

Modifasen als nieuwe bewegwijzering

In deze bijdrage beschrijft Lizzy Kelfkens de implementatie van het fasegerichte groepsschematherapie-model van Farrell en Shaw in de klinische psychotherapeutische setting. Daarbij heeft zij uiteraard ook aandacht voor de verkeerd genomen afslagen en geeft ze tips.

Door Lizzy Kelfkens

De schematherapie-kliniek biedt binnen de zorgeenheid Persoonlijkeitsstoornissen een kortdurende klinische schematherapeutische groepsbehandeling van achttien weken aan volwassen patiënten met complexe persoonlijkheidsstoornissen en comorbide problematiek. Na de klinische periode volgt een voortgezette tweedaagse schemadeeltijd van 24 weken. Bij het werken met deze complexe weggebruikers bleek er onderweg meer houvast en richting nodig te zijn om ieder in alle veiligheid de eindbestemming te laten bereiken. We zijn daarom gaan zoeken naar een wetenschappelijk effectief gebleken bewegwijzering die geïntegreerd kon worden in het bestaande klinische groepsdynamische en schematherapeutische behandelprogramma. Het groepsschematherapiemodel van Joan Farrell en Ida Shaw met aangetoonde significante behandel-effecten bij intramurale borderline patiënten (Reis, Lieb, Arntz, Shaw & Farrell, 2013a) leek hierbij veelbelovend. Na een inspirerende training door hen in de fasegerichte groepsschematherapie en supervisie bij Eelco Muste, waren we als regiebehandelaars helemaal om. De drie modifasen werden de nieuwe bewegwijzering in de kliniek met als motto *'safety first but no escape'*.

Taakstructuur

Doelgroep

De doelgroep in de schemakliniek en voortgezette schemadeeltijd bestaat uit een heterogene groep volwassen patiënten (18-65 jaar), die volgens de DSM-5-classificatie (na SCID-5-P-afname) geassocieerd zijn met een borderline, vermijdende of andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis, van matig tot ernstig disfunctioneren, met comorbiditeit. Denk daarbij aan angst- en stemmingsstoornissen, eetstoornissen, ADHD en autismespectrumstoornis-symptomen. Bij de meeste patiënten is daarnaast sprake van onveilige hechting, vroegkinderlijke chronische psychische traumatisering, psychisch en fysiek geweld in de voorgeschiedenis en weinig ontwikkeld epistemisch vertrouwen. De coping is veelal hardnekkig, fors vermijdend, overcompenserend of zelfdestructief. De persoonlijkheidsproblematiek kan zowel internaliserend als externaliserend zijn. Vaak functioneert de patiënt nog nauwelijks in sociale rollen en is er een problematisch of mager sociaal netwerk aanwezig. Voorafgaande psychotherapeutische behandeling bleek ontoereikend of kon onvoldoende houvast bieden.

Tijdens de intakefase vindt er zowel classificerend als dimensioneel diagnostisch screenend testpsychologisch onderzoek plaats. Om bij de indicatiestelling tot een adequate weging van de draagkracht te komen, wordt er gekeken naar de mate van ego-sterkte, ernst van de pathologie, vorm van afweer, vermogen tot mentaliseren en temperament van de patiënt. Contra-indicaties voor klinische behandeling zijn op de voorgrond staand middelenmisbruik, acute

suïcidaliteit, acute psychose, problemen in de realiteitstoetsing of een Laag Verstandelijke Beperking. Na de indicatiestelling volgt een behandeladviesgesprek. Daarbinnen wordt uitleg gegeven van het klinisch behandelprogramma met bijhorende regels en afspraken. *Commitment* is voorwaarde voor de start.

Doel

De algemene doelen van de klinische groepschematherapie-behandeling zijn het bewust worden, herkennen en veranderen van disfunctionele schema's, modi en coping die tot klachten leiden en gerelateerd zijn aan de persoonlijkheidsproblematiek en/of vroeg kinderlijke psychische traumatisering. Het uiteindelijke doel is het ontwikkelen en versterken van de Gezonde Volwassene-modus. Dit vertaalt zich vaak in meer emotieregulatie, verbeteringen in interpersoonlijke verhoudingen, toename van zelfexpressie en stabiel zelfgevoel. In de nieuwe bewegwijzering wordt per modusfase een doel vastgesteld. Dat is weer gekoppeld aan bijhorende onvervulde basisbehoefte van het kind (zie tabel 1).

Werkwijze

In de schematherapie-kliniek en voortgezette tweedaagse schemadeeltijd wordt de multidisciplinaire richtlijn voor persoonlijkheidsstoornissen (2008) gevolgd. Na een hoog intensief klinische fase schaal het behandeltraject af naar een minder intensief behandel aanbod (*step down*). De doelgroep wordt als psychotherapeutisch veranderbaar gezien. In het reeds bestaande behandelprogramma worden elementen uit meerdere theoretische kaders en therapeutische modellen in het behandelprogramma

Fase 1	Fase 2a	Fase 2b	Fase 3
Modusbewust- wording	Modusregulatiefase (vooral in cognitieve en gedragsmatige therapieblokken)	Ervaringsgericht moduswerk (verdieping met name in groeps- therapie - en vak- therapieonderdelen en individueel)	Eerste aanzet tot versterken van de Gezonde Volwassene-modus
Doelen	Doelen	Doelen	Doelen
Casusconceptualisatie en behandelplan met doelen maken	Doorbreken van hardnekkige disfunctionele patronen, modi en coping staat centraal op actieve wijze	Contact maken met de achterliggende gevoelens, gedachten en basisbehoeften van het Kwetsbare Kind	Versterken Gezonde Volwassene-modus
Identificeren en oorsprong onderzoeken van disfunctionele schema's, modi en coping	Betrekken belangrijke anderen bij behandeling	Uiten van eigen behoeften, emoties en wensen	Versterken identiteit, autonomie, zelfexpressie
Herkennen triggersituaties en onderliggende basisbehoeften	Modi meer kunnen beheersen ter vervulling van de basisbehoeften	Verdieping ervaringsgericht individueel	Gedragsverandering interpersoonlijk
Veiligheid en verbondenheid gaan ervaren in de groep	Modusregulatie- plannen maken	Ervaring van het erbij horen en acceptatie	Afbouw enkele blokken van behandelprogramma, een eerste stap naar weer zelfstandig verder gaan
Casus inbrengen in week 6 in groep		Strijden tegen de Veeleisende en Straffende Ouder-modus en deze verkleinen	Afscheid groep, klinisch milieu en behandelteam

Tabel 1. *De modifasen*

geïntegreerd. De belangrijkste zijn de groepsdynamica (Yalom & Leszcs (2005), Levine (1982)), schematherapie (Young, 1990, 2003), de hechtingstheorie (Bowlby, 1969), de objectrelatietheorieën (Fairbairn (1963), Kernberg (1976)), samenhangend behandelen en klinische milieutherapie (Janzing, 2009) en de schemagerichte psychodynamische therapie (Aalders & van Dijk, 2012). Vanaf oktober 2018 hebben we het fasegerichte groepsschemamodus model van Farrell en Shaw, met hun gecombineerde groeps- en individuele behandeling, als vooropstaand model aan deze *meltingpot* toegevoegd.

Voor we doorgaan naar deze nieuwe bewegwijzering, allereerst een korte introductie van enkele basisconcepten binnen de schematherapie. Schema's zijn de allereerste ervaringen die zijn opgeslagen in ons autobiografische geheugen (Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Ze omvatten alom vertegenwoordigde patronen, die zowel cognities, emoties, herinneringen, waarnemingen als ook gedragingen en interpersoonlijke verhoudingen beïnvloeden (Young et al., 2003). Young (2005) identificeerde achttien vroege maladaptieve schema's en drie copingstrategieën. De schema's zijn gekoppeld aan de basisbehoeften van het kind, die gerelateerd zijn aan de ontwikkelingsdomeinen van het kind tot volwassene; veiligheid en verbondenheid, autonomie en competentie, realistische grenzen, zelfexpressie, spel en spontaniteit. Wanneer deze basisbehoeften onvoldoende vervuld zijn, kunnen zich disfunctionele schema's ontwikkelen. In wisselwerking met het temperament en ingrijpende negatieve gebeurtenissen kan dit leiden tot een

verstoring in de persoonlijkheidsontwikkeling. Bij complexe persoonlijkheidsproblematiek kunnen patiënten in gedrag en stemming snel wisselen. Om aan deze complexiteit tegemoet te komen, ontwikkelden Young et al. (2005) een schemamodusmodel. Schemamodi zijn meer momentane, steeds wisselende, alles overheersende gemoedstoestanden, waar

We hebben de structuur aangepast door twee fasen te combineren en een nieuwe fase toe te voegen

een patiënt zich in kan bevinden (Young, 2005). Waar de schema's met name stabiele en niet gelijk zichtbare patronen zijn, wisselen de schemamodi elkaar snel af en worden ze in het interpersoonlijk contact eerder herkenbaar. Er worden in de kliniek vijf soorten schemamodi onderscheiden: disfunctionele Oudermodi, disfunctionele Copingmodi, Kindmodi, de Gezonde Volwassene-modus en de Blijke Kind-modus. Zie verder het *Handboek klinische schematherapie* van Muste et al. (2009).

Het fasegerichte groepsschemamodus model van Farrell en Shaw is op deze basisconcepten gebaseerd, maar om deze als bewegwijzering te kunnen inzetten, moest er nog een vertaalslag worden gemaakt van een ambulante behandeling met 45 groepstherapie- en twaalf individuele sessies, naar een kortdurende klinische setting. Deze setting biedt als het ware een transitionele ruimte, waarin een patiënt in het hier-en-nu

kan oefenen met nieuwe gevoelens, gedrag en veranderende betekenisverlening aan de bestaande innerlijke representaties van zichzelf en anderen (Rouchy, 2008). De principes van de groepsdynamica vormen daarbij de basis (Berk, 2005). Janzing en Kerstens (2012) definiëren het therapeutisch milieu daarbij als een eenheid van samenhangend behandelen, waarbinnen aan een patiënt relaties met anderen patiënten en behandelaars worden aangeboden. Vanwege de hogere behandelintensiteit hebben we de driefasenstructuur van het model in de kliniek aangepast door twee fasen te combineren en een nieuwe fase, 'het versterken van de Gezonde Volwassene-modus', toe te voegen.

Draaiboek

De behandeling begint met een eendaagse pretreatment schemagroep van vier tot zes weken. Deze staat in het teken van psycho-educatie. Middels zelfrapportage-vragenlijsten (Young Schema Questionnaire en Schema Mode Inventory) worden disfunctionele schema's en modi opgespoord. Het is een eerste kennismaking met het schema-model en de schemataal. Ook wordt er in deze periode een crisisterugvalpreventieplan en levensverhaal gemaakt.

Daarna start de fasegerichte klinische schematherapiebehandeling van achttien weken. Drie modifasen geven richting naar de eindbestemming: de modusbewustwordingsfase, de modusregulatie- en ervaringsgerichte moduswerkfase en het versterken van de Gezonde Volwassene. Iedere fase duurt zes weken, met ieder zijn eigen focus en doelen. Deze zijn gerelateerd aan de ontwikkelingsfase van het kind en de groepsontwikkelingsfasen. De behandeling

wordt ondersteund door een eHealth-programma waarin de fasen met bijhorende doelen, uitleg en huiswerkopdrachten omschreven staan.

In de eerste fase, de modusbewustwording, ligt de focus op het domein 'veiligheid en verbondenheid'. Bijhorende doelen zijn: het maken van een casusconceptualisatie die geïntegreerd wordt tot een behandelplan met doelen; het leren herkennen van schema's, modi en coping en bewustwording van eigen basisbehoeften. In de casusconceptualisatie worden problemen of symptomen in samenhang gebracht met biografische informatie, disfunctionele schema's,

De bewegwijzering is vooral bedoeld als houvast, en mag geen wegblokkade worden

modi en coping, problemen in interpersoonlijke verhoudingen en ingrijpende levensgebeurtenissen. Het casusconceptualisatieformat van Els Loeb (2016) wordt gebruikt, waarbij ook aandacht is voor bemoedigende levenservaringen en levensdoelen. In week zes wordt de casus in de groepstherapie gedeeld.

In de tweede fase wordt de modusregulatie en de ervaringsgerichte moduswerkgroep gecombineerd tot één fase en ligt de focus op schemamodusverandering en verdieping. Doelen zijn het doorbreken van disfunctionele schema's, modi en coping, emotionele verdieping en het betrekken van naasten bij de behandeling. De modusregulatie vindt

vooral plaats in de cognitieve en gedragsmatige therapieblokken en de ervaringsgerichte moduswerkgroep bij de groepsen vaktherapieën. Het gaat hierbij om een combinatie van cognitieve uitdaagtechnieken, vaktherapeutische technieken (beeldend of psychomotorisch) en ervaringsgerichte oefeningen, zoals het taartdiagram, imaginaire rescripting en meerstoelentechniek. Afhankelijk van het modusmodel van iedere deelnemer is er vooral aandacht voor het bestrijden van de Straffende en Veeleisende Oudermodi om van daaruit meer contact te kunnen krijgen met het Kwetsbare Kind en de onvervulde basisbehoeften van de Kind-modus.

In de derde fase, het versterken van de Gezonde Volwassene-modus (een eerste aanzet), ligt de focus op het versterken van de identiteit en autonomie en op de geleidelijke afbouw van de klinische behandeling en het naderende afscheid. Doelen zijn verdere deactivering van disfunctionele schema's, modi en coping en het versterken van eigen identiteit, autonomie en zelfexpressie. In

week zeventien evalueren patiënten hun doelen en krijgen zij vanuit de groep, naasten en het team feedback. De laatste week staat in alle therapieblokken afscheid centraal.

Om de bewegwijzering voor zowel team als patiëntengroep goed te verlichten, hebben we iedere week een modus van de week ingesteld. We hebben als team ervaren hoe je deze nodig hebt om afstemming te houden tussen de verschillende behandelonderdelen. De modus van de week heeft cycli van zes weken met vaste volgorde (zie tabel 2). *Tip: maak van de focus geen gedwongen afslag.*

Naast de groepsbehandeling zijn er per fase ook drie individuele gesprekken. Afhankelijk van fase en doel is dit met de regiebehandelaar, vaktherapeut of behandelmedewerker. In de modusbewustwordingsfase wordt er individueel een casusconceptualisatie met de regiebehandelaar gemaakt, in de modusregulatiefase vindt er ervaringsgerichte individuele verdieping plaats met

Modus van de week

- Disfunctionele Copingmodi
- Disfunctionele Oudermodi
- Boze/impulsieve Kind-modus
- Mix disfunctionele Copingmodi, Oudermodi
- Kwetsbare Kind-modus
- Gezonde Volwassene-modus en Vrije/Blijde kind

Tabel 2. *Modus van de week*

de regiebehandelaar of vaktherapeut en in de Gezonde Volwassene-versterkende fase wordt een terugvalpreventieplan gemaakt met de behandelmedewerker en met de regiebehandelaar vervolgsbeleid bepaald. De fasen zijn opeenvolgend beschreven, maar we blijven op maat kijken of dit voor iedereen haalbaar is. De bewegwijzering is vooral bedoeld als houvast, en mag geen wegblokkade worden. Er wordt tijdens de behandeling gebruikgemaakt van cognitieve, gedragsmatige en experiëntiele therapeutische technieken, die zich in een klinische setting ook nog op drie niveaus begeven: het individu, de groep en het milieu (Muste et al., 2009). De behandelinterventies bevinden zich op een continuüm van steunend structurend naar openlegend en ervaringsgericht. Er is veel aandacht voor de therapeutische relatie met daarbinnen *limited reparenting* en empathische confrontatie als de belangrijkste technieken. Limited reparenting is handelen zoals een goede ouder zou doen (Farrel & Shaw, 2016) en het vervullen van de basisbehoeften van de Kind-modus binnen de grenzen van een gepaste therapeutische relatie. Bij goed ouderschap hoort ook liefdevol begrenzen. De therapeuten maken daarnaast gebruik van een *toolkit* met allerlei materialen (ballonnen, sjaaltjes, knuffels e.d.). Zowel de groepsfasen als de modifasen bepalen welke houding en interventies de therapeuten toepassen. De groepstherapie heeft volgens het model een vaste structuur. Deze begint altijd met een veilige plek of verbindende oefening, waarna er ervaringsgerichte oefeningen worden gedaan binnen het groepsdynamisch kader en de sessie wordt afgerond met een oefening voor het Blijve Kind.

Van de groepsleden wordt verwacht dat ze zich committeren aan de behandeling en de met elkaar opgestelde doelen in het behandelplan, dat ze deelnemen aan het klinisch milieu, meedoen met de therapieonderdelen, zich houden aan de afspraken van de afdeling en groepsregels, open en aanspreekbaar blijven aangaande niet helpend copinggedrag, huiswerk maken en in de samenwerking proberen te blijven. In het klinisch leefmilieu betekent dit respectvol met elkaar omgaan, steunen en feedback geven binnen de eigen grenzen.

Cees, een 30-jarige man, is aangemeld met een borderline persoonlijkheidsstoornis met fors vermijdende coping en ernstige vroege chronische psychische traumatisering.

In de pretreatmentgroep bespreken we zijn verhoogde scores op de afgenomen schema- en modivragenlijsten; emotionele verwaarlozing, minderwaardigheid, de Veeleisende en Straffende Ouder-modus, de Onthechte Beschermer-modus en de Kwetsbare Kind-modus.

In de modusbewustwordingsfase begint Cees verbinding te maken met andere patiënten in het therapeutisch milieu. Hij presenteert zich verbaal stevig en is erg helpend naar anderen. Groepsleden willen er ook voor hem zijn, maar hij wijst ze af en trekt zich terug op zijn kamer. Zijn Onthechte Beschermer zegt: 'Ik voel niets, voel geen echte verbondenheid met jullie, doe wel mee, maar dat is sociale aanpassing'. Een empathische confrontatie wordt ingezet om toch contact te maken; 'Cees, je 'beschermer' duwt ons weg en dat begrijpen we, zo heb je overleefd vroeger thuis, maar we weten ook dat er een angstig en eenzaam kind is dat het niet meer alleen wil doen, dat steun nodig heeft. De groepen ik willen graag contact met

je maken en je helpen, je hebt het lang genoeg alleen gedaan, wij zijn er voor je.’ De boodschap komt binnen en er ontstaat meer verbinding.

Meerdere groepsleden vragen aan Cees of ze hem mogen troosten

Week zes brengt hij de casusconceptualisatie in. Hij vertelt dat hij de oudste is uit een gebroken gezin met twee kinderen. Hij was een verlegen kind en ervoer weinig veiligheid en warmte in het gezin. Gehoorzaamheid en perfecte prestaties waren wet. Als je niet wilde luisteren dan moest je maar voelen. Fysiek en psychisch geweld volgden. Cees is ervan overtuigd dat hij dit geweld verdiende. Hij ervoer zichzelf als slecht kind, dat zonder een perfecte prestatie geen bestaansrecht had. Op de lagere en middelbare school werd hij bovendien gepest. Zijn vertrouwen in de ander is minimaal geworden. Zo ook in de groep, hij is hij bang voor afwijzing of afstraffing als hij zich niet perfect gedraagt. De groep reageert echter met herkenning en steun.

Cees gaat vervolgens de modusregulatie en ervaringsgerichte (verdiepende) fase in. Hij leert cognitieve en gedragsmatige vaardigheden, leert triggers van modi herkennen en tegengiffen te ontwikkelen tegen de Veeleisende en Straffende Ouder-modus. Groepsleden helpen met het bieden van tegengiffen, bijvoorbeeld: ‘Jij bent niet slecht, wat je moeder deed is niet oké.’ In de groeps-, vak- en individuele therapie sessies gaat hij ervaringsgericht aan de slag. We doen een

meerstoelnoefening in de groep op een situatie van vroeger thuis, waar straf volgde als hij niet reageerde zoals moeder wilde. De groepsleden spelen hierbij de verschillende modirollen. We stuiten dan op een grote ‘straffer’: ‘Ik ben waardeloos, een slechte zoon, kan beter maar niet bestaan’. Deze modus snoeren we de mond: ‘Stop, zo praat je niet tegen Cees, klopt helemaal niet, hij is een mooi mens, als je niet stopt zo te praten dan zetten we je er deze sessie uit.’ Dan ontstaat er pas contact met zijn Angstige en Verdrietige Kind-modus. Cees is nog bang om het niet goed te doen en afgestraft te worden. Na geruststelling wordt hij verdrietig. Meerdere groepsleden, die ook geraakt zijn door de oefening, vragen aan Cees of ze dichter bij hem mogen komen zitten en hem mogen troosten. Hij wil dit graag, waarna de oefening eindigt met een groepsknuffel. Hier zien we hoe mooi de klinische groep functioneert als transitionele ruimte. Cees heeft een nieuwe corrigerende ervaring opgedaan en zich veilig en geliefd gevoeld. Niet langer is hij volledig overtuigd dat hij alles fout heeft gedaan, niet mag bestaan en straf verdient.

Cees komt in de derde fase: het versterken van de Gezonde Volwassene-modus. Hij bouwt de behandeling af in intensiteit door een avond en een dag minder in de kliniek aanwezig te zijn. De focus komt te liggen op de vraag: ‘Hoe ga ik straks thuis de draad weer oppakken?’ Hij maakt een terugvalpreventieplan en activeert zijn sociale steunsysteem. In de laatste week staat zijn afscheid centraal in alle therapieblokken. In de patiënt-stafmeeting laat hij een zelf uitgekozen stuk muziek horen dat staat voor zijn therapieproces. Vanuit kwetsbaarheid en in verbinding met de anderen neemt hij afscheid. Tijd om uit te vliegen naar de tweedaagse-deeltijd.

Vormgeving

In de schemakliniek zijn twee open, gemengde groepen van negen volwassen patiënten in het klinisch milieu aanwezig. Er is een continue in- en uitstroom. Patiënten zijn aanwezig van zondagavond 20.00 uur tot vrijdagmiddag 16.00 uur en volgen een intensief groepsbehandelprogramma gecombineerd met individuele gesprekken. De dag start met ontbijt, daarna volgt dagelijks een korte patiënt-stafmeeting met een mindfulnessoefening met aansluitend verschillende groeps-, klinisch milieu- en individuele behandelonderdelen. De dag eindigt met gezamenlijk koken en eten. Binnen het klinisch milieu zijn er cognitieve, gedragsmatige en meer experiëntiele groepsbehandelonderdelen. De groepsschematherapie, beeldende therapie, psychomotore therapie en cognitieve gedragstherapie vinden twee keer per week plaats en duren anderhalf uur per sessie. Daarnaast is er eens per week sociotherapie, medicatiespreekuur in de groep, menuclub, running en sport. De groepsschemapsychotherapie is leidend en richtinggevend in het behandelprogramma en wordt geleid door een vast koppel van regiebehandelaars. Binnen het klinisch milieu wordt gewerkt met een multidisciplinair behandelteam dat bestaat uit vier regiebehandelaars (twee klinisch psychologen, een psychiater en een psychotherapeut i.o.), drie behandelmedewerkers, twee vaktherapeuten (psychomotore en beeldend therapeut) en een ervaringsdeskundige. De behandeling vindt plaats in een bosrijke omgeving. Voor de patiënten is er een gezamenlijke huiskamer en eetruimte op de begane grond en de slaapkamers bevinden zich erboven. Er is een gezamenlijk gebruik

van douche en toilet. Patiënten hebben een eigen keuken waar ze de maaltijden zelf bereiden en zelf boodschappen voor doen. 's Avonds is er geen team beschikbaar. Bij calamiteiten kunnen ze terugvallen op de crisisunit De Pitstop.

Processtructuur

Het klinisch leefmilieu is een prachtige plek waar interpersoonlijk veel geleerd kan worden. Oude gezinspatronen herhalen zich. Dagelijks onderzoeken patiënten met elkaar welke schema's en modi worden geactiveerd. Natuurlijk botsen de modi ook regelmatig. Door het werken met een duidelijk kader, voorspelbare regels, heldere doelen, groepsstructuur en groeps-klinisch milieu (Berkouwer, 2004) is er een sterke holding- en aanvaardingscohesie aanwezig. Deze holdingomgeving biedt voldoende veiligheid om disfunctionele schema's, modi en coping uit te dagen en meer contact te maken met de Kwetsbare Kind-modus. De expliciete groepsnormen dragen ook bij aan de veiligheid. In principe doet ieder groepslid mee met alle therapie-onderdelen en huishoudelijke taken. Je bent aanspreekbaar op disfunctioneel copinggedrag en blijft respectvol naar de ander. Lukt dat niet, dan loop je een rondje om tot je afgekoeld bent. *'Safety first'*. Voor deze veiligheid benadrukken Farrell en Shaw dat er bij deze complexe doelgroep altijd gewerkt moet worden met twee, liefst aan elkaar gelijkwaardige therapeuten. De een heeft de rol van de therapeut, die het werken leidt. De ander houdt contact met de groepsleden en let meer op hoe het met de behoeften van de groepsleden gaat. Deze rollen zijn flexibel. De therapeuten zijn actief

en directief, met name in het bewaken van het optimale spanningsniveau. Het proces wordt anders stop gezet, waarbij ieder eerst weer tot rust gekomen moet zijn, alvorens er verder wordt gegaan. Kennis en ervaring van groepsdynamische processen en ontwikkelingsfasen zijn daarbij onontbeerlijk. De basisbehoeften van het individu lopen door de groepsdynamische ontwikkelingsfasen heen (Levine, 1982). Door de korte duur en continue in- en uitstroom van patiënten in de groepen, zien we vooral de

*Voor we het wisten waren
we als team, op die ene
collega na, in de tekort-
schietende-ouderrol
terechtgekomen*

parallelfase, de opnemingsfase en de beëindigingsfase met bijhorende crisissen terug. De wederkerigheidsfase ontstaat niet altijd of is er kort. Bij komst van nieuwe groepsleden of vertrek van groepsleden of teamleden is het dan ook van belang dat de therapeuten actief aandacht geven aan deze dynamische processen en sturend zijn om de cohesie en het spanningsniveau optimaal te houden. In de klinische schematherapie interacteren individuele processen voortdurend met groepsprocessen. Uit angst voor afwijzing, verlating of niet-gezien-worden, raken vaak vroege afweermechanismen geactiveerd die in het klinisch milieu worden uitvergroet.

Een voorbeeld van splijting: een van de behandelaars werd enorm geïdealiseerd en de rest van dat subteam werd gezien als de

tekortschietende ouder. Deze dynamiek sloeg over naar de andere groep. Voor we het wisten waren we als geheel team, op die ene collega na, in de tekortschietende-ouderrol terechtgekomen. Woede en wantrouwen tegenover het team liep op, evenals irritatie bij het team over de geïdealiseerde behandelaar. Pas na interventie en reflectie op het destructieve groepsdynamische proces reguleerden de affecten weer. Het angstniveau in de patiëntengroep bleek te hoog geworden te zijn. Vanuit tegenoverdracht werden de patiënten door de ene behandelaar veel gevalideerd en te weinig begrensd, terwijl de rest van het team te snel vanuit de begrenzende rol was gaan handelen als tegenbeweging. Na onze reflectie konden we het gesprek met de patiëntengroepen op meta-niveau hierover aangaan en het angstniveau daarmee verlagen.

Implementatie-ervaringen

Al tijdens de voorbereiding van de nieuwe bewegwijzering namen we als regiebehandelaars de eerste verkeerde afslag. Ons enthousiasme deed ons te ver voor de troepen uitlopen. We dachten dat twee beleidsteammiddagen wel genoeg zouden zijn om het fasegerichte werken te implementeren. Er bleek echter meer tijd nodig te zijn om ieder vanuit zijn eigen discipline te laten meedenken en het model in eigen vakgebied vorm te geven. Pas na het doorlopen van een hele cyclus van achttien weken ontstond er een goede afstemming op elkaar. Als behandelaars moesten we wennen aan de strakkere structuur van met name de individuele gesprekken. Kort was de flexibiliteit even uit onze agenda. Ook bij

patiënten met de perfectionistische overcontroleerde modus dreigde de bewegwijzering een wegblokkade te worden. Niet te rigide omgaan met de fasegerichtheid bleek voor iedereen van belang. Deze vorm van werken vraagt in de kortdurende setting een grote mate van flexibiliteit van de behandelaars en goede afstemming binnen de samenwerking. Ook vraagt het om een goed getraind team in zowel de groepsschematherapie als de groepsdynamica.

We merkten bij het opstellen van de behandeldoelen dat de schemataal nog nader geconcretiseerd moet worden.

Tip: hou de taal begrijpelijk en concreet.

Het complexe interpersoonlijke klinische veld kent soms heftige negatieve groepsdynamische processen en vraagt voor de verkeersveiligheid voortdurende oplettendheid en actieve aansturing. Bovendien vragen verschillende groep- en modusfasen steeds om wisselende interventies. Grote schakelvaardigheid werd vereist. Even pakten we een verkeerde afslag door deze als het nieuwe normaal, ofwel de impliciete norm, te beschouwen. Intervisie liet ons weer omkeren. De combinatie groep- en individuele gesprekken werkte goed, mits de individuele gesprekken in dienst bleven staan van het groepsproces. *Tip: reflecteer met elkaar in de intervisie en samenwerking, hoe spannend ook.* Voor het team geldt het motto ook: 'safety first but no escape'.

Evaluatie en meting

Na de klinische behandeling kregen de patiënten een exit evaluatie zelfrapportage vragenlijst om vergelijkend inzicht te krijgen in het schematherapiemodel van Young en het nieuwe fasegerichte groepsschematherapie-

model van Farrell en Shaw. Bij een eerste analyse vonden we aanwijzingen voor een interactie-effect met leeftijd en behandelmethode. Patiënten beoordeelden de methode van Young hoger en de methode van Farrell en Shaw lager naarmate de leeftijd steeg. Het deelaspect 'groepsverband' bij het model van Farrell en Shaw werd positiever beoordeeld dan Youngs model. De deelaspecten 'combinatie therapievormen' en 'beoordeling bereikbaarheid team' gingen gelijk op.

Reflectie

De implementatie van de modifasen-bewegwijzering is zowel door het team als de patiëntengroep als helpend en van toegevoegde waarde aan het bestaande behandelprogramma ervaren. De richting en het pad naar de eindbestemming zijn beter zichtbaar en gestandaardiseerd geworden. Dit geeft duidelijkheid, voorspelbaarheid en daarmee meer veiligheid in het klinische milieu. De focus op de modi van de week bleek een gouden greep om de onderlinge afstemming tussen de therapieonderdelen te garanderen en de patiënten extra houvast te geven. Concluderend was het een intensieve, uitdagende implementatie die we inmiddels geheel hebben omarmd. Nieuwe inzichten kloppen echter alweer aan de deur. Denk daarbij aan het begrijpelijk maken van de schemataal, zowel in de fasen als doelen (Rosi Reubsat, 2018).

*Lizzy Kelfkens is klinisch psycholoog/psychotherapeut en werkt bij Altrecht binnen de zorg- eenheid Persoonlijkheidsstoornissen voor de schematherapiekliniek en de voorgezette tweedaagse schemadeeltijd.
Contact: l.kelfkens@altrecht.nl.*

Literatuur

- Aalders, H. & Dijk, J. van (2012). *Schemagerichte therapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe.
- Berk, T. (2005). *Leerboek groepspsychotherapie*. Utrecht: De Tijdsstroom.
- Berkouwer, A.Y. (2004). *Handboek psychoanalytische setting. Anatomie van een plek*. Amsterdam: Boom.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment. Attachment and loss: Vol. 1. Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. Londen: Routledge & Kegan Paul.
- Conway, M.A. & Pleydell-Pearce, C.W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107(2), p. 261-288.
- 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: Nieuwezijds.
- Fairbairn, W.R.D. (1963). Synopsis of an object-relations theory of the personality. *International Journal of Psychoanalysis*, 44(2), p. 224-225.
- Janzing, C. (2009). *Samenhangend behandelen in de GGZ*. Assen: Van Gorcum.
- Janzing, C. & Kerstens, J. (2005). *Werken in een therapeutisch milieu*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kernberg, O.F. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Levine, B. (1982). *Groepspsychotherapie. Praktijk en ontwikkeling*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Loeb, E. (2016). *Schematherapie en de Gezonde Volwassene*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Muste, E., Weertman, A. & Claassen, A.M. (2009). *Handboek klinische schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Reiss, N., Lieb, K., Arntz, A., Shaw, I.A. & Farrell, J.M. (2013a). Responding to the treatment challenge of patients with severe BPD: Results of three pilot studies of inpatient schema therapy. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, p. 1-13.

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

Rouchy, J-C. (2008). *Le groupe, espace analytique. Clinique et théorie*. Ramonville Sainte-Agme: Editon Eres.

Winnicott, D.W. (1965). *Maturational processes and the facilitating environment*. London: Hogarth Press.

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

Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource.

Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schematherapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press (Ned. vert. *Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005).

.....