelens met de co-therapeut en het steunen van elkaar bij empathische confrontaties leidde ertoe dat na enkele weken de angst gereduceerd werd tot een gezonde spanning. Voorts was het behulpzaam om de gevoelens in de groep jegens hem te benoemen, bijvoorbeeld met een zin als: 'Ik merk dat ik wat terugschrik door de heftigheid waarmee je dit vertelt en het daardoor lastig is om goed met je mee te denken of je verder te helpen.' Ook hielp het om een ervaren co-therapeut te hebben die minder last had van angst voor conflict. Ten slotte had het gedrag van Leo in de groep positieve en negatieve gevolgen voor de groepsdynamiek en nam hij verschillende rollen in ten opzichte van de groepsleden en de therapeuten. Leo liet vanaf het begin weten dat hij het uiten van emoties heel belangrijk vindt. Hij wakkerde het vuur in de groep aan en dit was goed voor de groep. Hij verdroeg feedback redelijk, zij het dat hij in eerste

instantie eigenwijs en soms met enige weerstand reageerde. Hij liet merken dat hij spanning of boosheid niet schuwt. In dat aspect kon hij een voorbeeld zijn voor de vermijdende groepsleden. Een behoefte van Leo die ten grondslag lag aan zijn dominant gedrag in de groep (ook wel 'storende motief' genoemd) was om van betekenis te zijn voor een ander, gewaardeerd en erkend te worden. De manier waarop hij dit deed, riep echter angst op bij twee vrouwelijke groepsleden met vermijdende persoonlijkheidskenmerken.

Marco vertelt over de behandeling die hij naast de groep volgt vanwege zijn verslaving. Hij vertelt dat hij drie keer op een dag zijn gedachten en gevoelens moet opschrijven en dat dit hem inzicht geeft. Klara reageert daarop bezorgd: werk je niet te hard? Op mijn vraag wat het verhaal van Marco bij haar oproept, vertelt zij dat zij naast bezorgdheid om Marco ook voelt dat zij zelf tekortschiet; zij heeft nooit zo intensief gedachtes opgeschreven, dit heeft zij nooit als opdracht in therapie gekregen, zij doet het vast niet goed dan. Hierop zegt Marco dat hij zich schuldig voelt en voortaan niks meer zal vertellen over zijn andere behandeling. Leo komt tussenbeide en zegt tegen Marco dat dat hij niet verantwoordelijk is voor de gevoelens van Klara en zegt tegen Klara een paar keer dat zij het zich gewoon niet zo persoonlijk moet aantrekken. Hij zegt dit op vrij dwingende toon, met een wijzende vinger. Op mijn vraag wat dit met Klara doet, vertelt zij bang te zijn, dat zij zich klein voelt, zoals er vroeger tegen haar werd gepraat binnen haar gezin, en zij wil het liefst weg (maar doet dit gelukkig niet). Marco zegt ook dat Leo wat agressief over kan komen en ook Marga laat weten dat zij dit conflict beangstigend vindt en weg wil. Leo herkent dit, heeft

dit vaker gehoord, maar zegt ook dat hij dit niet zo bedoelt, hij wil alleen helpen.

De sessie erna kom ik erop terug en Klara kan zelfs uitspreken dat het haar ook wat boos maakte. Leo zegt dat hij dit wel snapt. Voor Klara is dit uiteindelijk een corrigerende ervaring geweest, dat zij haar angst en boosheid mag uitspreken.

In eerste instantie worden beperkende oplossingen bedacht door een aantal andere groepsleden ('laat ik maar er niet meer over praten'). Maar door juist even stil te staan bij wat er gebeurt, komt men toch tot een productieve oplossing, namelijk het benoemen van de gevoelens, van elkaar te leren en aan eigen doelen te werken (meer assertiviteit bijvoorbeeld). Helaas beklijft het inzicht bij Leo niet en valt hij al snel terug in zijn patroon, nu tegenover Marga, die haar angst voor de dood en eenzaamheid deelt. Hij reageert hierop met een vrij abstract verhaal over spiritualiteit, wat hem zelf steun biedt. Wederom vertelt hij dit op een vrij dominante manier. Het storende motief wat Leo weer laten zien is dat hij enerzijds wil

Hoewel Leo de groep ontregelt, heeft hij vele rollen die vaak een functie hebben

helpen maar ook wil laten zien welk inzicht hij al heeft en hier waardering voor wil krijgen. Je ziet bij Marga de onzekerheid dan wat toenemen, een reactieve angst voor afwijzing ('ja misschien heb je gelijk, dat zal inderdaad wel').

Hoewel Leo de groep ontregelt, heeft hij vele rollen die vaak een functie hebben. Leo kan

in termen van Bieling (2006; in Van Reijen en Haans, 2008) ook de volgende rollen innemen: de monopolist, de helper en de ongelovige. Hij neemt vaak veel tijd in beslag als hij het over zichzelf heeft en uit meerdere keren zijn negatieve kijk op de hulpverlening. Door zijn wisselende aanwezigheid is hij soms ook een zogenaemde *drifter*. In de rollen die Berk (2005) en Hoijtink (2001) beschrijven is Leo afwisselend de zondebok-leider, de emotionele leider, de agressor en de betweter. Hij laat zien dat je niet altijd vriendelijk hoeft te zijn en dat je je eigen mening mag uiten. Leo heeft daarnaast vaak de rol van de hulpverlener. Hij geeft vaak ongevraagd advies en wijst daarbij met zijn vinger. Het adviseren heeft een duidelijk functie voor hemzelf (het focaal conflict), en voor de groepsleden heeft het de functie dat zij op zo'n moment niet zelf over hun gedrag hoeven te reflecteren, zelf geen oplossingen hoeven bedenken. De rollen die hij inneemt hebben naast een storende invloed tevens een positieve functie, namelijk het creëren van een nieuwe norm: die van het tonen van emoties in de groep en het mogen opzoeken van conflict. Dit is voor een verder vrij vermijdende groep behulpzaam. Zijn gedrag wakkert angst en boosheid aan bij anderen, maar hij verdraagt redelijk goed dat dit besproken wordt en geeft hiervoor ook erkenning aan de ander. Groepsleden spreken uit dat zij dit in hem waarderen, en durven op vriendelijke wijze ook uit te spreken dat hij agressief over kan komen, wat hij zelf ook herkent.

Discussie en conclusie

Leo is mijns inziens een goed voorbeeld van wat sommige therapeuten een lastige

patiënt zouden noemen: een patiënt met een onduidelijk doel in de groep, die veel ruimte inneemt, angst opwekt bij groepsleden en in eerste instantie ook bij mij als therapeut. Daarnaast is hij iemand bij wie inzichten beperkt lijken te beklijven (hoewel hij zelf vindt dat hij juist veel inzicht heeft), of bij wie de inzichten in ieder geval maar beperkt tot gedragsverandering lijken te leiden. Reflecteren op wat de interactie met een dergelijke patiënt moeilijk maakt voor de therapeuten en groepsleden, is belangrijk voor het bedenken van strategieën om beter te kunnen aansluiten bij patiënten die negatieve gevoelens oproepen en om contextuele factoren zoals het indicatiestellingsproces voor de groep te verbeteren. In de beschreven casus was de diagnose geen contra-indicatie voor een groepsbehandeling, maar de beperkte ik-sterkte en tolerantie voor feedback wel. Het was een gok om deze patiënt in de groep te laten starten, die uiteindelijk goed uitpakte voor hem en de groep omdat de groep waar hij instroomde al wat verder ontwikkeld was en hij gaandeweg zijn tolerantie voor feedback vergrootte. De individuele behandeling die hij op een gegeven moment ernaast ontving, versterkte dat. Het is duidelijk dat zijn start in de groep een slechte was; het besluit om hem in deze groep te plaatsen was geen inhoudelijk besluit maar een verlegenheidsbesluit om een fout in het aanmeldingsproces te corrigeren. Dit neemt echter niet weg dat er cruciale vragen omtrent de indicatiestelling beantwoord hadden moeten worden; of hij wel geschikt was voor de groep, of dit wel aansloot bij zijn hulpvraag en of de groep ook de behandeling voor hem op dat moment was. Hierdoor was hij slecht voorbereid op de groep en had geen duidelijke doelen. Een kritische blik op

aanmelding voor een (inzichtgevende) groep is derhalve van belang.

Ten slotte heeft deze patiënt, ondanks de verkeerde indicatiestelling, ook een nuttige functie gehad voor de groepsleden die bang zijn voor afwijzing en door hem konden groeien in assertiviteit. Menigmaal hebben zij na een collusie hun oprechte waardering voor hem uitgesproken omdat hij zijn emoties toonde, zodat dit voor hen ook makkelijker werd.

Leo werd in deze groep geplaatst om een fout in het aanmeldingsproces te corrigeren

Naast de hier genoemde patiënt- en contextuele factoren speelt de tegenoverdracht een grote rol in deze casus. De patiënt riep negatieve gevoelens op van angst en tekortschieten en het is menselijk om van deze gevoelens af te willen komen door te vermijden of het aan de patiënt toe te schrijven. Echter, dit zal de patiënt niet helpen en het gevoel van tekortschieten op de lange termijn niet wegnemen. Het onderkennen hiervan en het inzetten van een gezonde coping ten aanzien van de tegenoverdracht kan de kwaliteit van behandeling verbeteren (Kaasenbrood, et al., 2010). Door de tegenoverdracht te bespreken met mijn co-therapeut en in de groep te benoemen, nam de angst af en kon voorkomen worden dat ons beider gedrag zou leiden tot een *alliantierupture*, of dat hij of ikzelf zou afhaken. De casus laat tevens zien dat een groep geleid door co-therapeuten met complementaire stijlen of kenmerken (waaronder ook onze-

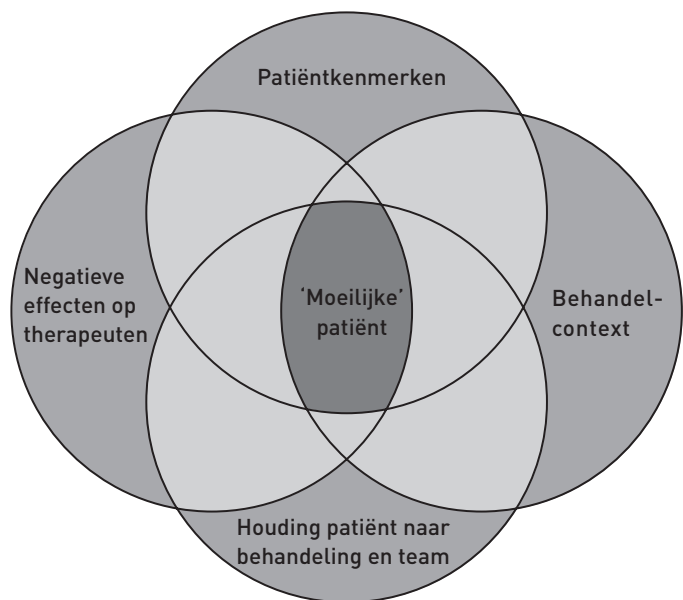
kerheden) nuttig kan zijn, doordat de ander je kan helpen sneller uit je eigen valkuil te komen. Naar mijn weten is daar nooit onderzoek naar gedaan.

Samenvattend kunnen bij de bespreking van moeizame interacties met een patiënt in de supervisie of intervisie de factoren van Rutan (2005) na worden gelopen: welk patiënt-therapeut en contextuele factoren spelen in de interactie mogelijk een rol in hoe de patiënt beleefd wordt door de therapeut of groepsleden? Fischer et al. (2019) bieden hierbij een overzichtelijk model (zie figuur 1.), dat inzichtelijk maakt hoe de verschillende factoren elkaar beïnvloeden. Dit model, dat overeenkomstig is met de factoren die Rutan noemt, kan als een visuele kapstok dienen bij een patiëntbespreking. Bij de bespreking van de patiëntkenmerken is een Rogeriaanse houding van acceptatie van de persoon (maar niet het disfunctionele

gedrag) in kwestie wenselijk, net als het erkennen van eigen gevoelens die iemand oproept, bezien vanuit het kader van je eigen leergeschiedenis en een kritische houding naar werkprocessen die de patiënt niet ten goede komen. Hiertoe is een veilige context nodig: een open communicatie met een co-therapeut, teamleden en leidinggevenden waarin kwetsbaarheden van de therapeut niet worden veroordeeld maar worden genormaliseerd en geëxploreerd. Met als doel de interactiepatronen te doorbreken, de patiënt beter te kunnen laten profiteren van de groepsbehandeling en een betere groepstherapeut te worden.

De namen in dit verslag zijn gefingeerd.

*Pauline Janse is klinisch psycholoog/
medior onderzoeker, zorgprogramma
Persoonlijkheidsstoornissen
Pro Persona en Pro Persona Research.*



Figuur 1. Een interactieeel model van kenmerken van een moeilijke patiënt.

Literatuur

Berk, T. (2005). *Leerboek groepspsychotherapie*. De Tijdstroom, Utrecht.

Berne, E. (1958). Transactional analysis: A new and effective method of group therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 12, p. 735-743.

Berne, E. (1966). *Principles of group treatment*. New York: Oxford University Press.

Bieling, P.J., McMaster, U., Hamilton, O.T., McCabe, R.E. & Antony, M.M. (2006). *Cognitive-behavioural therapy in groups*. New York, NY: Guilford Publications.

Burlingame, G., McClendon, D.T. & Alonso, J. (2011). Group cohesion. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

De Bosset, F. (1991). Group psychotherapy in chronic psychiatric outpatients: A Toronto model. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41, p. 65-78.

Fischer, C., Cottin, M., Behn, A., Errázuriz, P. & Díaz, R. (2019). What makes a difficult patient so difficult? Examining the therapist's experience beyond patient characteristics. *Journal of Clinical Psychology*, 75, p. 898-911.

García, H.A., McGeary, C.A., Finley, E.P., McGeary, D.D., Ketchum, N.S. & Peterson, A.L. (2016). The influence of trauma and patient characteristics on provider burnout in VA post-traumatic stress disorder specialty programmes. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89, p. 66-81.

Hafkenscheid, A. (2015). Tegenoverdracht: van een psychoanalytisch naar een trans-theoretisch concept. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 202-209.

Hoijtink, T. (2001). Rollen in groepen en therapiegroep. In *De kracht van groepen*, p. 134-148. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Honda, Kirk J. (2014). Seasoned psychotherapists' experience of difficult clinical moment. In *Dissertations & Theses*, 156.

Kaasenbrood A.J.A., Smit, A., Nillezen, M. & Hutschemaekers, G.J.M. (2010). Misgelopen: de therapeutische relatie met 'moeilijke' mensen'. *Maandblad voor geestelijke volksgezondheid*, 65, p. 51-62.

Koekkoek, B. (2011). Dé moeilijke patiënt bestaat niet. *Sociale Psychiatrie* (31)96, p. 13-19.

Koekkoek, B., Meijel, B. van, Tiemens, B., Schene, A. & Hutschemaekers, G. (2011). What makes community psychiatric nurses label non-psychotic chronic patients as 'difficult': patient, professional, social and treatment variables. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, p. 1045-1053.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Reijen, J. van & Haans, T. (2008). *Groepsdynamica in gedragstherapeutische en psychodynamische groepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Rutan, S. (2005). Treating difficult patients in groups. In Motherwell, L. & Shay, J.J., *Complex dilemmas in group psychotherapy*, p. 41-49. New York: Brunner-Routledge.

Schlegel, L. (1998). What is Transactional Analysis? *Transactional Analysis Journal*, 28, p. 269-287.

Sulzer, S. (2015). Does 'difficult patient' status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder. *Social Science & Medicine*, 142, p. 82-89.

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

.....