

Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie

Groepen

De Slow Group

Groepen september 2022 jaargang 17 nummer 3



Nederlandse vereniging voor
groepsdynamica en groepspsychotherapie



Nederlandse vereniging voor
groepsdynamica en groepspsychotherapie



Inhoudsopgave

Redactioneel	5
Salvatore Vitale	
Van de voorzitter	9
Marc Daemen	
Het signaleren en herstellen van relatiebreeken in de groep	15
Frans van Paassen	
De WhatsApp-groep	31
<i>Over het gebruik van sociale media en groepspsychotherapie</i>	
Salvatore Vitale	
COLUMN	
Ditch de pitch	49
Sandra Schruijer	
RESEARCH GROEPSTHERAPIE	
De nieuwe Burlingame is uit!	53
Rob Koks en Willem de Haas	
Verslag van de Foulkes-lezing van Regine Scholz	65
Monique Leferink op Reinink	
VOOR U GELEZEN	69
<i>Traveling through time</i>	
Monique Leferink op Reinink	



De Slow Group

Als hoofdredacteur heb ik altijd het gevoel om alle bijdragen aan *Groepen* van A tot Z te lezen, lang voordat het nummer op de deurmat ligt bij de lezers. Voor mij voelt het als een privilege om op deze manier mijn vakkennis bij te houden en te weten te komen wat er leeft onder collega's en in de samenleving, ontspannen vanuit de luxe van mijn eigen studeerkamer, luie stoel of in de tuin in het zonnetje. Afgezien van de themanummers, die lang van te voren worden gepland, is het streven om te zorgen voor evenwichtige diversiteit in de artikelen in de nummers van dit vaktijdschrift. Dit keer leek dat niet te gaan lukken, omdat het aantal toegezegde artikelen beperkt was en er last minute ook nog artikelen afvielen. Is het dan dit keer een bundeling willekeurige artikelen over groepstherapie geworden?

Nee. Toen alle artikelen bij de eindredactie lagen en ik ging zitten voor mijn redactioneel, zag ik het verband tussen de artikelen. Ik moest denken aan de Slow Food-beweging die in de jaren tachtig is opgericht door Carlo Petrini in Bra, regio Piemonte in Noord-Italië. In het kort zet deze beweging zich af tegen de industriële productie van voedsel met fastfood als exponent daarvan. Ze beoogt de culturele of traditionele keuken

te behouden en daarmee ook het oorspronkelijke gebruik van gewassen, zaden, dieren en landbouwgebruiken van een regio (Petrini, 2015). Natuurlijk vraagt dit om uitleg, omdat niet iedereen aan slow food denkt bij groepspsychotherapie. In de oprichtingsverklaring van de Slow Food-beweging staat het volgende geschreven (Petrini, 2015):

We moeten ons verdedigen tegen de algehele waanzin van fast life door rustig te genieten van de dingen des levens. Aan wie een gejaagd bestaan aanziet voor efficiëntie, en dat zijn de meesten, stellen we een vaccin voor, bestaande uit een juiste dosis gegarandeerd zinnelijk genot, langzaam te consumeren om er zo lang mogelijk van te kunnen genieten. We beginnen aan tafel, met slow food. Als reactie op de vervlakking van fastfood herontdekken we de rijkdom en de aroma's van de lokale keuken. Als fast life in naam van productiviteit ons leven verandert en ons landschap en milieu bedreigt, dan is Slow Food vandaag de dag het revolutionaire antwoord daarop.

Het begon bij de column van Sandra Schruijer met de titel *Ditch the pitch*; dat zou een passende titel van een manifest zijn. Zij hekelt de cultuur van snel willen scoren en pleit voor contact, tijd en ruimte, belangstelling en wederkerigheid. Betekenisgeving,

verdieping en samen worstelen. Ze raakt hiermee, zonder dat bij het schrijven te kunnen weten, aan de kern van het artikel geschreven door Frans van Paassen. Hij staat stil bij het belang van het signaleren en herstellen van relatiebreuken in het interpersoonlijke contact in de groep. Als het gaat over interpersoonlijk contact en de veranderingen in relaties als gevolg van internet en sociale media wordt in mijn eigen artikel beschreven hoe dit effect heeft op de groepspsychotherapie. Indirect een pleidooi voor contact, relaties en aandacht voor de gevolgen van de grenzeloosheid van internet. De wetenschappelijke basis van ons werk als groepstherapeuten is ruimschoots vastgesteld en wordt in dit septembernummer in een bijdrage van Rob Koks en Willem de Haas aandachtig weergegeven. Zij beschrijven de nieuwste review over de evidentie voor de werkzaamheid van groepstherapie door Gary Burlingame & Bernhard Strauss.

In de column van de voorzitter vertelt Marc Daemen over de succesvolle lobby van de NVGP in samenwerking met diverse partijen die zal leiden tot betere tarieven voor groepsconsulten in het ZPM. Tevens gaat hij in op de huidige en toekomstige prioriteiten van het bestuur, waaronder de oprichting van de sector de Maatschappij als Groep. Monique Leferink op Reinink neemt ons hierin alvast mee met twee bijdragen. Zo schrijft zij over het boek van Gerard Fromm uit 2022 met de titel *Traveling through time* over hoe trauma door generaties heen doorwerkt in families, organisaties en de samenleving. Tevens heeft zij verslag gedaan van de 45^{ste} Foulkes-lezing van de Group Analytic Society International (GASi), gehouden door dr. Regine Scholz,

die was getiteld *When foundation matrices move – Challenges for a group analysis of our time*. Regine Scholz gaat in op de vraag hoe psychoanalytisch geschoolde professionals een bijdrage kunnen leveren aan het verminderen van de spanningen in de samenleving die ontstaan door de migratie van enorme aantallen mensen ten gevolge van oorlogen, de klimaatcrisis en de wereldwijde politieke en economische onrust.

Al deze bijdragen hebben als centraal thema het maken van contact, de tijd nemen om met elkaar te verbinden, het belang en de relevantie van groepstherapie en de invloed van veranderingen en spanningen in de samenleving op de maatschappij en daarmee in onze groepen. Het blijft een uitdaging om ons werk als groepstherapeuten en ggz-professionals niet te veel te laten beïnvloeden door politieke en financiële belangen, waarbij bezuinigingen op de ggz en met name op intensievere en meer complexe vormen van behandeling de afgelopen jaren hebben geleid tot sluiting van klinieken en gespecialiseerde centra. De recent aangekondigde sluiting van het Centrum voor Psychotherapie van Pro Persona in Lunteren is daarvan een voorbeeld (Gaffke, 2022).

Graag wil ik hier dan ook een nieuwe term introduceren, namelijk de Slow Group. In aansluiting op Petrini (2015) en de Slow Food-beweging kunnen wij als groepstherapeuten een beweging in gang zetten tegen de *quick fix* in de gezondheidszorg, zodat we de tijd kunnen nemen om onze patiënten in de groep te helpen om te gaan met de uitdagingen en worstelingen die onze samenleving en de online wereld met zich meebrengen. Zie het lezen van dit papieren vaktijdschrift

over fundamentele thema's rondom groepsdynamica, groepspsychotherapie, interpersoonlijk contact en de samenleving als onderdeel van de Slow Group-beweging. Ga in gesprek met elkaar over wat er geschreven wordt en discussieer met elkaar.

Geniet van dit nummer bij voorkeur, in alle rust, onder het genot van een regionale en natuurlijk gebrouwen drank volgens de principes van de Slow Food!

Salvatore Vitale

Literatuur

.....

Gaffke, P. (2022). Steeds meer ggz-instellingen moeten sluiten, medewerkers in Lunteren willen kliniek zelf kopen zodat die niet dicht hoeft. Verkregen op 10-07-2022 van <https://eenvandaag.avrotros.nl/item/steeds-meer-ggz-instellingen-moeten-sluiten-medewerkers-in-lunteren-willen-kliniek-zelf-kopen-zodat-die-niet-dicht-hoeft/>

Petrini, C. (2015). *Slow Food. Over het belang van smaak*. Hilversum: Fontaine Uitgevers.

.....

Missie geslaagd: er komen betere tarieven voor groepsconsulten in het ZPM!

Net voor de deadline van dit nummer bereikte mij uit betrouwbare bron fantastisch nieuws voor de toekomst van de groepstherapie in Nederland. Het bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft besloten meer indirecte tijd toe te gaan wijzen aan groepsbehandeling, zodat de tarieven voor groepsconsulten zullen worden verhoogd.

De NVGP is erin geslaagd om in samenwerking met enkele ggz-instellingen (GGz WNB, GGz Breburg, Arkin, De Viersprong), de beroepsverenigingen Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) en Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), brancheorganisatie de Nederlandse ggz en patiëntenvereniging MIND dit thema op de agenda van het ZPM te plaatsen. Bijna een jaar intensief lobbywerk heeft zijn vruchten afgeworpen.

Weeffout ZPM rechtgezet

Afgelopen najaar trok het bestuur van de NVGP aan de alarmbel over een weeffout ten nadele van groepstherapie in het Zorgprestatie-model (ZPM), het nieuwe bekostigingssysteem voor de gespecialiseerde, forensische en basis-ggz (Aalders, Daemen, & van Hest, 2021). De norm voor indirecte tijd per groepsconsult stond niet in verhouding tot die voor

individuele consulten. Door het niet toepassen van de settingvariabele op de groepsconsulten nam het verschil met individuele therapie in het nadeel van groepstherapie toe naarmate de setting complexer werd. En dat terwijl juist in die settings veel groepsbehandelingen worden ingezet. Dit leidde tot een onbedoeld concurrentienadeel voor aanbieders van groepsbehandelingen.

Toen deze analyse door diverse partijen werd bevestigd, heeft het bestuur op 17 november 2021 een brandbrief gestuurd naar het Programma Zorgprestatie-model, de organisatie die onder auspiciën van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de nieuwe bekostigingssystematiek moest uitwerken. Wekenlang kwam er geen enkele respons, ondanks herhaalde reminders. Hierop is dezelfde brief op 24 december 2021 naar de NZa zelf gestuurd. Ook van die kant bleef een reactie uit. Tot we op 17 januari 2022 onze leden en sympathisanten hebben opgeroepen om protestmails naar de NZa te sturen. Deze oproep werd veelvuldig gedeeld op sociale media en massaal opgevolgd. Na twee dagen, op 19 januari 2022, reageerde de programmamanager Zorgprestatie-model en iets later lag er een uitnodiging van de NZa in de bus om met elkaar te praten. Op 4 februari 2022 vond een eerste

constructief gesprek plaats tussen bestuursleden van de NVGP en medewerkers van de NZa, waarin we onze bewaren tegen de kostprijsberekening van groepsconsulten hebben toegelicht en getoetst aan de zienswijze van de NZa. Onze gesprekspartners moesten toegeven dat, in het streven om de registratie zo eenvoudig mogelijk te houden, een ander principe in het gedrang was gekomen: het ZPM als neutraal bekostigingssysteem, met een gelijk financieel speelveld voor alle aanbieders. De NZa-medewerkers bevestigden nogmaals dit principe: cliënten moeten steeds de meest geschikte behandeling kunnen ontvangen, of dit nu individuele behandeling of groepstherapie is.

Vanaf dat moment wisten we dat we gelijk *hadden* om een aanpassing van de kostprijsberekening voor groepsconsulten te eisen, maar begon onze strijd om gelijk te *halen* pas goed. Het zal niet verbazen dat we tegen heel wat weerstand hebben moeten opboksen, er spelen immers zoveel verschillende belangen in de ggz. Bijvoorbeeld: gezien de vele problemen die ICT-leveranciers in de aanloop naar de invoering van het ZPM per 1 januari 2022 hadden ondervonden om tijdig de declaratiemodulen in te bouwen in hun applicaties, gaven diverse partijen blijk van koudwatervrees om op dat moment verder te sleutelen aan het kersverse bekostigingssysteem. En Zorgverzekeraars Nederland (ZN) stelde de kwestie van de indirecte tijd in zijn geheel ter discussie, gegeven de andere protesten uit het werkveld over onder andere een ontoereikende bekostiging van diagnostiek en systeemtherapie. De zorgverzekeraars wilden alles wat met indirecte tijd te maken had liever in één keer geregeld zien (lees: pas over enkele jaren,

wanneer er een nieuw algemeen kostprijsonderzoek door de NZa zou plaatsvinden). Bovendien was voor de NZa macro-economische neutraliteit een harde voorwaarde en ook ZN liet ons meteen weten dat er geen ruimte was voor extra budget. Kortom: veel neiging tot uitstel bij diverse partijen waar de groepstherapie de dupe van dreigde te worden. Het was soms omzichtig manoeuvreren en dan weer assertief doorpakken om uiteindelijk een reparatievoorstel op de tafel van het Onderhoudsoverleg te krijgen, het officiële orgaan dat zich met de doorontwikkeling van het ZPM bezighoudt. Welnu, dit voorstel is afgelopen week formeel goedgekeurd door het bestuur van de NZa.

Hebben we onze slag volledig thuisgehaald? Zeker wel wat betreft het herstellen van de negatieve balans in het nadeel van groepsbehandeling, omdat er voortaan meer indirecte tijd zal worden toegerekend aan de groepsconsulten. Maar voor de ggz-sector in zijn geheel komt er geen euro bij. Het gaat louter om een verschuiving van de indirecte tijd binnen de ZPM-systematiek: om de groepsconsulten de noodzakelijke 25,2% extra te geven zal bij individuele behandeling en begeleiding 2,34% indirecte tijd worden afgeroomd. (De indirecte tijd bij diagnostiek wordt dan weer niet geraakt, omdat hierover zoals gezegd nog een aparte discussie gaande is). Het door de NZa gehanteerde principe van macro-economische neutraliteit betekent dus helaas dat de negatieve impact van het ZPM op hun financiële situatie waarover veel ggz-aanbieders klagen vooralsnog niet wordt verholpen. Hierover vond eind juni bestuurlijk overleg plaats tussen NZa, ZN en de Nederlandse ggz. Op basis van een

onderzoek naar de omzetsderving van ggz-instellingen over het eerste kwartaal van 2022 zijn door de Nederlandse ggz als oplossingen aangedragen: 'aanpassing indirecte tijd in de tarieven, aanpassing contractering (extra inzet transitieprestatie) en een coronaregeling' (de Nederlandse ggz, 2022). Dit standpunt onderschrijf ik als voorzitter van de NVGP volledig.

Voor onze eis om de reparatie met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2022 te laten ingaan, bleek er weinig draagvlak te bestaan binnen de NZa-expertgroep Verbetering Groepsconsulten (waar ik na veel aandringen als NVGP-voorzitter bij mocht aansluiten): 'te ingewikkeld en binnen de huidige ICT-context onuitvoerbaar' was het antwoord. De NZa verwees ons naar de mogelijkheid om met de zorgverzekeraars voor 2022 een zogenoemde 'transitieprestatie' af te spreken. Voor zover mij bekend staan zorgverzekeraars daar echter weigerachtig tegenover. En als ik in de eerder geciteerde nieuwsbrief lees dat de Nederlandse ggz de extra inzet van de transitieprestatie opnieuw heeft moeten aanklaarten bij NZa en ZN, acht ik een tariefcorrectie met terugwerkende kracht weinig waarschijnlijk.

Wanneer gaan de nieuwe tarieven voor groepsconsulten dan wel in? Gebleken is dat de ICT-leveranciers het afgelopen jaar grote moeite hadden om hun declaratiemodules operationeel te krijgen. Met dit in het achterhoofd zal het NZa bestuur de nieuwe tariefstructuur wellicht pas per 1 januari 2023 laten ingaan. De nieuwe tarieven voor groepsconsulten zijn op het moment van schrijven nog niet bekend, maar we verwachten deze in een gepland vervolgartikel

over het ZPM in het decembernummer van *Groepen* te kunnen meenemen.

Ook al hadden we de correctie liever nog sneller doorgevoerd gezien, we zijn als NVGP-bestuur zeer opgetogen én opgelucht dat de tariefwijziging er in ieder geval komt. Het reële gevaar dat ggz-aanbieders om financiële redenen hun groepsaanbod zouden gaan afbouwen is afgewend. Hiermee is een van onze beleidsprioriteiten voor 2021-2022 gerealiseerd (Daemen, 2021). Echter: hierin zouden we nooit zijn geslaagd zonder de massale bijval uit het veld door groepstherapeuten en andere sympathisanten. Bij deze nogmaals onze dank aan allen die onze protestactie hebben gesteund en zo hebben meegewerkt aan een billijke vergoeding voor groepsbehandeling in het ZPM. Dat deze kwestie veel collega's heeft beziggehouden, blijkt overigens uit wat zich op LinkedIn heeft afgespeeld: onze berichtgeving over de verbeterde tarieven voor groepsconsulten is in amper 72 uur meer dan 18.000 keer bekeken. De NVGP gaat viraal!

Nieuwe prioriteiten bestuur

Tijdens de recente algemene ledenvergadering is waardering uitgesproken voor het werken met prioriteiten; het geeft duidelijkheid en focus aan de vereniging, met concrete resultaten tot gevolg. Naast bovenstaand succesvol lobbywerk over de groepsconsulten is ook ten aanzien van de andere twee prioriteiten van afgelopen jaar vooruitgang geboekt:

- Public relations: Derk-Jan Drost is aangesteld als PR-functionaris en zal in nauwe samenwerking met portefeuillehouder

Daniëlle van Scheppingen onze sociale mediakanalen en de NVGP-website beheren.

- Competentieprofielen: het competentieprofiel groepstherapeut is klaar, voor feedback voorgelegd aan de leden (tijdens de opleidersdag in mei en de algemene ledenvergadering in juni) en inmiddels vastgesteld door het bestuur. Later zullen nog competentieprofielen volgen voor specialistisch groepstherapeut NVGP, supervisor, cursusgever en leertherapeut.

van de groepsdynamica naar de huidige maatschappelijke ontwikkelingen? Kunnen we hier vaker mee naar buiten treden en een bijdrage leveren aan het maatschappelijke debat?

Samen met onze leden en mogelijke samenwerkingspartners gaan we hier vanaf dit najaar mee aan de slag. De NVGP laat (nog meer) van zich horen!

Marc Daemen

Uit het NVGP meerjarenbeleidsplan heeft het bestuur voor 2022-2023 drie nieuwe prioriteiten gekozen.

1. Het **interpersoonlijke model** van Yalom & Leszcz (2020). Dit model is door het vorige bestuur aangemerkt als een wezenlijk theoretisch referentiekader naast de groepsdynamica en wordt sindsdien onderwezen in de opleiding tot specialistisch groepstherapeut (NVGP, 2019). Hoe wordt dit ervaren? Slagen we erin de meerwaarde hiervan binnen het professionele veld over te brengen? En zo ja, hoe verhouden die twee referentiekaders zich dan tot elkaar? We willen dit samen met de OC en eventuele andere geïnteresseerden uitdiepen en het resultaat hiervan uitdragen.
2. Positionering van **groepstherapie als wetenschappelijk onderbouwde behandelvorm** in tijden van schaarste in de ggz. Hoe kunnen we onze claim als kosteneffectief alternatief voor individuele behandeling nog meer kracht bijzetten en beleidsmakers overtuigen?
3. De oprichting van de **Maatschappij als Groep**, een nieuwe sector binnen de NVGP. Hoe kijken we met onze kennis

Literatuur

Aalders, H., Daemen, M.H.L. & Hest, K. van (2021). Het zorgprestatie-model. Wat betekent dat voor groepsbehandelingen? *Groepen. Tijdschrift voor Groepsdynamica & Groepspsychotherapie*, 16(4), p. 10-23.

Daemen, M.H.L. (2021). Van de voorzitter. Waar staan wij voor als NVGP? *Groepen. Tijdschrift voor Groepsdynamica & Groepspsychotherapie*, 16(3), p. 8-15.

De Nederlandse ggz (2022). Reactie ZN en NZa op onderzoek omzetting. *Nieuwsbrief Dit was onze week*, 30-6-22, per email.

NVGP (2019). *Opleidingsreglement*. Artikel 1.B, p. 1. Geraadpleegd op 2-7-22 via <https://www.groepspsychotherapie.nl/reglementen/opleidingsreglement/>

Yalom I.D. & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (6th ed.). New York: Basic Books.

Het signaleren en herstellen van relatiebreuken in de groep

Kintsugi is Japans voor ‘gouden verbinding’, de kunst van het repareren van gebroken keramiek met goud- of zilverkleurige lak wordt *kintsukuroi* genoemd (‘met goud herstellen’). De sporen van breuk en herstel dragen in de Japanse schoonheidsleer bij aan de schoonheid van een voorwerp.

Door Frans van Paassen

Relatiebreuken, impasses, stagnaties en conflicten zijn onvermijdelijk in therapie. Een groeiend aantal onderzoeken suggereert dat het herstellen van breuken in de relatie gerelateerd is aan een positief resultaat van de behandeling (Flückiger e.a., 2018; Safran e.a., 2011). Breuken worden geassocieerd met de activering van disfunctionele interpersoonlijke patronen en het herstellen ervan biedt de mogelijkheid tot adaptieve verandering. Onopgeloste breuken zijn geassocieerd met verslechtering van de alliantie en kunnen leiden tot een slecht resultaat of drop-out (Henry e.a., 1986; Safran e.a., 2005). De groepsbehandeling biedt veel mogelijkheden tot relatiebreuken en daarmee ook kansen om deze te repareren, wat kan leiden tot correctieve emotionele, interactionele ervaringen. Het proces van reparatie van de breuk leidt tot herstel van vertrouwen in elkaar en versterkt de cohesie. Het vergroot ook het vermogen om met toekomstige alliantiebreuken om te gaan. Omdat alliantiebreuken bovendien transtheoretische fenomenen zijn, is hun effectieve behandeling relevant en belangrijk voor klinici van alle oriëntaties (Safran, 1993).

It takes two to tango

Er zijn parallellen getrokken tussen de affectieve afstemming zoals we die zien in de moeder-kindrelatie en in het interpersoon-



lijk contact tussen therapeut en patiënt (Safran, 1993; Safran e.a., 1990). Ouders zijn niet alleen belangrijk voor de feitelijke verzorging van hun kind maar ook in hun vermogen om het gedrag van hun kind te kunnen interpreteren in termen van motieven, gedachten en gevoelens. Het vermogen om te kunnen mentaliseren betekent dat de ouder gedachten en gevoelens heeft over wat er in hun kind omgaat of zou kunnen omgaan. Ouders zijn echter niet perfect. Zij kunnen soms tekortschieten in empathie of begrip. Er is dan een breuk in de relatie. Als de ouder zich hiervan bewust wordt en moeite doet de breuk te repareren, wordt het contact hersteld.

Breuken in de relatie vormen leermomenten, mits ze worden gerepareerd

Volgens Tronick (1989) dient dit proces van verkeerde afstemming en reparatie een belangrijke ontwikkelingsfunctie. Het kind leert om te gaan met het feit dat ouders tekort kunnen schieten en dus feilbaar zijn, maar ook dat breuken niet hoeven te leiden tot verlies van contact. Breuken in de relatie vormen leermomenten, mits ze worden gerepareerd. Als een kind zich echter niet of onvoldoende gespiegeld voelt in zijn gedachten en gevoelens, kan dit leiden tot een ingrijpende breuk in de relatie. Er ontstaat een breuk in de wederkerigheid waar het mentale processen betreft, een breuk in de verbinding met de ander en daarmee eveneens een verlies van vertrouwen waardoor er geen verder leren kan plaatsvinden (Bateman & Fonagy, 2016).

Kinderen zijn afhankelijk van de ouders in het begrijpen en verklaren van de innerlijke en uiterlijke realiteit en ze zijn geneigd om de verklaringen van de ouders te accepteren en voor waar aan te nemen. Omdat kinderen afhankelijk zijn van de liefde, zorg en bescherming van hun ouders, is het voor hen moeilijk aan hun verzorgers kwaadaardige motieven toe te schrijven. Zij weten niet dat hun ouders hen vanuit hun eigen pathologie irrationeel kunnen beschuldigen, straffen, misbruiken, verwerpen of negeren. Zij zijn geneigd de beschuldigingen voor waar aan te nemen en te geloven dat zij zelf iets slechts hebben gedaan. Het schuldgevoel dient dan als afweer van de angst die het kind zou voelen als het zou twijfelen aan de goede bedoelingen van de ouder. De geïdealiseerde ouder zou dan een onveilige ouder worden. De wereld, die toch al veel angsten oproept, wordt dan echt onveilig en de hoop dat dit ten goede kan veranderen, zou verloren gaan. Zoals Fairbairn (1954) opmerkte: 'Better a bad me in a good world, than a good me in a bad world.' Het kind komt in een onmogelijke positie: als het wil vasthouden aan zijn eigen subjectieve gevoelens en behoeften (autonomie), dan verliest het de ouder. In de groepsbehandeling kan zo, op grond van ervaringen uit het verleden, onderliggend de angst om de schuld te krijgen ontstaan. Bij de patiënt ligt zijn eigen 'slechtheid' ten grondslag aan zijn identiteit en de ander is in zijn ogen een onbetrouwbare onbekende geworden. Afhankelijkheid wordt beleefd als levensgevaarlijk, maar toch is de behoefte aan verbinding groot (Nicolai, 2017).

Anne twijfelt of ze contact zal opnemen met haar vader. Dit is een onderwerp dat ze vaker

heeft ingebracht. Ze wil door vader gehoord en gezien worden, maar ze heeft zich altijd door hem ontkend gevoeld. Haar angst is dat dit patroon zich zal herhalen. Gaandeweg verlegt het zwaartepunt van het gesprek zich naar een ander groepslid.

In de volgende groepszitting zegt Anne dat ze zich vorige week niet gehoord voelde, met name door de therapeuten. De therapeuten geven haar de ruimte om haar boosheid en pijn jegens hen te uiten. Ze heeft het gevoel dat de therapeuten haar verwaarlozen. In de tegenoverdracht ervaart therapeut Els het door Anne geprojecteerde deel in de vorm van schaamte en schuldgevoel. In contact met de therapeuten is Annes intense behoefte aan ouderfiguren die haar verlangens altijd volledig aanvoelen en bevredigen voelbaar. De mate waarin de therapeuten tegemoet kunnen komen aan haar verlangens ervaart ze als tekortschietend.

Relatiebreuken in de groep

In de groepsbehandeling kunnen deze vroege breuken zich gaan herhalen in de interacties met de andere groepsleden en de therapeut(en). In de groep zijn er meer potentiële 'daders'. Niet alleen de andere groepsleden, maar ook de therapeuten kunnen namelijk tekortschieten in empathie, geduld of begrip. Evenals de ouder is de therapeut niet almachtig, alwetend en zonder schuld. Ook het gedrag van de therapeut kan tot breuken in de relatie leiden. Hij kan belangrijke informatie vergeten. Hij kan ongelukkige of slecht getimed interventies doen. Hij kan vanuit tegenoverdracht reageren op het gedrag van een groepslid of de groep als geheel (Rutan, 2021). Zoals spanningen tussen ouders invloed hebben op de kinderen, moe-

ten de therapeuten zich ervan bewust zijn dat hun relatie invloed heeft op de groep. Tussen co-therapeuten kan een breuk ontstaan rond de werkwijze of de richting waarin de groep moet gaan. Verschil in ervaring en macht kan gevoelens van rivaliteit oproepen. Verschil in sekse kan invloed hebben op projecties vanuit de groepsleden.

Omdat alliantiebreuken transtheoretische fenomenen zijn, is effectieve behandeling ervan relevant voor klinici van alle oriëntaties

Breuken zijn onvermijdelijk, maar ook een voorwaarde voor verdere ontwikkeling. Volgens het resolutiemodel van Safran en Muran (2000) wordt de therapeutische relatie gedurende de behandeling gekenmerkt door cycli van relatiebreuken en het repareren van de breuken. Dit model, 'het repareren van relatiebreuken', is een belangrijke recente ontwikkeling in onderzoek en praktijk van de therapeutische relatie. Het signaleren en repareren van alliantiebreuken in het hier-en-nu van de therapeutische relatie levert een belangrijke bijdrage aan de effectiviteit van de behandeling, aan toenemende cohesie en het voorkomen van voortijdige drop-out.

In het model wordt het concept 'breuk' gedefinieerd als 'spanningen in de relatie bestaande uit ofwel meningsverschillen over de taken of doelen van de behandeling of problemen in de alliantie' (Safran & Muran,

2000). Gullo e.a. (2021) beschrijven relatiebreuken als verstoringen in cohesie of verbinding met de leider, leden of groep als geheel. Stagnaties, misverstanden en onbegrip in de therapeutische communicatie zullen onherroepelijk disfunctionele persoonlijkheids schema's uit het leven van de groepsleden maar ook van de therapeut reactiveren (Safran & Muran, 2000). Het oplossen van breuken leidt tot herstel van de relatie en wordt beschouwd als een belangrijk veranderingsmechanisme (Eubanks e.a., 2018; Eubanks e.a., 2019; Safran e.a., 2011). Onopgeloste breuken zijn geassocieerd met verslechtering van de alliantie en kunnen leiden tot een slecht resultaat of drop-out (Henry e.a., 1986; Safran e.a., 2005). Het succesvol oplossen van of gezamenlijk onderhandelen over breuken die vaak binnen de behandeling voorkomen, kan groei en inzicht bevorderen bij zowel de patiënten als de therapeut (Safran & Muran, 2000). Omdat alliantiebreuken bovendien trans-theoretische fenomenen zijn, is effectieve behandeling ervan relevant en belangrijk voor klinici van alle oriëntaties.

Basale interactionele motieven

Bij relatiebreuken spelen onderliggend universele interactionele behoeften en verlangens een belangrijke rol. Als deze behoeften in de vroege jeugd niet of onvoldoende zijn vervuld, zullen zij de interacties met anderen binnen de groep gaan kleuren. Sachse (1997) beschrijft de volgende basale interactionele motieven:

- Behoeftte aan acceptatie, behoefte belangrijk te zijn, van betekenis te zijn voor de ander;
- Behoeftte aan een betrouwbare relatie met

een ander, die zekerheid en geborgenheid biedt;

- Behoeftte aan solidariteit, dat de ander achter je staat, je ondersteunt, hulp geeft indien nodig, geborgenheid geeft, aan jou kant staat;
- Behoeftte aan autonomie, behoefte om in je zelfbepaling, zelfdefiniëring en zelfontwikkeling aanvaard te worden;
- Behoeftte dat je eigen grenzen door de ander geaccepteerd en gerespecteerd worden.

Bij het nastreven van deze basale behoeften aan verbinding en autonomie treedt een inherente dialectische spanning op. Het groepslid dat zich wil differentiëren van de anderen kan bang zijn om buitengesloten te worden; het groepslid dat erbij wil horen kan het gevoel hebben dat het dan moet voldoen aan de verwachtingen van de anderen. De uitdaging is om te zoeken naar een evenwicht tussen beide behoeften.

Ontwijkend of confronterend

Safran en Muran onderscheiden twee soorten relatiebreuken: ontwijkende en confronterende. Beide kunnen gezien worden als door angst ingegeven vermijdende oplossingen. Bij ontwijkende relatiebreuken geven groepsleden voorrang aan het in verbinding blijven met de ander, het bewaren van de vrede en het vermijden van het risico om de band met de ander ernstig te schaden, boven hun behoefte aan zelfbevestiging en autonomie. Bij confronterende relatiebreuken gaan groepsleden uit angst voor verlies van hun autonomie het conflict aan met de ander ten koste van de verbondenheid. Ontwijkende relatiebreuken kunnen zicht-

baar worden door het ontkennen van gevoelens van boosheid; doordat groepsleden zwijgen of minimaal reageren op vragen; doordat er plotseling veranderd kan worden van onderwerp; door rationalisaties of door oeverloze verhalen; door spreken over anderen. Confronterende relatiebreuken worden zichtbaar in klagen over de therapeut als persoon ('te passief'); de deskundigheid van de therapeut in twijfel trekken; irritatie over herhaaldelijk vragen naar beleving en gevoelens; twijfels uiten over het nut van de behandeling; klagen over praktische aspecten zoals de beschikbare tijd; klagen over het resultaat van de behandeling (Safran & Muran, 2000).

De groepsbehandeling biedt veel mogelijkheden tot relatiebreuken en daarmee ook kansen om die te repareren, wat kan leiden tot correctieve emotionele, interactionele ervaringen. Het proces van reparatie van de breuk leidt tot herstel van vertrouwen in elkaar en versterkt de cohesie. Het vergroot

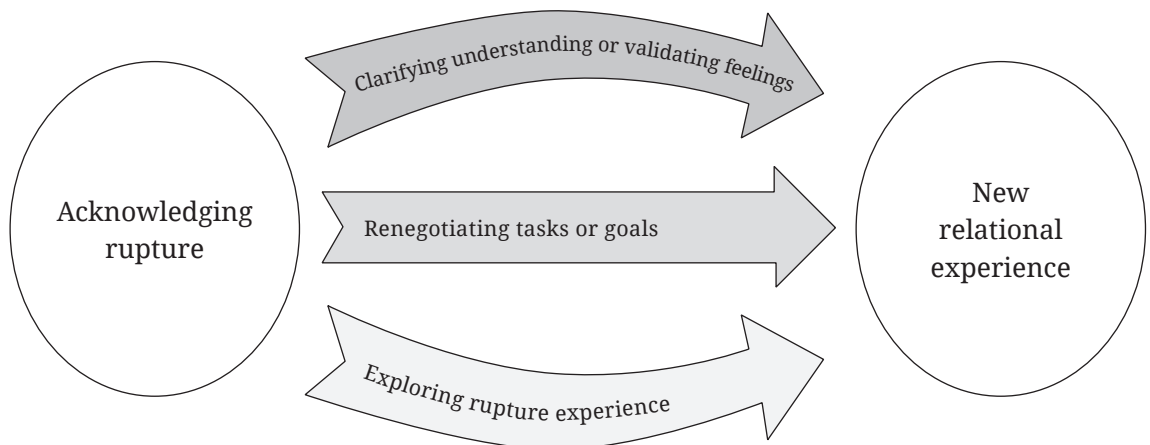
ook het vermogen om met toekomstige alliantiebreuken om te gaan.

Repareren

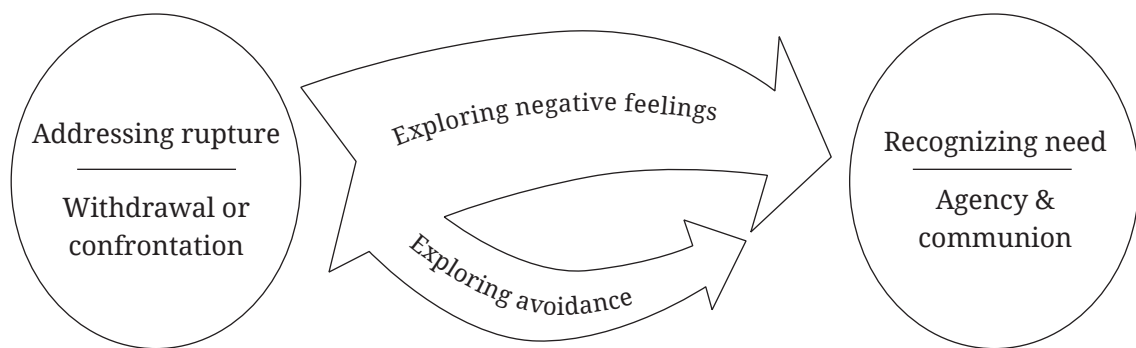
Na uitvoerig onderzoek, gebaseerd op studie van klinische literatuur, zowel praktisch als empirisch, komen Muran en Eubanks (2020) tot het volgende schema:

Ze definiëren drie mogelijke paden, die alle drie beginnen met de erkenning van een breuk en leiden tot een nieuwe relationele of correctionele ervaring.

Het eerste pad kan beschreven worden als het opbouwen van de relatie. Dit pad omvat het uitleggen van de grondgedachte van een taak of doel, het ophelderen van een misverstand of het valideren van angst. Het tweede pad omvat opnieuw onderhandelen over een taak of doel en elke verandering in de taak (een ander onderwerp om te onderzoeken of andere huiswerkopdracht) of in het doel van de behandeling (verlichting



Figuur 1: *Strategies for rupture-repair* (Muran & Eubanks, 2020; designed by Rachel Small, 2019)



Figuur 2: *The stage-process model* (Muran & Eubanks, 2020; designed by Rachel Small, 2019)

van de symptomen vóór het streven naar inzicht). De auteurs beschrijven de eerste twee paden als ‘onmiddellijke’ strategieën omdat ze erop gericht zijn de breuk direct te behandelen en vervolgens de behandeling ‘weer op het goede spoor’ te krijgen. Dit kunnen belangrijke ervaringen zijn voor de groepsleden, omdat het voor hen nieuwe en corrigerende ervaringen zijn, zoals door een ander geholpen en begrepen worden, of dat er tegemoet wordt gekomen aan een uitgesproken wens. Negatieve verwachtingen van anderen (zoals ‘anderen denken alleen aan zichzelf’) kunnen hierdoor worden gecorrigeerd.

Het derde pad, dat ze ‘expressief’ noemen, omvat de verkenning van de breuk, inclusief de respectievelijke bijdragen van de groepsleden en de therapeut, hun gedachten, gevoelens en gedragsacties (onthullingen en vermijdingen), leidend naar meer begrip van hun onderliggende behoeften (om zich te doen gelden of te worden gekoesterd).

In het proces van ‘repareren van relatiebreuken’ zijn de volgende vier stappen te onderkennen:

1. Bewustwording van de relatiebreuk. Als de therapeut merkt dat hij in het interactionele proces verstrikt is geraakt, probeert hij zich hieruit los te maken, waarna hij vanuit zijn eigen beleving probeert te beschrijven wat er gebeurt (zelfreflectie, metacommunicatie). Safran en Muran (2000) noemen vier aspecten waar de therapeut bij zichzelf op kan letten:

- 1.1. *Bewustzijn van gevoelens, beelden en fantasieën, die de patiënt bij u oproept.* Het is belangrijk deze eigen ervaringen zorgvuldig te exploreren, alvorens er een interventie op te baseren. Ervaringen als angst, woede, machteloosheid, schaamte, verveling en verleiding zijn belangrijke aanwijzingen voor een relatiebreuk;
- 1.2. *Bewustzijn van actietendensen.* Bijvoorbeeld de neiging om met de patiënt in discussie te gaan of om adviezen te geven;
- 1.3. *Bewustwording, achteraf, van eigen reacties.* Vaak wordt u zich pas achteraf bewust van de impact die de ander heeft. Er blijft iets bij u hangen of u realiseert zich hoe u heeft gereageerd, bijvoorbeeld dat u zich ging verdedigen toen het groepslid kritiek uitte;

- 1.4. *Onderkennen van het interpersoonlijk appel van de patiënt.* Bijvoorbeeld: u merkt dat tijdens het gesprek uw gedachten steeds afdwalen. U gaat zich realiseren dat dit te maken heeft met de manier waarop de patiënt gewoonlijk praat: vaag en monotoon.

Zo kan de therapeut de eigen gewaarwordingen gebruiken om inzicht te krijgen in de interactionele stijl van de groepsleden.

Ria komt uit een groot gezin en was het kind 'waar altijd iets mee is'. Voordat de groep begint schiet Ria de therapeut aan en meldt dat ze van haar huisarts moest zeggen dat ze suïcidaal is (Ria neemt zelf geen verantwoordelijkheid). Als de therapeut voorstelt om dit straks in de groep te bespreken, zegt Ria dat ze dit niet wil (ontwijkende breuk). De therapeut voelt irritatie. Ze zegt tegen Ria dat ze voor haar wil zorgen, maar dat ze dat niet kan als ze haar probleem niet in de groep wil bespreken. De therapeut voelt zich in de hoek gezet, machteloos gemaakt en boos. Ze beseft dan dat, hoewel ze niet over de inhoud kan praten, ze wel iets kan zeggen over de interactie (ze is niet machteloos). In de groep komt ze terug op het feit dat Ria haar iets meedeelde wat ze nu hier niet wil bespreken. Ze respecteert dat, want groepsleden bepalen zelf of ze iets al of niet willen inbrengen (autonomie van de patiënt). Ze zegt dat Ria als het voor haar gedurende de week te moeilijk wordt, contact kan opnemen met de huisarts of crisisdienst (de verantwoordelijkheid wordt bij Ria teruggelegd).

Opvallend is dat daarna geen van de andere groepsleden bij Ria navraagt wat er speelt. De therapeut heeft dat op dat moment niet besproken. De therapeut vermoedt dat er bij de andere groepsleden ook irritatie is over

Ria: 'met Ria is altijd wat!' Ria lijkt het tegenovergestelde op te roepen (vermijding) van wat ze ten diepste verlangt (nabijheid, contact).

T (tegen een groepslid dat een oeverloos verhaal vertelt): 'Ik merk dat ik probeer met aandacht naar je te luisteren, maar dat het moeilijk is om niet af te dwalen. Ik probeer te begrijpen wat er dan gebeurt. Is dat iets wat je herkent?' Tegen de andere groepsleden: 'Is dat iets wat ik alleen ervaar of herkennen jullie daar iets van?'

2. Samen met de groep onderzoekt de therapeut wat heeft geleid tot het gedrag dat de breuk heeft veroorzaakt. Ook de groep wordt hierbij uitgenodigd afstand te nemen, uit de enactment te stappen, te reflecteren en te metacommuniceren. Voor veel groepsleden is het een belangrijk inzicht om niet alles op zichzelf te betrekken maar om ook het aandeel van de ander in de interactie (nu en in het verleden) te gaan zien.

Een probleem in de relatie benoemen als een *gemeenschappelijk dilemma* en de groepsleden uitnodigen tot een gezamenlijk exploratieproces, creëert een 'wij-gevoel' (Bateman e.a., 2021) en is voor hen meer uitnodigend.

T: 'Ik merk dat jullie er vandaag gelaten en stil bij zitten en ik weet niet goed waardoor dat nu komt en wat ik eraan kan doen. Hebben jullie een idee van wat er nu speelt?'

T: 'Ik denk dat iedereen het verlangen heeft om gezien te worden in hoe je je voelt, maar dat je je ook misschien bang voelt of schaamt voor wat de ander dan kan zien en hoe de ander dan zal reageren. Herkennen jullie dat?'

3. De wijze waarop de emoties die spelen worden vermeden, wordt onderzocht. De angst voor afwijzing zorgt ervoor dat zij niet durven laten zien hoe ze zich echt voelen. Een andere vorm van vermijding is een gevolg van een streng geweten, perfectionisme en zelfkritiek. Verwachtingen, overtuigingen, zelfbeeld en zelfgevoel worden empathisch onderzocht. Het conflictmodel van Malan (1979) beschrijft tegelijkertijd zowel het onderliggende verlangen als de remmende gevoelens van angst, schaamte of schuld.

*De therapeut moet
bereid zijn om
verantwoordelijkheid
te nemen voor zijn
eigen rol in het
ontstaan van de breuk*

Pt (tegen therapeut): 'Ja, laat maar zitten. Het interesseert je toch geen bal! Waarom zit ik hier eigenlijk?'

T: 'Oh...? Wat zei ik of deed ik dat jij denkt dat het mij niet interesseert?'

Pt: 'Eerst zit je de hele tijd naar buiten te kijken terwijl ik mijn verhaal doe en vervolgens kijk je twee keer naar de klok!'

T: 'Hm... (denkt na), ik was me er niet zo bewust van, maar je hebt gelijk. Ik kan me voorstellen dat dit je een vervelend gevoel geeft. Toch vraag ik me af waarom je meteen concludeert dat het mij geen bal interesseert.'

Pt: 'Dat is toch duidelijk!'

T: 'Ik hoor dat dat jouw overtuiging is, maar vind je het goed dat we daar even bij stilstaan? Heb je dit gevoel vaker hier in de groep?'

Pt: 'Vorige week juist hetzelfde. Ik was iets aan het vertellen, M (groepslid) zat te wippen met haar been, jij zei daar iets van en vervolgens ging het alleen maar over haar, ik word dan zo boos... Ik ben toch niet belangrijk.'

T: 'Okay. Ik denk dat ik het nu beter snap. De overtuiging dat je niet belangrijk bent, maakt dat je wat ik doe interpreteert als: zie je wel, hij heeft toch geen interesse.'

Pt: 'Ja, en nu zeg ik het, maar meestal klap ik dicht en zit ik het gewoon uit. Maar als ik dan na de groep thuis op mijn kamer zit, hou ik het niet meer. En dan kan er van alles gebeuren.'

T: 'Goed dan dat je boosheid nu hebt geuit en dat we beter weten hoe diep dat idee van niet belangrijk zijn zit. Ik denk dat daar nog wel meer over te zeggen is. Wil je daar nog verder naar kijken nu?'

Pt: 'Nee, het is wel genoeg geweest.'

T: 'Hoe is dat voor anderen?'

(Delfstra & Peeters, 2011)

Belangrijk is dat de therapeut steeds bereid is om verantwoordelijkheid te nemen voor zijn eigen rol in het ontstaan van de breuk, vooral als er sprake is van een breuk tussen hem en een groepslid of tussen hem en de groep. Safran en Muran (2000) beklemtonen dat dit voor de groepsleden zeer uitnodigend is. De therapeut beschuldigt niet, maar nodigt uit tot een gezamenlijk zoekproces. Het voorkomt dat de weerstand in de groep te hoog oploopt. Het groepslid kan dan ervaren dat zijn gedrag invloed heeft op een ander en wat deze impact kan zijn. Dat kan een belangrijke correctieve ervaring zijn.

T: 'Het voelt voor mij alsof we in een machtsstrijd verwikkeld zijn waarin ik de verantwoordelijkheid voor je frustraties bij jou probeer te leggen en jij probeert ze bij mij te leggen.'

T (als een groepslid zwijgt of minimale antwoorden geeft): 'Jan, ik zou willen weten wat er in je omgaat, maar ik heb het gevoel dat je nog de kat uit de boom wil kijken. Hebben jullie een idee over hoe Jan zich in de groep voelt?'

T (als de groep klaagt over managers die niet goed functioneren): 'Als ik jullie zo hoor praten over hoe jullie denken over je manager, merk ik dat ik nieuwsgierig word naar wat jullie vinden over mijn functioneren in deze groep. Zouden jullie daar iets over willen vertellen en als jullie daar kritisch over zijn, zou je daar iets over durven zeggen?'

T: 'Als ik mezelf nu hoor praten, merk ik dat ik me nogal formeel en afstandelijk tegenover jullie opstel. Hoe beleven jullie dat?'

Therapeuten moeten ook niet te beroerd zijn om zich te excuseren bij de patiënt. Soms is het daarbij zinvol om iets uit het eigen persoonlijk leven te onthullen.

T: 'Ja, sorry dat ik net tegen je uitviel toen je zei dat ik geen rekening met je houd. Ik kan daar moeilijk tegen. Mijn moeder zei dat ook altijd tegen mij. Het is voor mij een gevoelig punt, dat ik buiten me moet zien te houden, maar dat lukt me niet altijd.' (Bouwkamp 2001, p. 23)

Een therapeut kan zich eigenlijk veel permitteren als hij tegelijk een duidelijke boodschap van respect en betrokkenheid communiceert. De patiënt moet de feedback als een constructieve bijdrage ervaren en niet als een veroordeling (Gundrum, 2011).

Als de therapeut de naam van een van de groepsleden verkeerd uitspreekt – Berlinda in

plaats van Melinda – reageert het betrokken groepslid daar niet op en ook de andere groepsleden zeggen niets. De therapeut wordt zich bewust van zijn vergissing en beseft dat dit voor de patiënt pijnlijk kan zijn. Hij schaamt zich, omdat hij dit als tekortschietend en verwaarlozend beleeft. Hij benoemt zijn vergissing en schaamte, en zegt dat het hem opvalt dat niemand er iets over heeft gezegd. Hoe heeft Melinda het ervaren en hoe was het voor de anderen?

Dan blijkt dat het hen wel degelijk was opgevallen. Melinda zegt dat het wel vaker gebeurt dat mensen haar naam verkeerd uitspreken. Ze maakt het daarmee weg en lijkt er weinig bij te voelen. Een groepslid denkt dat de therapeut dit met opzet doet, om bij Melinda een reactie uit te lokken. De vergissing van de therapeut wordt daarmee tot een therapeutische interventie gemaakt – de fout wordt weggemaakt: de therapeut wordt beleefd als iemand die geen fouten maakt, maar in zijn handelen steeds een diepere bedoeling legt – en tegelijkertijd wordt duidelijk dat hier iets van boosheid wordt afgeweerd. Verschillende groepsleden bespreken hoe schaamtevol het is om zich niet gezien te voelen, hier in de groep, maar ook in andere situaties. Melinda vertelt dan hoe ze zich vroeger door haar ouders niet gezien heeft gevoeld en dat ze dat nog steeds zo ervaart. Ze schaamt zich enorm en is erg zelfkritisch. Op haar werk en in relaties met mannen ervaart ze al snel afwijzing en lijkt ze ook bevestiging te zoeken voor haar gevoel dat ze niet goed genoeg is. Ze is altijd gekleed in spijkerbroek. Toen ze een keer een kleurige jurk aandeed naar haar werk en daarmee de aandacht trok, beleefde ze de reactie van een collega ('Wat staat dat jou goed. Je zou vaker een jurk kunnen dragen.') als afkeuring en belachelijk gemaakt

worden, waarna ze de jurk niet meer heeft aangedaan.

Besproken wordt vervolgens hoe Melinda ook in de groep meer uit de verf zou willen en kunnen komen, dat ze zo bang is voor afkeuring, het voortdurend ervaart en zich dan terugtrekt uit het contact. De manier waarop ze reageerde op de vergissing van de therapeut is daarvan een goed voorbeeld.

In de volgende bijeenkomst vertelt Melinda dat het feit dat de therapeut zijn schaamte benoemde, haar heeft geholpen meer over haar eigen schaamte te vertellen.

4. De therapeut probeert met de groep de onderliggende interactionele verlangens en behoeften te onderzoeken en te valideren. In deze fase is er sprake van acceptatie van de eigen verantwoordelijkheid voor verlangens en behoeften.

Een beginnende vrouwelijke groepstherapeut: 'In de groep waarin ik mee kon doen als co-therapeut, die geleid werd door een zeer ervaren oudere, mannelijke collega, werd ik doorlopend denigrerend behandeld door een mannelijk groepslid, Dirk, die gelijk met mij in de groep was gekomen. Hij was de oudste in de groep en iets ouder dan ik. Dirk nam nooit iets van mij aan, onderbrak me steeds en probeerde mijn positie als therapeut te ondergraven. Ook andere, vrouwelijke groepsleden behandelde hij denigrerend en als ik bijvoorbeeld iets zei over de weerstand die hij daarmee opriep bij anderen verweet hij me dat ik heulde met de groep. Hij maakte me vaak zo razend dat ik nauwelijks op hem durfde te reageren. Op die momenten was ik blij dat mijn co-therapeut me te hulp schoot en de negatieve overdracht van Dirk tegenover mij wist te hanteren. Er was een onuitgesproken

akkoord tussen ons dat moeilijke overdrachtsgevoelens door hem zouden worden opgevangen. Ik voelde dat ik hem daarvoor zeer nodig had.

In nagesprekken werd me duidelijk dat Dirk vanuit zijn negatieve ervaring met een kille moeder die hem vroeg in de steek had gelaten niet in staat was een positieve relatie met een vrouw op te bouwen, laat staan iets van kwetsbaar gevoel te tonen. Zijn aanmeldklacht was dat tot nu toe verschillende relaties met vrouwen waren mislukt. Mijn co-therapeut maakte me duidelijk dat ik als vrouw en als autoriteit voor Dirk te bedreigend was. Evenals de groep ervoer ik mijn collega als zeer deskundig en stabiel en ik paste mijn interventies zoveel mogelijk aan de zijne aan.

Tijdens een vakantie van mijn collega verscheen Dirk vier weken niet in de groep. Op vragen van mijn kant daarover in een latere zitting kwamen wat luchtige dooddoeners. Dirk ging daarna door met denigrerende opmerkingen. Tijdens een zitting kwam een vrouwelijk groepslid dat zich altijd wat zeurderig beklagde over de slechte behandeling door haar ex-echtgenoot met haar echte gevoelens van afhankelijkheid. Ik honoreerde haar moed om hiermee te komen. Dirk reageerde spottend op haar verdriet. Het was me plotseling duidelijk dat hij de gevoelens van de vrouw niet aankon. Ik vergat mijn woede en kon hem confronteren met zijn eigen gevoelens van afhankelijkheid, zei onder meer dat hij ging meppen als hij geraakt werd. Dirk mompelde eerst dat hij bij dit gezeur niet zo zou reageren als de ex-echtgenoot. Ik ging door op het denigreren, zei me af te vragen waarom hij dat telkens moest doen, ook tegenover mij. Mijn co-therapeut liet me interveniëren en Dirk werd stiller, zei uiteindelijk dat ik weleens gelijk kon hebben. Het was de

eerste keer dat hij iets van mij kon aannemen. Toen ik me achteraf ook hierin gesteund voelde door mijn collega ging het me beter af om interventies te doen op mijn eigen manier. Ook durfde ik meer vragen te stellen over zijn soms lange uitweidingen, die ik niet altijd begreep. Geleidelijk durfde ik hem beter te onderbreken en met hem van mening te verschillen.

Een paar zittingen later liet Dirk meer van zichzelf zien: zijn moeder had een paar prenten die ze voor hem zou bewaren tot na zijn verhuizing, weggegeven. Voor hem hadden de prenten veel betekenis omdat ze uit de inboedel van een overleden vriend kwamen. Hij liet zijn teleurstelling blijken. Het denigrerende werd minder, Dirk kon gaandeweg meer vertellen over zijn angst en wantrouwen tegenover vrouwen en liet confrontaties van andere vrouwelijke groepsleden meer toe' (Maas, 1994).

De groepstherapeut is ook maar een mens. Wij zijn soms ongeduldig, geïrriteerd, kritisch of bevoogdend

Het ervaren van een breuk in de relatie en de beleving dat deze breuk ook hersteld kan worden, is een krachtige correctieve emotionele en relationele ervaring (Knox e.a., 2012). Volgens Bateman & Fonagy (2016) biedt groepsbehandeling aan groepsleden de ervaring om – buiten de dyadische of familiale omgeving – samen na te denken over zichzelf en de ander(en), een ervaring die nodig is voor een gezonder sociaal func-

tioneren. Breuken en reparaties in de groepsbehandeling kunnen mentaliseren bevorderen en het vertrouwen in de anderen herwinnen.

Tot slot

'Forget your perfect offering, there is a crack in everything, that's how the light gets in' (Leonard Cohen, 1992). Wij zijn niet in staat en ook soms niet bereid om te willen voldoen aan de verwachtingen en behoeften van de ander(en). Dit kan leiden tot een verstoring in de verbinding met de ander. Deze relatiebreuken zijn onvermijdelijk, maar ook een belangrijke voorwaarde voor verdere ontwikkeling. In groepstherapie kan het signaleren van stagnaties in de alliantie en het repareren van de relatiebreuken een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van de relaties, toename van de cohesie in de groep en het succes van de behandeling.

Sommige groepstherapeuten zijn bekwaamer in het signaleren en repareren van relatiebreuken dan andere. De groepstherapeut is ook maar een mens. Wij zijn soms ongeduldig, geïrriteerd, kritisch of bevoogdend. Dat dit gebeurt is onvermijdelijk en hoeft geen probleem te zijn. Belangrijk is hoe wij met deze verstoringen in de relatie omgaan en hoe wij het contact met de ander(en) weer kunnen herstellen. De stagnaties worden gezien als een interactioneel proces waar aan zowel het groepslid of de groepsleden en de therapeut een aandeel hebben. De 'good enough' groepstherapeut is zich bewust van zijn eigen gevoelens en fantasieën die hij op basis van eigen ervaringen en zijn persoonlijkheid inbrengt in het contact met de groepsleden. Voor onze groepsleden is

de ervaring dat problemen in de relatie ook hersteld kunnen worden en dus niet hoeven te leiden tot verlies van de ander of van zichzelf, een belangrijke correctieve en emotionele ervaring die hen kan helpen om met komende relatiebreuken om te gaan. Zoals

bij kintsugi de sporen van de breuk en het herstel ervan bijdragen aan de schoonheid van het voorwerp, kunnen relatiebreuken en het herstellen van emotionele scherven de groepsleden leren om te gaan met eigen onvolkomenheden.

Frans van Paassen is psychotherapeut en opleider NVGP. Hij werkt in eigen praktijk, zie fvanpaassenpsychotherapie.nl. Contact: fvanpaassen@upcmail.nl.

Literatuur

Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.

Bateman, A., Campbell, C. & Fonagy, P. (2021). Rupture and Repair in Mentalization-Based Group Psychotherapy, *International Journal of Group Psychotherapy*, 71:2, p. 371-392.

Bouwkamp, R. (2001). Interpersoonlijke interventies. In W. Trijsburg et al. (Red.), *Handboek Integratieve Psychotherapie*, (I 4.5. p. 1-29). Leusden: De Tijdstroom.

Cohen, L. (1992). *Anthem*.

Delfstra, G. & Peeters, G. (2011). Mentalisatie bevorderende therapie (MBT) in de groep. Samen ontdekken hoe de geest werkt. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 37(1), p. 5-17.

Eubanks, C.F., Muran, J.C. & Safran, J.D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55, p. 508-519.

Eubanks, C.F., Lubitz, J., Muran, J.C. & Safran, J.D. (2019). Rupture Resolution Rating System (3RS): Development and validation. *Psychotherapy Research*, 29, p. 306-319.

Fairbairn, W.R.D. (1954). *An object relations theory of the personality*. London: Hogarth Press.

Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E. & Horvath, A.O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), p. 316-340.

Gullo, S., Kivlighan, D.M., Giordano, C., Di Blasi, M., Giannone, F. & Lo Coco, G. (2021). Bond and work ruptures in group counseling. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 25(1), p. 29-44.

Gundrum, M. (2011). Hoe negatieve gevoelens ten opzichte van de cliënt uit te spreken? Een handleiding voor therapeutische communicatie. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 49, p. 102-123.

Henry, W.P., Schacht, T.E. & Strupp, H.H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), p. 27-31.

Malan, D.H. (1979). *Individual psychotherapy and the sciences of psychodynamics*. London: Butterworth.

Muran, J.C. & Eubanks, C.F. (2020). *Therapist performance under pressure: Negotiating emotion, difference, and rupture*. American Psychological Association.

Muran, J.C., Eubanks, C.F. & Samstag, L.W. (2021). One more time with less jargon: An introduction to 'Rupture Repair in Practice'. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), p. 361-368.

Nicolai, N.J. (2017). Enactments, impasses en empathische breuken in psychoanalytische psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 23(4), p. 264-276.

Rutan, J.S. (2021). Rupture and repair: Using leader errors in psychodynamic group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 71(2), p. 310-331.

Safran, J.D., Crocker, P., McMain, S. & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), p. 154-165.

Safran, J.D. (1993). The therapeutic alliance rupture as a transtheoretical phenomenon: Definitional and conceptual issues. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3(1), p. 33-49.

Safran, J.D. & Muran, J.C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), p. 447-458.

Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York, London: Guilford.

Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W. & Winston, A. (2005). Evaluating alliance-focused intervention for potential treatment failures: A feasibility study and descriptive analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), p. 512-531.

Safran, J.D., Muran, J.C. & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), p. 80-87.

Sachse, R. (1997). *Persönlichkeitsstörungen: Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen: Hogrefe.

Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7(3), p. 269-281.

Tronick, E.Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44(2), p. 112-119.

.....

De WhatsApp-groep

Over het gebruik van sociale media en groepspsychotherapie

Hoe om te gaan met sociale-media-gebruik in groepspsychotherapie is een nog onderbelicht thema. Aan de hand van drie praktijkvoorbeelden wordt in dit artikel geïllustreerd hoe groot de invloed van sociale media kan zijn op de behandeling en wordt stilgestaan bij de factoren die een rol spelen bij online gedrag en interacties. Tot slot worden aanbevelingen gedaan hoe therapeuten het sociale-mediagebruik onderdeel kunnen laten uitmaken van groepstherapie.

Door Salvatore Vitale

Sociale media maken al geruime tijd een belangrijk onderdeel uit van het leven van de meeste mensen. Een groot gedeelte van het particuliere internetgebruik betreft online platformen waarop mensen met elkaar kunnen communiceren en kunnen bijdragen aan de inhoud. Te denken valt aan weblogs, internetfora, YouTube of andere videokanalen, en netwerken als Instagram, Facebook, LinkedIn, Twitter en TikTok. Sociale media hebben een grote invloed op hoe we naar onszelf en anderen kijken, maar ook op onze interpersoonlijke relaties en onze privacy, waarbij de grenzen tussen online en offline en tussen persoonlijk en professioneel verbreden en vervagen. Wereldwijd neemt de toegang tot en het gebruik van sociale media alleen maar toe.

Sociale contacten en relaties vinden steeds meer deels en in sommige gevallen zelfs volledig online plaats

Ruim 97% van de Nederlanders van vijftien jaar en ouder heeft toegang tot internet (CBS, 2020) en in Nederland zijn WhatsApp en Facebook, met respectievelijk ruim

twalf en tien miljoen gebruikers, verreweg de grootste sociale media-platforms onder de bevolking van 15 jaar en ouder (Van der Veer et al., 2020). In Nederland wordt WhatsApp door bijna tien miljoen mensen dagelijks gebruikt en Facebook door ruim zeven miljoen mensen. Gemiddeld wordt per persoon 90 minuten per dag besteed aan sociale media.

Voorheen werd het gebruik van sociale media vooral geassocieerd met jongeren, maar inmiddels is het gebruik van Facebook en WhatsApp onder alle leeftijdsgroepen gemeengoed. In de leeftijdsgroep van 65 tot 79 jaar gebruikt nu 78% WhatsApp en van de 80-plussers 56%.

Mentale revolutie

Niet alleen het gebruik van sociale media is flink toegenomen. Het online zijn en de sociale netwerken van mensen zijn steeds meer met elkaar verweven doordat technologie steeds kleiner en draagbaarder wordt (Balick, 2014). Alessandro Baricco spreekt in zijn boek *The Game* (2019) dan ook van een technologische revolutie die tot een mentale revolutie heeft geleid. Uiteindelijk zal dit volgens hem niet alleen al ons gedrag veranderen, maar zeer waarschijnlijk ook waar onze prioriteiten liggen. Sociale contacten en relaties in steeds meer leeftijdsgroepen vinden deels en in sommige gevallen zelfs volledig online plaats. De huidige generatie jongeren is vanaf de geboorte al te bewonderen op de sociale media van ouders en heeft daarmee een 'geschiedenis' online. In de huidige samenleving kan nu nog een onderscheid gemaakt worden tussen *digital natives* en *digital immigrants* (Prensky, 2001). De digital natives zijn opgegroeid met de in-

formatietechnologie van het digitale tijdperk en digital immigrants hebben pas als volwassene met digitale systemen leren omgaan. Dit onderscheid geldt ook voor (groeps)psychotherapeuten, waarbij vooral de generatie van psychotherapeuten die

Het ontdekken van onszelf in de ogen van de ander gaat online gewoon door

behoren tot de digitale immigranten kunnen worstelen met het wel of niet deelnemen aan en omarmen van digitalisering en sociale-mediagebruik (Balick, 2014).

Het is daarom onvermijdelijk dat wij als (groeps)psychotherapeuten moeten nadenken over hoe technologie en meer specifiek internet en de sociale media van invloed zijn op onze klinische praktijk. Zeker als we ons realiseren dat wat mensen op de deze platforms zoeken gebaseerd is op onze meest basale psychologische drijfveren, zoals de motivatie om contact te maken met anderen, om te herkennen en herkend te worden, om te hechten en te weten, om ontdekt te worden en te ontdekken, om de subjectiviteit van de andere en bekend te zijn bij anderen; al deze motivaties worden op verschillende manieren geactiveerd op sociale netwerksites (Balick, 2014). Dit is nu net ook de kern waar we ons mee bezighouden in onze groepstherapie (Yalom & Leszcz, 2020), waarbij het ontdekken van onszelf in de ogen van de ander online gewoon doorgaat. Balick (2014) geeft echter terecht aan dat vergeleken met face-to-face contact de complexiteit van online contact beperkt is.



Communicatie vindt bijvoorbeeld plaats via korte teksten, emoticons of foto's in plaats van de complexere interactie van stem, oog-contact en lichaamstaal. De digitale communicatie en het intensieve gebruik van sociale media heeft invloed op interpersoonlijke relaties, identiteit en identiteitsontwikkeling en bepaalt ook steeds meer hoe we contact maken of relaties aangaan, zoals het zoeken en starten van partnerrelaties via datingapps als Tinder.

Het digitale tijdperk brengt dan ook nieuwe uitdagingen voor de (groeps)psychotherapie, waarbij therapeuten in toenemende mate gevraagd wordt om patiënten te helpen bij de complexe koppeling tussen online technologie en relaties (Swartz & Novick, 2020). Relaties kunnen immers zelfs volledig online zijn, waarbij mensen elkaar nog nooit face-to-face hebben ontmoet. Er is echter bewijs dat face-to-face contact meer oplevert dan online contacten (Swartz & Novick, 2020). Interacties en contacten via socialemediaplatforms kunnen offline voor zowel intrapsychische als interpersoonlijke spanningen, onzekerheden en twijfels zorgen. Online communicatie kan invloed hebben op de kwaliteit van relaties. In het tijdschrift *Groepen* werd tien jaar geleden al geschreven over de effecten van socialemediagebruik op identiteit en intimiteit bij jongeren (Steen, 2012) en liet Hagenaars (2012) zien hoe socialemediagebruik in een groepstherapie en behandelmilieu kan leiden tot onveiligheid in de behandeling. Deze invloeden van online interacties via sociale media zijn daarom niet meer te negeren in de klinische praktijk van de (groeps)psychotherapeuten.

Bestaande literatuur laat zien dat het gebruik van sociale media niet alleen van

invloed is op de vorming van identiteit, intimiteit en relaties, maar ook de therapeutische relatie heeft veranderd. Diverse auteurs schreven over de invloed van sociale media en digitalisering op de therapeutische relatie en de therapeutische setting (Lemma, 2017; Kaluzeviciute, 2020) en Frans Schalkwijk schreef recent over sociale media en de grensvervaging die kan optreden van cliënt naar therapeut, maar ook van therapeut naar cliënt (2021). Desondanks is er relatief weinig aandacht voor het gebruik van sociale media binnen groepspsychotherapie. Terwijl de (on)mogelijkheden van online behandelen en online groeps(leer)therapie inmiddels door verschillende auteurs in binnen- en buitenland is beschreven (Daemen, 2020, 2021; Weinberg & Rolnick, 2020; Remijns & Rosema, 2021) is de aandacht voor socialemediagebruik binnen (groeps)psychotherapie nog beperkt. De impact op de therapeutische relatie en op therapeutische setting waarin (groeps)psychotherapeuten werken en de bijbehorende uitdagingen worden door deze auteurs helder beschreven, maar hoe om te gaan met socialemediagebruik in groepspsychotherapie is tot nu toe een onderbelicht thema. Om dit gat te vullen zal in dit artikel ingegaan worden op socialemediagebruik binnen groepspsychotherapie. Aan de hand van drie praktijkvoorbeelden zal geïllustreerd worden wat de invloed van sociale media kan zijn op de behandeling en wordt stilgestaan bij de factoren die een rol spelen bij online gedrag en interacties. Tot slot wordt geadviseerd hoe therapeuten het socialemediagebruik onderdeel kunnen laten uitmaken van groepstherapie.

Grenzen en gedeelde foto's

Annelies is een 34-jarige vrouw die als onderdeel van een MBT-behandeltraject deelneemt aan de introductiegroep. Vlak na de een-na-laatste groepszitting deelt zij 's avonds in de groepsapp, die door de deelnemers op eigen initiatief is aangemaakt, met haar groepsgenoten foto's van automutilatie. Ze heeft zichzelf in haar armen gesneden.

De groepsgenoten zijn geschokt en het roept vooral boosheid op. Annelies, die moeite heeft om zich te uiten in de groep en sociaal de aansluiting moeilijk kan vinden in de groep, krijgt in de volgende groepsbijeenkomst veel boosheid over zich heen. De groepsleden willen niets meer met haar te maken hebben. Haar gedrag heeft veel opgeroepen en kon niet in de beperkte tijd van de laatste groepsessie worden gerepareerd.

Hierdoor is ook haar start in haar ambulante MBT-groep stroef. Deels omdat een aantal deelnemers van de introductiegroep ook met haar naar de ambulante groep zijn gegaan, maar deels ook omdat er tussen deelnemers in het gehele MBT-programma zowel face-to-face als via sociale media contact is. Ze krijgt dan ook direct veel boosheid te verduren en haar nieuwe groepsgenoten hebben moeite haar te vertrouwen. Ze dreigt de aansluiting te missen en ook in andere MBT-groepen wordt er negatief over haar gesproken. Bij veel deelnemers speelt de angst dat zij alsnog bij hen in de groep wordt geplaatst. De afwijzing die zij in haar jeugd zo sterk heeft ervaren door haar ouders en sociale omgeving, lijkt weer te worden bevestigd door haar gedrag in de groepsapp.

Grenzen en grensoverschrijdend gedrag zijn onderdeel van het dagelijkse werk met

cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. Een van de grote veranderingen die het toenemende gebruik van sociale media tot gevolg heeft, is dat de grenzen door deze online wereld zijn veranderd. In dit vignet is te zien dat Annelies ook in de virtuele wereld via de groepsapp grensoverschrijdend gedrag laat zien, met gevolgen voor de emotionele toestand van de groepsgenoten van Annelies, maar ook voor de positie van Annelies in de groep en haar verdere behandeling.

Verschillende factoren die samenhangen met sociale-mediagebruik kunnen hierin een rol spelen. Ten eerste geldt dat bij het delen van foto's of berichten het vaak ontbreekt aan communicatiebronnen, zoals para-verbale communicatie (hoe het gezegd wordt, toon, stemgebruik) en non-verbale communicatie (oogcontact, lichaamshouding), wat kan leiden tot miscommunicatie (Swartz & Novick, 2020). In het geval van

De grenzeloze online wereld staat in groot contrast met de grenzen in de therapeutische setting

Annelies is het delen van informatie over zelfbeschadigend gedrag door alleen de foto's te verzenden een handeling waarbij de emotionele context en lading ontbreekt. Wanneer het delen van informatie over zelfbeschadigend gedrag face-to-face in de groep was gebeurd, was dit waarschijnlijk ook ingewikkeld geweest voor haar groepsgenoten en voor haar positie in de groep,

maar was er naast meer context en meer informatie van communicatiebronnen ook de veilige setting van de groep geweest en de aanwezigheid van therapeuten om er direct op in te gaan.

Ten tweede laat het vignet van Annelies zien dat de online wereld zonder grenzen is en in groot contrast staat met hoe grenzen worden gezien in de psychotherapeutische en psychoanalytische setting (Balick, 2014).

Balick stelt tevens dat de grenzeloze aard van internet veel biedt maar ook veel kan wegnemen. Er komt door het internet meer ruimte beschikbaar waarin iemands persoonlijkheid en identiteit kan bestaan. Echter, meer ruimte met minder grenzen kan ook leiden tot een regressief gevoel van grootheid, maar uiteindelijk, wanneer iemand wordt geconfronteerd met de grenzen, kan dit kan leiden tot gevoelens van angst, depressie en eenzaamheid.

Ten derde kan er sprake zijn van het *online disinhibition effect*. Suler (2004) beschrijft dit als het losser worden van sociale beperkingen en remmingen die normaal spelen in face-to-face interacties bij interactie op het internet of via sociale media. Dit is zichtbaar wanneer sommige mensen impulsiever en expressiever worden wanneer zij online zijn. Annelies onthult meer en op een heftigere manier van haar zelfbeschadigende gedrag in de groepsapp dan dat zij in de groepstherapie face-to-face deelt. Suler (2004) stelt dat er zes factoren zijn die met elkaar in interactie zijn die dit online disinhibition effect veroorzaken, namelijk: dissociatieve anonimiteit, onzichtbaarheid, asynchroniciteit, solipsistische introjectie, dissociatieve verbeelding en minimalisering van autoriteit. Deze factoren verklaren mogelijk ook bij Annelies, in combinatie met haar persoon-

lijkeheidsproblematiek, haar gedrag in de groepsapp. Bij dissociatieve anonimiteit is er sprake van de mogelijkheid om online anoniem te communiceren en kan er een splitsing optreden tussen het anonieme zelf en het echte zelf, waarbij het online en offline deel van Annelies gesplitst zijn. Onzichtbaarheid duidt op het gebrek van non-verbaal contact in online contact, wat een gevoel van onzichtbaarheid kan creëren. Dit maakt dat iemand zichzelf uit of handelt op een manier die je in een andere context niet zou zien en die bij Annelies bestond uit het delen van haar zelfbeschadigende gedrag.

Asynchroniciteit kan een rol spelen omdat er na het versturen of ontvangen van een bericht niet direct gereageerd hoeft te worden. Eventuele reacties die men krijgt op berichten via sociale media hoeven dus niet direct verwerkt te worden. Annelies kon zich afsluiten voor de reacties van haar groepsgenoten door de berichten niet te lezen, in tegenstelling tot wat er in de groep zou gebeuren als Annelies iets over haar automutilatie had gedeeld en er reacties zouden zijn gekomen.

Als het gaat om solipsistische introjectie maakt het gebrek aan oogcontact online dat men zich een mentaal beeld vormt van de ander en dat uitwisselingen alleen in gedachten plaatsvinden. Er is daardoor meer ruimte om ongeremd gedrag te laten zien, omdat men in gedachten een veilige ruimte heeft gecreëerd waar wensen kunnen worden geuit die normaal gesproken niet zou worden onthuld of uitgesproken. Zo ook door Annelies.

Minimalisering van autoriteit kan optreden omdat op internet en vooral op sociale media, de sociale status van mensen in het

echte leven een deel van zijn relevantie verliest en zo kan de illusie ontstaan dat er geen autoriteiten of hiërarchieën zijn en denkt men ongestraft te handelen. Dissociatieve verbeelding tot slot, betreft een gedissocieerd beeld van de wereld, waarbij het gaat om een virtuele ruimte of een digitale wereld die losstaat van de echte wereld. Zowel in de factor minimalisering van autoriteit als in de dissociatieve verbeelding heeft Annelies mogelijk de illusie gehad dat er in de groepsapp geen autoriteit of hiërarchie was, omdat het ontbrak aan groepstherapeuten en zij in een gedissocieerde online wereld haar zelfbeschadigende gedrag liet zien.

Bij het behandelteam en de groepstherapeuten bleek het appgedrag van Annelies voor het eerst duidelijk te maken hoeveel contact er via sociale media was tussen de groepsgenoten en tussen de diverse behandelgroepen onderling. Het werd duidelijk dat het napraten aan het einde van een groepszitting niet alleen in tijd en plaats beperkt was, maar dat het ook niet tot de eigen groep beperkt bleef vanwege het gebruik van sociale media. Waar eerder grensoverschrijdend gedrag binnen de groep plaatsvond of binnen de groep bespreekbaar moest worden gemaakt, bleek het nu in alle behandelgroepen een gespreksonderwerp te moeten zijn. Annelies bleek niet alleen in haar eigen groep in een zondebokpositie terechtgekomen te zijn, maar ook in de andere MBT-groepen waarin ze (nog) niet zat. Tot slot realiseerde het behandelteam zich dat richtlijnen voor sociale-mediagebruik tussen cliënten, maar ook voor het gebruik van sociale media met cliënten, bijvoorbeeld WhatsAppcontact tussen behandelaren en cliënten, ontbraken en nodig waren.

Inclusie en exclusie

Karel volgt nu ruim anderhalf jaar een dag-klinische behandeling. Tijdens een van de groepsessies gaat het over het afscheid van groepsgenote Alma. Karel, doorgaans actief en stevig, wordt stiller en houdt zich afzijdig. Wanneer hij wordt uitgenodigd om te benoemen wat er bij hem gebeurt, vertelt hij dat hem iets dwars zit. De groep reageert verbaasd, maar is nieuwsgierig naar wat hem bezighoudt.

Karel voelt zich buitengesloten, maar neemt het zichzelf kwalijk. Hij doelt hiermee op de groepsapp die er is. Vanaf het begin van de therapie een jaar geleden heeft hij er bewust voor gekozen om hier niet aan deel te nemen. Hij voelt zich door zijn keuze op momenten toch buitengesloten en niet helemaal onderdeel van de groep.

De groepstherapeuten exploreren zijn gevoel en verbreden het onderwerp naar de overige groepsleden. Hoe denkt iedereen over de WhatsApp-groep? Maarten had aanvankelijk een gevoel van verplichting, maar meent dat

Virtueel contact buiten de therapie kan leiden tot splitsing en pairing-off

hij zijn angst voor technologie hiermee heeft overwonnen. Karel zegt dat hij er bewust niet aan mee doet, omdat hij buiten de therapie om niet in therapeutisch gesprekken met groepsgenoten terecht wil komen. Hij heeft bewust geen telefoon waarmee hij direct toegang heeft tot sociale media. Voor Marga, die in de groep een passieve, onzekere rol heeft en daarbuiten blijkbaar als verbinder en beheer-

der van de groepsapp een veel actievere rol en positie heeft, is het WhatsAppcontact met de groepsleden buiten de therapie een manier om nog meer verbinding te voelen en te creëren, iets wat ze in de groep zelf blijkbaar lastiger vindt. Ze heeft zich niet eerder gerealiseerd dat dit voor anderen juist bedreigend kan zijn.

Duidelijk is dat Karel, een man van eind vijftig en een digital immigrant die er tot nu toe bewust voor gekozen heeft om het gebruik van sociale media niet te omarmen, zich buitengesloten voelt. Hij wil zich niet mengen in intensievere persoonlijke contacten met zijn groepsgenoten buiten de therapie via de WhatsAppgroep. Dit vignet laat zien dat contacten via sociale media buiten de groep en het leefmilieu gevolgen hebben voor de veiligheid en kunnen zorgen voor onveiligheid. Sociale-mediagebruik buiten de groep en de behandeling om zorgt voor digitale onveiligheid en daarmee onveiligheid in de groep (Hagenaars, 2012). Net als bij face-to-face contacten buiten de groep kan intensiever virtueel contact leiden tot splitsing en *pairing-off* als het door een deel van de groep en tussen groepsgenoten onderling plaatsvindt, maar ook tussen de groep en de therapeuten kan sprake zijn van splitsing en *paring-off*.

In dit vignet is sprake van een bestaande groep die buiten de groep om online via WhatsApp en andere sociale media intensief contact met elkaar heeft, wat grotendeels afgesplitst van de behandelgroep en het behandelteam plaatsvindt. Marga, die een actieve rol speelt in het beheer van de WhatsApp-groep en ook actief berichten en foto's plaatst op Facebook, heeft buiten de behandelgroep een actieve en stevige positie

die zij in de groep zelf tot nu weigerde te pakken. Voor Marga, ook een digital immigrant, is digitalisering en sociale-media-gebruik juist een wereld waar zij zich thuis in voelt. Ze heeft lange tijd gewerkt als computerdeskundige en online contact is voor haar veiliger dan face-to-face contact vanwege nare ervaringen in vroegere relaties.

Via WhatsApp en Facebook was een large group ontstaan waar het behandelteam niets vanaf wist

Marga bleek zelfs de initiator van een WhatsApp-groep en Facebook-gemeenschap met veel (oud-)groepsgenoten, waarbij meerdere factoren een rol spelen. Bijvoorbeeld, zoals Balick (2014) beschrijft, dat de online wereld de ruimte van onze persoonlijkheid en identiteit kan uitbreiden. Marga voelt binnen de sociale media meer ruimte voor het delen van haar persoonlijkheid. Bij Marga speelt ook het eerder beschreven online disinhibition effect (Suler, 2004), waarbij zij meer loskomt van haar sociale beperkingen en remmingen. Virtuele contacten buiten de groep of in de online wereld kunnen wat Yalom & Leszcz (202) noemen een *large group* in de virtuele wereld zijn, met alle dynamiek en krachten die daar bij horen waarin onbewuste sociale en culturele thema's zoals identiteit, diversiteit, autoriteit en inclusie een rol kunnen spelen. Dit speelde in het feit dat er een actieve groep bestond van oud-patiënten en groepsgenoten van de dagkliniek die via

WhatsApp en Facebook veel met elkaar deelden. Het behandelteam wist echter niets van deze grote groep en de dynamiek en krachten binnen die groep. Net als in het eerste vignet speelt ook in de casus van de Karel dat de groepstherapeuten en het behandelteam zich pas na het bespreken in de groep realiseerden dat er geen expliciete afspraken zijn gemaakt met betrekking tot online contacten buiten de groep. Deze afspraken, die refereren aan geheimhouding en exclusieve persoonlijke contacten buiten de groep, dienen zoals Hagenaars (2012) al noemde ook expliciet opgenomen te worden over contacten via de sociale media of per e-mail tussen groepsleden en medepatiënten. Het is een noodzakelijk aanvulling op de reguliere afspraken van een groep of een behandelmilieu. Zoals het ook bij face-to-face contacten buiten de groep gaat, dienen ook online contacten vooraf en achteraf gemeld worden in de groep.

In het verlengde hiervan geldt dit natuurlijk ook voor afspraken over hoe er binnen het behandelteam online met elkaar wordt gecommuniceerd. Dit draagt, samen met de afspraken voor patiënten, bij aan de digitale én reële veiligheid binnen en buiten de groep. Het bespreken van deze afspraken dient in het kader van veiligheid steeds opnieuw aan de orde gesteld te worden door de groepstherapeuten (Hagenaars, 2012). Groepstherapeuten kunnen dit stimuleren door open en onderzoekend het gesprek over online contacten aan te gaan (Kleinberg & Enders, 2014). De auteurs suggereren actief te bespreken hoe het voor groepsleden is die niet actief zijn op sociale media, zoals Facebook, Twitter, of Instagram, en zich mogelijk buitengesloten voelen.

Patiënten dienen aangemoedigd te worden en zich vrij te gaan voelen om ook virtuele contacten en gesprekken in de groep in te brengen. Niemand mag zich buitengesloten voelen.

Privacy en zelf-onthulling als therapeut

Berdien komt op intake voor deelname aan een inzichtgevende groepspsychotherapie. Ze maakt een gespannen indruk en dit blijft zo gedurende de rest van het intakegesprek. Op verschillende manieren probeert de therapeut stil te staan bij haar spanning en tracht hij uit te zoeken waarmee dit samenhangt. Hoewel dit niet lukt, kan de intake wel plaatsvinden. Tegen het einde van het gesprek vraagt de therapeut hoe zij het gesprek heeft ervaren. Berdien zegt dat zij zich afvraagt waarom zij juist bij deze therapeut een intake voor de groep heeft. Als dit verder geëxploreerd wordt, kan Berdien eindelijk iets zeggen over de spanning die ze voor en tijdens het gesprek voelde. Ze heeft de intaker gegoogeld en op zijn LinkedIn-profiel gezien dat hij ook binnen de forensische psychiatrie als Pro Justitia-rapporteur werkt. Dit heeft haar achterdochtig en angstig gemaakt en ze vraagt zich af of er een specifieke reden is voor de matching met haar als cliënt voor intake. Is zij werkelijk zo ziek en gestoord dat betreffende groepstherapeut haar dient te zien voor intake?

In groepstherapie zoeken patiënten op internet niet alleen informatie op over elkaar, waardoor de privacy van patiënten makkelijk in het gedrang kan komen. Zij zoeken ook naar informatie over hun therapeuten. Informatie over de praktijk en de werkervaring van de therapeut is meestal te vinden op LinkedIn of een praktijkwebsite. Soms komt

de patiënt op internet ook informatie over het privéleven van de therapeut tegen. Doorgaans gebeurt dit via sociale media-kanalen, zoals Instagram of Facebook, maar het kan ook gaan over andere informatie die via Google gevonden wordt, zoals uitslagen van

Lang niet alle informatie over therapeuten op internet kan worden afgeschermd

sportwedstrijden of andere vrijetijds- of hobbyactiviteiten. Dat de patiënt online persoonlijke informatie vindt over de therapeut (bij toeval of bewust) maakt dat de controle over zelfonthulling door de therapeut ontbreekt (Kaluzeviciute, 2020). Balick (2014) noemt dit *virtual impingement* (virtuele botsing of inbreuk), waarbij het offline therapeutische contact wordt belemmerd, veranderd en beïnvloed door iets wat er in de online wereld plaatsvindt. Het vignet van Berdien laat zien dat het googelen van haar intaker leidde tot een beïnvloeding van het therapeutische contact offline.

Wat er over je gevonden wordt als therapeut heb je niet altijd onder controle, omdat anderen ook informatie over jou op het internet plaatsen. Patiënten kunnen jou als therapeut kiezen op basis van wat ze over jou vinden op internet, of juist niet, maar patiënten kunnen ook tijdens een behandeling informatie over jou vinden op internet die ze niet aanstaat.

Deze virtual impingements kunnen zowel gaan over informatie op internet over het professionele als het persoonlijke leven van

de therapeut, bijvoorbeeld als de therapeut ingeschreven staan op een datingsite of een datingapp gebruikt, maar ook als de therapeut zijn Facebook- of Instagram-account niet heeft afgeschermd. Dat vraagt openheid als ter sprake komt dat je aan het daten bent en stilstaan bij de ideeën over jou als vrijgezel, maar ook breder bespreekbaar maken in de groep hoe informatie online en offline beïnvloedt wat we aan elkaar beleven. Dit is wat we juist in onze groepen willen en kunnen doen. Uitzoeken en exploreren wat de drijfveren en motieven zijn van ons gedrag, waarbij verschillen er mogen en kunnen zijn. Het gevolg van internet en sociale media is dus grensvervaging en kan leiden tot poreuze grenzen. De anonimiteit en neutraliteit van de therapeut is daarmee afgenomen.

Zelfonthulling in de groep door een therapeut vindt plaats wanneer de therapeut denkt dat dit bijdraagt aan de relatie en het proces van de cliënt en de groep. Dit is gecontroleerd. Informatie over de therapeut op internet is niet altijd door de therapeut gecontroleerd of te controleren. Het afgrenzen van het privédomein is belangrijk, bijvoorbeeld door het weigeren van vriendschapsverzoeken van patiënten of door het afschermen van sociale-mediaprofielen. Maar lang niet alles kan worden gecontroleerd, zoals een negatieve review op internet van een boze ex-patiënt.

Toch dien je als therapeut zoveel mogelijk zelf te bepalen welke zelfonthulling je online wilt doen. En het is belangrijk om te weten waar je zelf geen controle over hebt, zodat je goed weet wat patiënten over jou kunnen vinden als ze op internet zoeken. Oprel (2012) stelt terecht dat psychotherapeuten allerlei vormen van zelfonderzoek doen en

dat daar inmiddels ook onderzoek naar jezelf op het internet bij hoort.

Zo noemen Kleinberg & Enders (2014) in hun hoofdstuk het voorbeeld van een groepslid dat aangeeft de groepstherapeut te hebben gegoogeld en er niet alleen achter is gekomen wat het beroep is van de ouders van therapeut, maar ook de inhoudelijke papers die de therapeut heeft geschreven over groepstherapie heeft gelezen. De groepstherapeut begint zich zorgen te maken of het groepslid ook informatie over haar kinderen of andere persoonlijke informatie heeft gevonden. In het verlengde hiervan is ook de digitalisering en vrije toegang van vaktijdschriften een extra reden om als auteur van artikelen met klinische vignetten extra zorgvuldig om te gaan met de privacy en herleidbaarheid van vignetten. Een andere grensvervaging en virtuele grensoverschrijding door de therapeut richting patiënt wordt door Schalkwijk (2021) beschreven en betreft het opzoeken van patiënten door therapeuten voordat de cliënt in therapie komt of tijdens de behandeling.

Het actief vragen naar online gedrag tijdens de intake en in de groep en naar online gedrag tussen groepsleden onderling moet onderdeel zijn van de therapie. Net zo goed dien je het als therapeut openlijk te vertellen als je op internet naar informatie over jouw patiënt hebt gezocht. Ook moet dit worden opgenomen in de ethische en praktische richtlijnen met betrekking tot sociale-mediagebruik en dient tevens aandacht te krijgen in intervisie en supervisie.

Discussie en conclusie

De vignetten en de beschreven literatuur laten zien dat sociale-mediagebruik niet

meer weg te denken is uit onze maatschappij en daarmee ook gevolgen heeft voor onze groepspsychotherapie. Internet en sociale media hebben invloed op hoe mensen contact maken, relaties aangaan en op de identiteit en maken dat grenzen vervagen en opgerekt worden. De anonimiteit van online contact en de berichten die via internet platforms worden verstuurd, zonder diepere interpersoonlijke kennis, maken dat veronderstellingen over anderen en projecties richting anderen makkelijk toenemen. Dit kan eerder leiden tot aanvallende en opruiende teksten en antwoorden, waarbij in de anonimiteit van de sociale media emoties vrij spel hebben (Baricco, 2019).

Het gaat over het opnieuw bepalen van grenzen binnen en buiten de groepstherapie en raakt aan de klinische praktijk in het werken als groepstherapeut, maar ook aan ethische aspecten (privacy, openheid over informatie die je zelf deelt, maar ook over informatie

Ook online contacten buiten de therapie moeten vooraf en achteraf gemeld worden in de groep

die je opzoekt). Niet alleen als groepstherapeut, maar ook als psychotherapeut is er een extra dimensie bijgekomen waarmee we rekening dienen te houden. De therapiekamer of groepsruimte heeft naast deze fysieke ruimte ook een virtuele/ online ruimte erbij, die niet direct zichtbaar is. Als groepstherapeut dient men hier rekening mee te houden en er actief naar te vragen

om deze in de groep zichtbaar en bespreekbaar te krijgen.

Groepspsychotherapeuten kunnen niet meer om het gebruik van technologie in het algemeen en specifiek sociale media heen. Met name als je werkt met jongeren kan het vervreemdend zijn en kun je je een buitenstaander voelen als je geen weet hebt van de wereld waarin jouw patiënten zich begeven. Persoonlijke grenzen maar ook professionele grenzen van de therapeutische relatie, de setting en context van (groeps)psychotherapie zijn veranderd en opgerekt. Dit vraagt bewustwording en specifieke aandacht voor (groeps)psychotherapeuten. Er zijn verschillende factoren die contacten online anders maken dan offline, om verschillende redenen. Zo hebben we gezien dat voor berichten via sociale media geldt dat het vaak ontbreekt aan communicatiebronnen, wat kan leiden tot miscommunicatie (Swartz & Novick, 2020), dat de online wereld zonder grenzen is en dat dit in groot contrast staat met hoe grenzen worden gezien in de psychotherapeutische en psychoanalytische setting (Balick, 2014). Vanwege het online disinhibition effect (Suler, 2004) worden sociale beperkingen en remmingen die normaal spelen in face-to-face interacties bij interactie op het internet of via sociale media losser, waardoor sommige mensen impulsiever en expressiever worden wanneer zij online zijn, waarbij de volgende factoren een rol spelen: dissociatieve anonimiteit, onzichtbaarheid, asynchroniciteit, solipsistische introjectie, dissociatieve verbeelding en minimalisering van autoriteit. Contacten via sociale media tussen groepsleden buiten de groep kunnen zorgen voor onveiligheid in de groep of het behandelmilieu (Hagenaars, 2012). Net als bij face-to-face

contacten buiten de groep kan intensiever virtueel contact leiden tot splitsing en pairing-off. Virtuele contacten buiten de groep of in de online-wereld kunnen de dynamiek van de large group krijgen waar onbewuste sociale en culturele thema's zoals identiteit, diversiteit, autoriteit en inclusie een rol kunnen spelen.

Er is daarom een noodzaak om tot expliciete afspraken te komen met betrekking tot contacten buiten de groep via sociale media of e-mail. Deze afspraken, die refereren aan geheimhouding en exclusieve persoonlijke contacten buiten de groep, moeten ook specifiek over sociale-mediagebruik gaan. Net zoals bij face-to-face contacten buiten de groep dienen ook online contacten buiten de groep vooraf en achteraf gemeld worden in de groep. Groepstherapeuten kunnen dit stimuleren door actief, open en onderzoekend het gesprek over online contacten aan te gaan (Kleinberg & Enders, 2014).

Tot slot is er de impact van sociale media en internet op de privacy van de therapeut en de patiënt en heeft dit invloed op zelfonthulling door de therapeut, waarbij er minder controle is over wat een therapeut van zichzelf laat zien door eventuele privéinformatie op internet en sociale media. De therapeutische relatie kan als gevolg van virtuele botsingen en grensoverschrijdingen worden beïnvloed.

Adviezen voor de praktijk

Sociale media in de groepstherapie

In de groepstherapie zelf, zeker als het gaat om groepen met adolescenten en jongvolwassenen, voor wie sociale-mediagebruik vanzelfsprekend is omdat het met de paplepel is ingegoten, is het nodig expliciet te

bespreken dat contacten buiten de groep niet gewenst zijn, mede vanwege privacy, en dat dit expliciet ook betrekking heeft op contacten via sociale media. Open en onderzoekend het gesprek aangaan over contacten via sociale media is belangrijk, ook voor de patiënten in de groep die geen sociale media gebruiken. Laat vooral ook virtuele contacten en gesprekken in de groep ingebracht worden (Kleinberg & Enders, 2014).

Privacy en digitale zelfonthulling

Als het gaat over privacy van de (groeps) therapeut en digitale zelfonthulling geldt dat je als therapeut niet kunt voorkomen dat (potentiële) patiënten je opzoeken op het internet. Het heeft de voorkeur dat je als therapeut een professionele aanwezigheid op het internet zoveel mogelijk zelf vormgeeft, bijvoorbeeld via de praktijkwebsite of een LinkedIn-profiel. Hierdoor neem je controle over wat anderen van jou zien als professional. Aansluitend op Oprel (2012) kan het geen kwaad jezelf regelmatig te googelen om bewust te zijn van wat cliënten over jou vinden. Dit actief bespreken en bevragen tijdens intakes door te vragen naar welke informatie ze al hebben over jou en hoe ze deze informatie hebben verkregen (via via of via googelen op internet) is raadzaam. Frans Schalkwijk (2021) noemt terecht dat virtuele grensoverschrijding niet alleen van patiënt naar therapeut, maar ook van therapeut naar patiënt kan plaatsvinden. Dit dient ook open besproken te worden. In het verlengde hiervan kan ook het gebruik van een privé-chat door de groepstherapeuten tijdens een groepszitting gezien worden. In een offline groepspsychotherapie is er non-verbaal contact tussen de groepstherapeuten, wat zichtbaar is voor de leden van

de groep. Ook verbaal contact tussen de groepstherapeuten is openlijk te observeren en kan achterdocht oproepen bij de groep en gezien worden als pairing-off door de therapeuten.

Diverse auteurs vinden het van belang is dat in de anamnese, wanneer interpersoonlijke relaties worden uitgevraagd, er niet alleen aandacht is voor face-to-face relaties, maar ook voor virtuele relaties en profielen op sociale media, evenals de tijd die iemand kwijt is aan online contact (Steen, 2012; Swartz & Novick, 2020). Algemeen dient bij intake of de intake voor een groepstherapie aandacht te zijn voor het online gedrag en gebruik van sociale media door patiënten. Bij het inventariseren van interpersoonlijke relaties is het ook van belang dat zowel virtuele als face-to-face relaties worden uitgevraagd. Een en ander is ook te bespreken en actief in te brengen in de groep als het gaat over relaties. In het werken met jongeren, digitale natives, zal dit vaak vanzelf gaan en door de patiënten in de groep zelf worden ingebracht. Mocht het ontbreken, dan is dit therapiemateriaal. Het is voor digitale migranten niet altijd vanzelfsprekend om virtuele en online contacten te bespreken.

Hoewel het gebruik van sociale media door therapeuten niet nieuw is en er steeds meer gebruik wordt gemaakt van ondersteunende contacten via WhatsApp, chatrooms (eetstoornissen) en therapeuten die via YouTube en TikTok de psychologische zorg toegankelijk maken (Blum, 2021), liggen er ook mogelijkheden om dit binnen de groepspsychotherapie verder te ontwikkelen. Er zijn meerdere mogelijkheden om via internet en sociale media jongeren en volwassenen te

bereiken die normaal vanwege hun achtergrond en locatie minder toegang hebben tot psychologische zorg. Psychotherapeuten kunnen de sociale media gebruiken om veilige plekken te creëren waar individuen met elkaar in contact kunnen komen. Denk bijvoorbeeld ook aan de website proud2beme voor online hulp voor mensen met een eetstoornis (Balick, 2014).

Richtlijnen sociale-mediagebruik en ethische richtlijnen

Diverse auteurs noemen dat het noodzakelijk is om aanvullend aan de reguliere afspraken van een groep of een behandelmilieu afspraken te maken met de patiënten over sociale media, e-mail- en WhatsApp-contact (Hagenaars, 2012; Kleinberg & Enders, 2014). Deze afspraken horen bij de reeds bestaande groepsafspraken zoals De Haas beschrijft (2020) en dienen mondeling en/of schriftelijk voorafgaand aan de deelnemers van de groep te worden voorgelegd, waarbij het voor patiënten ook helder moet zijn hoe hun therapeut zelf omgaat met sociale media en hoe er binnen het behandelteam of tussen groepstherapeuten (digitaal) wordt gecommuniceerd.

Tevens wordt geadviseerd om praktische richtlijnen voor sociale-mediagebruik op te stellen en als aandachtspunt op te nemen in

de ethische richtlijnen. In navolging van de KNMG-richtlijnen en de specifieke handreiking die zij hebben ontwikkeld over sociale-mediagebruik voor artsen (KNMG, 2020) zouden ook beroepsverenigingen zoals de NVP en de NVGP een handreiking over sociale media kunnen ontwikkelen in aanvulling op bestaande beroepscode zoals die van de NVP, waar al aandacht is voor digitale communicatie maar nog niet geschreven wordt over sociale-mediagebruik (NVP, 2018). Binnen de NVGP zou ook in de praktijkrichtlijnen voor groepsbehandeling in de (geestelijke) gezondheidszorg (2019) sociale-mediagebruik aandacht dienen te krijgen.

Groepspsychotherapie en sociale media

Tot slot is het ook in ons werk als groepstherapeut belangrijk dat wij ook in de online wereld het sociale-mediagebruik van onszelf en onze patiënten kunnen meenemen in de behandeling. Het herkennen en kunnen omgaan met de beschreven specifieke uitdagingen en mogelijkheden van sociale-mediagebruik binnen groepspsychotherapie is onvermijdelijk. Billow (2012) verwoordt het treffend en dit gaat op voor alle sociale media: *'I could submit or rebel against Facebook's social impact or surrender creatively and retain faith in the members of the group and in myself.'*

Salvatore Vitale is klinisch psycholoog-psychotherapeut en specialistisch groepstherapeut NVGP. Hij werkt in eigen praktijk in Leiden.

Literatuur

Balick, A. (2014). The art of being curious. *Contemporary psychotherapy*, 6(2), <https://www.contemporary-psychotherapy.org/volume-6-issue-2-winter-2014/technology-social-media-and-psychotherapy-getting-with-the-programme/>

Baricco, A (2019). *The Game* (Nederlandse vertaling). Amsterdam: De Bezige Bij.

Billow, R.M. (2012). Facebook as 'Social Fact'. *Group*, 36, p. 213-222.

Blum, D. (2021, 12 januari). Therapists are on TikTok. And how does that make you feel? Mental health professionals are going viral on the app, captivating an anxious generation. *New York Times*.

Boutellier, H. (2020). *Het nieuwe Westen. De identitaire strijd om de sociale verbeelding*. Amsterdam: Uitgeverij van Gennip.

CBS (2020). *Steeds meer ouderen maken gebruik van sociale media*. Verkregen op 23/06/2022 van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/04/steeds-meer-ouderen-maken-gebruik-van-sociale-media>

Daemen, M. (2020). De groep in tijden van corona. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 15(4), p. 4-12.

Daemen, M. (2021). Voor mij is het gewoon psychotherapie, hoor. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 16(3), p. 70-84.

Haas, de W. (2020). *Groepsbehandeling en teambegeleiding in de zorg. Een praktische handleiding op basis van de groepsdynamica*. Amsterdam: Boom.

Hagenaars, M. (2012). Digitale onveiligheid verstoort reële veiligheid. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 7(3), p. 18-26.

Kaluzeviciute, G. (2020). Social media and its impact on therapeutic relationships. *British Journal of Psychotherapy*, (36)2, p. 303-320.

Kleinberg, J. & Enders, P. (2014). Is nothing private anymore? In Motherwell, L. & Shay, J.J. (eds). *Complex dilemmas in Group Therapy* (p. 200-207). New York & London: Routledge.

KNMG (2020). *KNMG-handreiking Artsen en social media*. KNMG: Utrecht.

Krijnen, I. (2015). In of uit de groep? *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 10(3), p. 8-12.

Lemma, A. (2017). *The digital age on the couch. Psychoanalytic practice and new media*. New York/Londen: Routledge.

NVGP (2019). *Praktijkrichtlijnen voor Groepsbehandeling in de (G)GZ*.
www.groepspsychotherapie.nl/praktijkrichtlijnen

NVP (2018). *Beroepscode voor psychotherapeuten*. Utrecht: Nederlandse vereniging voor psychotherapie.

Oprel, D. (2012). Op zoek naar jezelf op het web. Column. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, (38)5, p. 477-479.

Prensky, M. (2001). Digital natives, digital immigrants. *On the Horizon*, 9(5), p.1-6.

Remijsen, M. & Rosema, S. (2021). Valkuilen bij het behandelen via beeldbellen. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 16(2), p. 16-21.

Schalkwijk, F. (2021). Imperfectie. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 16(3), p. 17-25.

Steen, A. (2012). Sociale media: effecten op identiteit en intimiteit. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 7(3), p. 10-17.

Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *Cyberpsychology & Behavior*, 7(3), p. 321-326.

Swartz, H.A. & Novick, D.M. (2020). Psychotherapy in the Digital Age: What we can learn from interpersonal psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 73, p. 15-21.

Veer, N. van der, Boekee, S. & Hoekstra, H. (2020). *Nationale Social Media Onderzoek 2020*. Amsterdam & Enschede: Newcom Research & Consultancy.

.....

Ditch the pitch

Graduele veranderingen dienen zich veelal schoksgewijs aan. En overrompelen ons. Ik stond thuis voor het raam op de eerste verdieping en zwaaide vriendelijk naar een groepje voorbijtrekkende jongeren. De voorste ontwaarde me en joelde plots luid: 'Héee, omáaah!' Nooit eerder was het tot me doorgedrongen dat mijn witgrijze lokken aanleiding konden geven om mij als een grootmoeder te betitelen (of waren het mijn rimpels?). Onthutst verdween ik uit het gezichtsveld. Mijn wellicht enigszins geflatteerde zelfbeeld, als een vrouw van hooguit middelbare leeftijd met een jeugdige uitstraling, was in één klap getorpedeerd. Zo werkt het in mijn ervaring ook met taal. Een moment van onoplettendheid en nieuwe woorden hebben hun intrede gedaan, die iedereen als vanzelfsprekend gebruikt, zo lijkt het. Behalve ik. Ik heb weer iets gemist en een gevoel van vervreemding overvalt me.

Want opeens was het er. Het woord 'pitch'. Toonhoogte. Oké, dat wist ik. Ook had ik genoeg kennis van honkbal om te weten dat een pitcher de bal het spel in werpt, richting de slagman. En, ik heb met disgenoten met de nodige regelmaat genoten van een pitcher – geen honkballer, maar een kan gevuld met bier. Maar al deze betekenissen voldeden niet meer. Pitchen verwijst tegenwoordig kennelijk naar iets anders. Ik word namelijk veelvuldig verzocht om te 'pitchen' zonder dat er gerstenat in het spel is, laat staan een honkbal. De eerste keer betrof een tweedaagse cursus 'academisch leider-

schap' waarin ik als deelnemer moest leren mijzelf in een minuut voor te stellen teneinde indruk te maken. Uiteraard snapte ik onmiddellijk waarom pitchen een volstrekt onontbeerlijke kwaliteit is voor de 21-eeuwse academische leider... Voordat ik het wist werd ik bij zowat elke gelegenheid gevraagd te pitchen. Als wetenschapper, op een bijeenkomst waar we in gesprek zouden gaan over onderzoeksbevindingen, als opleiding, waar we onze insteek voor de nogal omvangrijke eindopdracht zouden bespreken, en als adviseur, toen ik samen met een collega onze opzet voor een te ontwikkelen 'community of practice' voor bestuurders wilde toelichten. Voor al deze activiteiten kregen we maar liefst tien minuten tot onze beschikking.

Om mijn klaarblijkelijke kennisachterstand weg te werken consulteerde ik het internet en stuitte op de term 'elevator pitch': de idee dat je in een lift staat en gedurende de korte reis van één minuut naar boven (of beneden), in staat zou moeten zijn een medepassagier te overtuigen van de onmisbare waarde van jou, je idee of je product. Een korte presentatie voor een aanbesteding, zo las ik. Met als doel de ander 'laaiend enthousiast' te maken, opdat je een opdracht kan 'binnenslepen', of dat je een collega 'kan overhalen met jouw idee aan de slag te gaan'. Het wordt aangeprezen als een handige vaardigheid om je doelen te bereiken. Die natuurlijk getraind moet worden. En wel aan de hand van de deskundige begeleiding van ervaren pitchers.

Van Dale omschrijft een pitch als een verkooppraatje. De hallelujaverhalen over de waarde van pitchen zijn verkooppraatjes om verkooppraatjes te leren. Ik begrijp dat verkopers moeten verkopen. Maar met verkooppraatjes? Deze term heeft een negatieve lading. Het gaat over overtuigen, over verleiden, over overhalen, in plaats van de potentiële koper zo oprecht en volledig mogelijk voor te lichten over de voor- en nadelen van een bepaald product of dienst,

Ik wil niet pitchen.

Ik wil gedoe

opdat hij of zij een geïnformeerde keuze kan maken. (Zo heeft de effectiviteit van de zogenoemde 'realistic job preview', waarbij sollicitanten over alle denkbare plussen en minnen van de baan in kwestie op de hoogte worden gesteld, zich ruimschoots bewezen (Dugoni & Ilgen, 1981)). Zelfs bij het verkopen (of kopen) van een auto, vaak geportretteerd als een eenmalige transactie waarbij hard onderhandeld kan worden, is de relatie belangrijk. Omdat de koper wellicht de auto bij de verkoper wenst te onderhouden, te zijner tijd aldaar wil inruilen voor een ander, et cetera. Verkopers met verkooppraatjes ga ik graag uit de weg.

Ook managers, adviseurs en wetenschappers worden heden ten dage geacht te pitchen. Wie eigenlijk niet? En ook hun pitch moet snel en efficiënt, is gefocust op de voordelen, gericht op het behalen van het eigen doel, met weinig aandacht voor de relatie. Een dergelijke combinatie – hoog taakbelang, laag relatiebelang – staat vol-

gens de klassieke onderhandelingsliteratuur garant voor vechtgedrag: het behalen van 'quick wins' voor de eigen zaak waarbij de eventuele belangen van de ander worden veronachtzaamd en aan de relatie geen waarde wordt gehecht. Volstrekt consistent met het honkbalveld: 'Goede pitchers proberen zoveel mogelijk goede ballen te gooien op een manier dat een slagman te laat of verkeerd slaat' (www.sport-en-spelen.nl/honkbal.html). Honkbal is competitie. Pitchen ook.

Pitchen als vaardigheid om de ander in het tijdsbestek van één, maximaal tien minuten te overdonderen. Om het eigenbelang te dienen. En de ander wil overdonderd worden, ook om het eigenbelang te dienen.

Waarbij de verantwoordelijkheid om overtuigd te worden bij de pitcher ligt, opdat de gepitchte zonder inspanning gegrepen kan worden. Alles zo snel en efficiënt mogelijk want al het andere, bijvoorbeeld een serieus gesprek voeren, kost alleen maar tijd en moeite. Het klinkt nogal collusief. De vraag is dan ook hoe effectief pitchen is.

Ik ben geen honkballer maar onderzoeker en adviseur. Ik wil niet pitchen. Ik wil het contact aangaan met de ander, de tijd en ruimte hiervoor nemen, vanuit een oprechte belangstelling en met wederkerigheid. Op zoek naar betekenis en verdieping, door gezamenlijk te worstelen, elkaar te bevragen en dóór te vragen. Om zo te komen tot een gedeeld begrip en tegelijkertijd de relatie te ontwikkelen opdat er iets kan worden gedaan met dit begrip. Ik wil gedoe.

Onze professionele taal is weer een sportterm rijker. Naast 'team' en 'coach', begrippen die niet meer weg te denken zijn uit

onze dagdagelijkse conversaties, is er nu dan ook 'de pitch'. Niemand protesteert ertegen. Gewoon doen, toch? Kunnen we immers snel scoren en dóór, zonder al te veel gedoe. Ik ben vast weer een mopper-

kont, in dit geval een pitch bitch. Maar heb ik dan een alternatief? Gelukkig, zoals altijd, oma weet raad. De oplossing is eenvoudig en effectief: neem de tijd om het echte gesprek aan te gaan en ... ditch the pitch.

*Door **Sandra Schruijer**, hoogleraar Organisatiewetenschap aan de Utrecht University School of Governance, hoogleraar Organisatiepsychologie aan de Tias School for Business and Society en directeur van Professional Development International.*

Literatuur

.....
Dugoni, D.L. & Ilgen, D.R (1981). Realistic job previews and the adjustment of new employees, *The Academy of Management Journal*, 24(3), p. 579-591.
.....



De nieuwe Burlingame is uit!

Vorig jaar verscheen de derde grote review van de evidentie voor de werkzaamheid van groepstherapie van Gary Burlingame & Bernhard Strauss, met recht het meest omvattende overzicht van groepstherapie-research te noemen. Een bespreking.

Door Rob Koks en
Willem de Haas

Sinds het begin van deze eeuw publiceren Gary Burlingame & Bernhard Strauss om de ongeveer acht jaar een grote review van de evidentie voor de werkzaamheid van groepstherapie. In 2004 en 2013 verschenen hun eerdere reviews. Deze reviews betreffen studies uit zowel Europa als de Verenigde Staten, Australië en Azië, en kunnen met recht als het meest omvattende overzicht van groepstherapie-research gezien worden. Niet voor niets worden hun reviews opgenomen als hoofdstuk in het gezaghebbende *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. Onlangs, in oktober 2021, verscheen de zevende editie van dit handboek, met al weer de derde bijdrage van de auteurs. De methodologische kwaliteit is in de loop van de jaren steeds groter geworden. Inmiddels vormen tien meta-analyses de basis voor deze review, met een samenvatting van 329 gerandomiseerde klinische onderzoeken (RCT's), met bijna 27.00 patiënten.

Met deze bespreking willen wij groepstherapeuten van dienst te zijn om hun behandeling vorm te geven naar de kennis die beschikbaar is uit de wetenschap, en daarmee bij te dragen aan de ontwikkeling van evidence-based groepsbehandeling. Eerst plaatsen wij als achtergrond enkele opmerkingen over de verhouding tussen groepstherapie-research en de praktijk van groepstherapie. Vervolgens komt de inhoud van de review

aan de orde. Ten slotte bespreken we de conclusies die de auteurs trekken uit deze review.

Achtergrond

Beoefenaren van groepstherapie en beoefenaren van wetenschappelijk onderzoek naar groepstherapie: in Nederland is dat lange tijd niet zo'n gelukkig huwelijk geweest. Onderzoekers zoals Wim Trijsburg, Jaap van der Stel en Hans Snijders stonden in zekere

In de VS erkende de APA groepspsychotherapie pas in 2018, op basis van de wetenschappelijke evidentie, als 'specialty'

zin alleen; hun bevindingen raakten niet echt ingeburgerd in het dagelijks werk van de groepstherapie. Groepstherapeuten werkten vooral op hun 'trained intuition', geïnspireerd door rolmodellen uit de VS en Groot-Brittannië, of ons eigen groepstherapie-boegbeeld Tom Berk.

In de VS was in de loop der jaren een behoorlijke traditie van groepsresearch opgebouwd. Zo bevat het algemeen erkende *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* vanaf de tweede editie een hoofdstuk over groepsresearch, eerst van Bednar & Kaul (1978, 1986, 1994), later van Burlingame & Strauss e.a. (2004, 2013). Desondanks werd begin van deze eeuw ook in de VS de kloof tussen wetenschap en dagelijkse praktijk onderkend. Om deze kloof

te overbruggen werden door de AGPA in 2007 de *Practice Guidelines for Group Psychotherapy* uitgebracht (AGPA, 2007). De bedoeling was om – gebaseerd op de actuele stand van de wetenschap – een handreiking te bieden aan therapeuten in de dagelijkse groepspraktijk.

In ons land zorgde de wereldwijde recessie van 2008 voor een veranderende financieringswijze van de gezondheidszorg. Dit leidde tot een grotere invloed van verzekeraars en toezicht door de Nederlandse Zorgautoriteit, en tot de ontwikkeling van zorgstandaarden en generieke modules. Bij de ontwikkeling van de generieke module psychotherapie rond 2015 was er discussie met de NVGP of groepspsychotherapie te handhaven was als psychotherapeutisch referentiekader, of louter gezien moest worden als aanbiedingsvorm of setting. In de VS overigens erkende de APA groepspsychotherapie pas in 2018, op basis van de grote hoeveelheid empirische evidentie, als 'specialty'. De vraag om evidence-based practice werd steeds dwingender. Enerzijds haastten instellingen zich om evidence-based methoden zoals SFT, MBT, DGT en TFP te integreren in de bestaande ambulante en semi-/intramurale behandelprogramma's, waar groepstherapie veelvuldig werd toegepast (Koks, 2015). Anderzijds achtte de NVGP het noodzakelijk om groepsbehandeling wetenschappelijk te profileren en het belang ervan te promoten in de opleiding en training van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, zoals psychologen, psychotherapeuten en psychiaters.

Een aantal initiatieven volgde om de kloof tussen groepsresearch en groepspraktijk te verkleinen. Onder leiding van De Haas zorgt de NVGP-wetenschapscommissie sinds 2013

op de NVGP-website voor de opbouw van een rubriek Research Groepstherapie (www.groepspsychotherapie.nl/research-groepstherapie). Onder redactie van Koks & Steures bracht de NVGP in 2019 een online versie van De Nederlandse Praktijkrichtlijnen Groepsbehandeling uit (Koks en Steures, 2019). En in 2021 verzorgden collega's Scholte, Bartak en De Haas als leden van de wetenschapsraad van de NVP de Factsheet Groepspsychotherapie, dat een antwoord geeft op de vraag welke groepstherapieën voldoen aan de eisen voor wetenschappelijk bewijs die het Zorginstituut Nederland hanteert voor de werkzaamheid van behandelingen (psychotherapie.nl/over-de-nvp/nvp-publicaties).

Parallel aan deze ontwikkelingen in eigen land verscheen in 2021 de genoemde zevende editie van *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, met ook daarin weer een hoofdstuk van de hand van Gary Burlingame en Bernhard Strauss over de 'Efficacy of small group treatments, foundation of evidence-based practice' (Burlingame & Strauss, 2021).

Over de auteurs

Gary M. Burlingame is psychologieprofessor aan de Brigham Universiteit in Utah, VS. Hij stond mede aan de basis van de Routine Outcome Monitoring, en samen met Michael Lambert van de veelgebruikte Outcome Questionnaire 45 (OQ-45). Hij is sinds dit jaar voorzitter van de Amerikaanse groepstherapievereniging (AGPA) en nam het stokje over van Melyn Leszcz, bekend van het co-auteurschap van het standaardwerk over groepspsychotherapie (Yalom & Leszcz, 2020).

Bernhard Strauss is professor en directeur van het Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie aan de Friedrich Schiller Universiteit in Jena, Duitsland. In 2018 publiceerde hij samen met D. Mattke het Duitstalige standaardwerk over groepspsychotherapie: *Gruppenpsychotherapie, Lehrbuch der Praxis* (Strauss & Mattke, 2018).

Wat komt er aan de orde?

Het betreft onderzoek naar zowel de uitkomst van groepsbehandelingen als naar groepsprocessen die daarin een mediërende rol spelen. De auteurs lichten uitvoerig toe hoe de methodologische kwaliteit van deze review verder is toegenomen. Zo rust de analyse van stoornis-specifieke effectiviteit nu zelfs alleen op RCT's. Wachtlijst (WL) of Treatment as Usual (TAU) vormen de controlecondities. Onder TAU wordt meestal begrepen

Terwijl de methodologische nauwkeurigheid van de outcome-research is toegenomen, is er minder kennis vergaard over groepsprocessen

een combinatie van individuele behandeling, medicatie en *common factor*-behandeling. Nog steeds is de review voor een groot deel gebaseerd op studies die de effectiviteit van specifieke groepsprogramma's voor

specifieke stoornissen aangeeft, waarbij onderzoek van de CGT-groepstherapievormen en groepsbehandelingen en behandelingen met een duur van 10-20 zittingen de meerderheid vormen. Hierbij tekenen de auteurs aan dat de meeste research gedaan wordt door methode-specialisten en niet door groepspecialisten, en voor de review van 2004 was dat nog andersom. Dus, zo stellen de auteurs, terwijl de methodologische nauwkeurigheid van de outcome-research is toegenomen, is er minder kennis vergaard over groepsprocessen. Uit de eerdere reviews van Burlingame e.a. uit 2004 en 2013 weten we dat groepsbehandeling even goed werkt als individuele behandeling voor een flink aantal stoornissen, en het groepsgewijs aanbieden van een behandelmethode kan, mits de groepsprocessen adequaat worden begeleid, de resultaten van de behandeling versterken. Voor de lezer is het prettig dat de auteurs elke paragraaf starten met een samenvatting van de eerdere bevindingen uit 2013, en met een beschrijving in hoeverre de eerdere bevindingen aanbevolen worden in de behandelrichtlijnen van de American Psychiatric Association en het National Institute for Health and Care Excellence (NICE). In deze review voegen zij daar enkele nieuwe inzichten en veelbelovende ontwikkelingen aan toe.

Net zoals in 2013 maken zij onderscheid tussen research over de structuur of anatomie (rechtstreeks beïnvloedbaar in de voorbereiding) en research over het proces of de fysiologie (indirect beïnvloedbaar, zoals normen en ontwikkeling). Het betreft tevens onderzoek naar mediërende factoren en mechanismen en factoren zoals cohesie/

klimaat. Ook zien we de brede visie op groepstherapie terug, nog duidelijker zelfs dankzij een model met een indeling in drie vormen: psychotherapiegroepen, psycho-educatiegroepen, en leiderloze (steun- en zelfhulp-)groepen. Het is een indeling waar over te discussiëren valt, maar die is wel breed, wat parallel loopt aan de visie op groepsbehandeling in onze eigen NVGP. Tevens borduren de auteurs voort op het model, uit de eerdere versies van 2004 en 2013, van research op het gebied van vijf factoren die de outcome van groepstherapie bepalen: de therapeut, de cliënt/stoornis, de opzet-organisatie, groepsprocessen, en de gebruikte formele veranderingstheorie van groepstherapie.

Om tot klinisch betekenisvollere conclusies te komen, wordt het begrip 'uitkomst' breed gedefinieerd, zowel in termen van primaire of targetsymptomen, als van secundaire resultaten zoals welbevinden, kwaliteit van leven en bijkomende symptomen.

De auteurs bespreken, na de vorige versie in 2013, een overzicht van onderzoeken uit tien nieuwe meta-analyses bestaande uit 329 RCT's, verdeeld over een aantal overzichtelijke tabellen. Ze gebruiken hetzelfde onderscheid in een iets andere volgorde dan in 2013:

- A. Studies naar de vergelijking tussen individuele- en groepstherapie
- B. Stoornissen waarbij groepstherapie de eerste behandelvorm is: stemmingsstoornissen, bipolaire stoornissen, paniek, sociale angst, OCD
- C. Stoornissen waarbij groepstherapie aanvullende therapie is: eetstoornissen, verslaving, trauma-gerelateerde stoornis
- D. Somato-psychische stoornissen: borstkanker, chronische pijn, stress

- E. Ernstige psychiatrie: schizofrenie, persoonlijkheidsstoornissen
- F. Beloftevolle ontwikkelingen: hechtingsstijl, online groepen
- G. Groepsprocessen: cohesie en de werkrelatie ('alliance') als therapeutische factoren
- H. Op metingen gebaseerde zorg ('measurement-based care')

Nieuw in deze review is de aandacht voor onderzoek naar groepstherapie, waarbij met behulp van ROM-feedback en meetinstrumenten de selectie van cliënten, het verloop van het groepsproces en het therapie-resultaat worden gemonitord (H. 'measurement-based care').

Wij bespreken per gebied enkele conclusies.

A. Groep versus individueel

Deze review versterkt de conclusie uit 2013: de resultaten van groepstherapie voor stemmings-, paniek-, persoonlijkheids-, eet- en schizofrenie/psychotische stoornissen zijn gelijk aan individuele behandeling. Burlingame en Strauss gaan eerst uitvoerig in op de methodologische complexiteit om het effect van groeps- en individuele behandeling te vergelijken als behandelingen, patiëntengroepen en doseringen verschillen. Een belangrijke modererende factor blijkt in die gevallen de oriëntatie van de onderzoeker te zijn. Uiteindelijk is de conclusie dat voor vergelijkbare stoornissen, patiëntengroepen en doseringen er statistisch geen verschil is in effect tussen individuele en groepsbehandeling, ook na follow-up, en er geen verschil is in therapie-acceptatie en mate van drop-out (Burlingame & Strauss, 2016, p.457).

De auteurs onderstrepen het belang om hierop in instellingen en in gesprek met

patiënten te wijzen bij de vooroordelen die er over groepsbehandeling kunnen leven. Maar ook op de reële zorgen van een patiënt over deelname aan een groep kun je beter een door evidentie ondersteunde uitleg geven.

B. Groepstherapie als primaire behandeling

Het betreft een groot aantal RCT's, met Wachtlijst (WL) of Treatment as Usual (TAU) als controlecondities. Hier volgt een aantal van de belangrijkste bevindingen.

Bij stemmingsstoornissen gaat de groepssetting direct sociale isolatie tegen. Groepsbehandeling in brede zin heeft een significant beter effect dan bij WL en TAU. Voor Cognitieve Groeps Gedragstherapie (CBGT) is dat aangetoond, voor Mindfulness Based Groepstherapie (MBGT) en psycho-educatiegroepen is de evidentie veelbelovend.

Opvallend is dat het erop lijkt dat de cognitieve component niet de 'agent of change' is in CBGT, maar eerder andere, 'common factors' voor verandering zorgen.

Bij de bipolaire stoornis kan groepsdruk van belang zijn voor medicatietrouw. Recent is er (in zes nieuwe RCT's) meer evidentie voor groepsbehandeling gevonden dan voor TAU-individueel. De evidentie voor groeps-psycho-educatie is nog steeds veelbelovend.

Bij patiënten met een sociale angststoornis roept de groep enerzijds angst op maar biedt die anderzijds een therapeutisch format, zowel vanuit CGT- als vanuit interpersoonlijk en psychodynamisch perspectief. Recente studies laten brede en stevige evidentie zien voor CBGT met exposure en voor Mindfulness Stress Reductie-training. Bovendien blijken een 'mindful' houding en de werkrelatie mechanismen voor verandering. Bij de paniekstoornis wordt bevestigd dat CBGT effectiever is dan WL, en even

effectief als andere actieve behandelingen (8-14 sessies van 90 minuten), waarbij bovendien de drop-out gelijk is.

Ook voor patiënten met OCD biedt de groep een aantal therapeutische factoren (zoals herkenning, stimulans). Voor de behandeling wordt de effectiviteit van CBGT met exposure en responspreventie bevestigd, en lijkt het effect vergelijkbaar met individuele CBT.

C. Groepstherapie als aanvullende behandeling

Groepstherapie is vaak een onderdeel van een meeromvattende multidisciplinaire behandeling, vanwege de complexiteit van de stoornis of vanwege de aanwezigheid van co-morbide stoornissen.

Bij patiënten met een eetstoornis bevestigt deze review de werkzaamheid van CBGT, met name bij boulimia en *binge eating*: significant beter dan de WL, en even effectief als de TAU (Grenon R. et al. 2019). De evidentie voor DGT is veelbelovend. Er is opvallend weinig kwalitatief goed onderzoek naar anorexia.

Bij verslavingsstoornissen wordt groepsbehandeling veel ingezet, vanwege de kosten en de aanwezigheid van onderlinge steun. Eerder was de evidentie voor de werkzaamheid voorzichtig positief, met weinig verschil per therapeutisch referentiekader. In deze review wordt slechts beperkte evidentie gevonden.

Ook bij de behandeling van PTSD wordt groepsbehandeling veel gebruikt, omdat die veel therapeutische factoren biedt. Er wordt weinig verschil gevonden tussen steunend-structurerende (zonder exposure) of trauma-verwerkende (met exposure) behandelingen. CBGT heeft het meeste effect,

terwijl de evidentie voor psychodynamisch-interpersoonlijke groepsbehandeling veelbelovend is. Bij mannen en bij oorlogstrauma's was het effect van behandeling wel minder dan bij vrouwen en bij patiënten met een gemengd-interpersoonlijk trauma. Al met al heeft een behandeling met exposure toch de voorkeur.

D. Groepsbehandeling in medische settings

Er zijn groepsbehandelingen voor steeds meer gebieden (zoals overgewicht, epilepsie, dementie) maar voor deze review is er alleen voldoende kwalitatief goede research bij groepsbehandelingen voor patiënten met borstkanker en pijnstoornissen.

Bij borstkanker neemt de incidentie toe en het sterftcijfer neemt af. Dan is het van belang dat er stevige evidentie is voor CBGT, en voor steun- en psycho-educatiegroepen die helpen met de ziekte om te gaan; evidentie voor mindfulness-based- en yogagroepen is in opkomst.

Vanwege de hoge kosten en kans op verslaving aan pijnmedicatie is er meer onderzoek naar de werkzaamheid van psychologische interventies. De review maakt onderscheid tussen fibromyalgie, chronische pijn en specifieke pijnklachten. Er is nog steeds veel evidentie voor CBGT, maar de aanwezigheid van toevoegingen, zoals exposure, steun en meditatie, lijken een grotere rol te spelen.

E. Groepsbehandeling bij ernstige psychiatrische stoornissen

Behandelingen voor patiënten met ernstige problematiek leunen nog steeds op groepsbehandeling. Bij schizofrenie betreft het vooral bevordering van *compliance*, steun en vaardigheden; voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis bieden groepen

veel therapeutische factoren naast de heftige affecten die een groep kan oproepen. Bij schizofrenie is voor vaardigheidstraining, Multi Family-groepen, Cognitive Remediation (CRT) en psycho-educatie duidelijk evidentie gevonden; voor CBGT en Meta-Cognitieve Training niet.

Voor persoonlijkheidsstoornissen werd eerder voor DGT, STEPPS, MBT-dagbehandeling, en de combinatie klinisch-ambulant veel evidentie gevonden. Recent (Mc. Laughlin et al., 2019) is de werkzaamheid gebleken van ambulante groepsbehandeling voor BPD (28 zittingen, 2 uur per week, ongeacht het therapeutisch referentiekader). Voor DGT was de meeste evidentie, en voor de andere behandelvormen was het aantal studies beperkt. En: hoe groter de groep, des te kleiner het effect.

F. Veelbelovende ontwikkelingen:

hechtingstijl en online groepsbehandeling

Parallel aan de bevindingen bij individuele behandeling is onderzoek naar de rol van hechtingstijl, en de opkomst van online groepsbehandeling te zien.

De theoretische en empirisch literatuur naar hechtingstijl staat aan het begin, maar er is een duidelijke toename aan studies.

MBT-groepstherapie, Focused

Brief-groepstherapie en de organisatiepsychologie (Mikulincer & Shaver, 2017) hebben de hechtingsstijl geïntegreerd. Enkele bevindingen zijn: positieve veranderingen in hechtingsstijl zijn gerelateerd aan verbetering in interpersoonlijke problemen en depressieve symptomen; hechtingsstijl is een voorspeller voor proces en uitkomst van de groepstherapie: angstige patiënten verbeteren met cohesie, vermijdende vallen vaker uit; een menging van hoog en laag

angstige patiënten geeft een beleving van meer positieve en minder negatieve relaties. Werd online behandeling voorheen gezien als een toevoeging, sinds Covid is er een toename te zien aan (RCT-)studies, die werkzaamheid laten zien voor veel stoornissen, en met een hoge patiënt-waardering.

G. Groepsprocessen: de correlatie tussen cohesie en alliantie met de uitkomst

Eerder ging de evidentie over cohesie over lid-lid- en lid-groepcohesie; recent is er een groeiend aantal studies naar lid-leidercohesie, oftewel de werkrelatie of therapeutische alliantie. Gaf eerder 43% van de studies een significante relatie tussen cohesie en uitkomst aan, van de recente studies is dat 73%. Factoren die hierbij een rol spelen zijn bijvoorbeeld:

- de theoretische oriëntatie: bij interpersoonlijke (de hoogste), psychodynamische, CBT, supportieve en eclecticische behandeling is er een verband tussen cohesie en uitkomst
- aantal sessies: hoogste correlatie bij 20 of meer sessies, en bij leiders die lid-lidcohesie bevorderen
- niet alleen bij één meetmoment maar ook bij continu meten van cohesie lijkt de correlatie bevestigd te worden.

De auteurs concluderen dat er een sterke relatie is tussen cohesie (lid-lid en lid-groep) en uitkomst, gemeten met een vijftal meetinstrumenten, in verschillende settings (ambulant, klinisch), bij verschillende veranderingstheorieën, en bij verschillende diagnostische classificaties (as 1, as 2, V-codes). Ook de relatie tussen de alliantie en de uitkomst wordt in de enkele recente studies bevestigd. Met name de verwachtingen uit de pre-treatment spelen daarin een rol:

hoe hoger de verwachtingen, des te beter (realistischer) de vroege en midden-alliantie, en dat leidt weer tot hogere uitkomstverwachtingen, wat leidt tot minder interpersoonlijke problemen na de behandeling. Het is dus van groot belang relatiebreuken goed te repareren: anders nemen de verwachtingen af, wat meer interpersoonlijke problemen na (het afbreken van) de behandeling geeft (Tsai et al., 2014).

En ondanks de vooruitgang is meer onderzoek naar de therapeutische alliantie nog wel gewenst, de auteurs adviseren met name het patiënten-perspectief en de therapeutische relatie te monitoren.

H. Op metingen gebaseerde zorg (‘measurement-based care’)

Nieuw in deze review is de aandacht voor onderzoek naar groepstherapie, waarbij met behulp van ROM-feedback en allerlei meetinstrumenten de selectie van cliënten, verloop van het groepsproces en het therapie-resultaat wordt gemonitord.

In de loop der jaren is ROM gemeengoed geworden. Het geeft ‘alerts’ voor verandering, voor de stand van zaken en voor vooruitgang. Recent zijn er een aantal studies (ook RCT’s) die ROM-systemen met groepsbehandeling onderzoeken, onder andere het Nederlandse onderzoek van Koementas-de Vos et al. (2018). Er blijkt geen verband te zijn tussen het oordeel van de patiënt en van de therapeut over de behandeling. Het effect van feedback op verandering kon vooralsnog niet duidelijk worden aangetoond.

Conclusies van deze review en discussie

Deze review versterkt de evidentie uit 2013. Tien meta-analyses, bestaande uit 329 RCT’s

met 27.000 cliënten maken dat de onderbouwing van de werkzaamheid van groepstherapie breed, wetenschappelijk robuust, en betrouwbaar is. Ze onderbouwen de evidentie van groepstherapie voor patiënten met borstkanker, pijn, stemmings- en angststoornissen, OCD, eetstoornissen, verslaving, trauma-gerelateerde stoornissen, schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen. Bij vergelijkbare stoornissen, patiëntengroepen en doseringen is er statistisch geen verschil in effect tussen individuele en groepsbehandeling, ook na follow-up, en geen verschil in mate van drop-out. Opvallend is dat groepsbehandeling toegevoegd aan TAU wel een significant verschil met TAU-alleen geeft.

De auteurs vinden het van belang dat groeps- behandelaren het ggz-veld van de ontwikkelingen in de groepsresearch op de hoogte brengen

De review beschrijft vervolgens de toename aan bewijs voor cohesie en alliantie als therapeutische factoren: van de recente onderzoeken geeft 73% een significante relatie tussen cohesie en therapieresultaat aan (bij de vorige review 43%); ook komt de rol naar voren die verwachtingen uit de pre-treatment spelen bij de opbouw van de alliantie en de mate van interpersoonlijke problemen na de behandeling.

Verder benoemen de auteurs nieuwe voor-

men als mindfulness groepstherapie, online groepstherapie en groepstherapie op basis van de hechtingstheorie als beloftevolle ontwikkelingen.

De auteurs vinden het van belang dat groepsbehandelaren het ggz-veld van deze ontwikkelingen in de groepsresearch op de hoogte brengen. Gezien de wachtlijst-problematiek houden zij een warm pleidooi voor opname van groepsbehandeling in een aantal behandelrichtlijnen in de VS. Ook pleiten zij voor een herziening van de Amerikaanse Practice Guidelines uit 2007 en van de CORE-battery van meetinstrumenten voor groepsbehandeling uit 2008 (Burlingame et al, 2006; Strauss et al. 2008).

Ten slotte stellen zij dat groepstherapie een vak is en complexer dan individuele therapie, maar goed te leren. Een goed geschoolde groepstherapeut kan zorgen voor een evidence-based 'Triple E Treatment' (Yalom & Leszcz, 2020): Effectief, Equivalent (aan individuele behandeling) en Efficiënt (qua tijd en kosten, wat vooral voor grote instellingen geldt, omdat het logistiek complex is om (de continuïteit van) een groepsbehandeling te organiseren).

Overigens is de conclusie van Burlingame en Strauss over de bewijskracht van de groepsresearch krachtiger dan die van de

auteurs van de Nederlandse Factsheet Groepspsychotherapie. Vertaald naar de niveaus van bewijs die onder andere in de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2008) worden gehanteerd, concluderen Burlingame en Strauss dat het is 'aangetoond' dat groepstherapie voor een aantal stoornissen even werkzaam is als individuele therapie. In de Factsheet is de conclusie dat daar 'aanwijzingen' voor zijn. Voor het hoogste niveau van bewijskracht ('aangetoond') is vereist dat de conclusies gebaseerd moeten zijn op verschillende meta-analyses van alleen RCT's. Hier voldoet de review van Burlingame en Strauss in ruime mate aan. Voor een voorgenomen update van de Factsheet lijkt het ons zinvol als de auteurs aan dit verschil in niveau van bewijs aandacht geven.

De review van Burlingame en Strauss laat zien dat er stevige en betrouwbare evidentie is voor dát groepstherapie werkt. Het bewijs daarvoor is verkregen via een toename aan methode-specialistisch groepsonderzoek ten koste van onderzoek naar groepsprocessen of naar hóe groepstherapie werkt. Onzes inziens is het aan te bevelen, ook in Nederland, dat toekomstig groepsonderzoek zich ook hierop zal richten. Het zal de bewijskracht voor de werkzaamheid van groepstherapie groter kunnen maken.

Rob Koks is psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut, supervisor NVGP en MBT-basistherapeut. Tot voor kort werkte hij als opleider in eigen praktijk te Delft, Contact: rkoks@planet.nl.

Willem de Haas is klinisch psycholoog, supervisor en cursusgever NVGP. Hij werkt in zijn eigen psychotherapiepraktijk en onderwijsorganisatie De Haas Groepsdynamica en is docent groepsdynamica en groepspsychotherapie bij PPO Groningen en Rino Amsterdam. Contact: info@dehaasgroepsdynamica.nl.

Literatuur

American Group Psychotherapy Association (2007). Practice Guidelines for Group Psychotherapy, Science to Service Task Force. www.agpa.org/home/practice-resources/practice-guidelines-for-group-psychotherapy

Burlingame, G.M. & Strauss, B. (2021). Efficacy of small group treatments: Foundation of evidence-based practice. In: *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy behavior change*. 7th Ed. Edited by Michael Barkham et al., p. 583-624. New York: Wiley.

Burlingame, G.M., Seebeck, J.D., Janis, R.A., Whitcomb, K.E., Barkowski, S., Rosendahl, J. & Strauss, B. (2016). Outcome differences between individual and group formats when identical and nonidentical treatments, patients, and doses are compared: A 25-year meta-analytic perspective. *Psychotherapy*, 53(4), p. 446-461. <https://doi.org/10.1037/pst0000090>

Burlingame, G.M., Strauss B. & Joyce A.S. (2013). Change mechanisms and effectiveness of small-group treatments. In Lambert M.J. (ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 6th ed., p. 640-689. New York: Wiley.

Burlingame, G.M., Strauss, B., Joyce, A., MacNair-Semands, R., MacKenzie, K.R., Ogrodniczuk, J. & Taylor, S.M. (2006). *CORE Battery-Revised: An assessment tool kit for promoting optimal group selection, process, and outcome*. New York, NY: American Group Psychotherapy Association.

Burlingame, G.M., MacKenzie, K.R. & Strauss, B. (2004). Small-group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In M.J. Lambert (eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed., p. 647-696. New York: Wiley.

Grenon, R., Carlucci, S., Brugnera, A., Schwartze, D., Hammond, N., Ivanova, I., Mcquaid, N., Proulx, G. & Tasca, G.A. (2019). Psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *Psychotherapy Research*, 29(7), p. 833-845. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1489162>

Koementas-de Vos, M.M.W., Nugter, M.A., Engelsbel, F. & De Jong, K. (2018). Does progress feedback enhance the outcome of group psychotherapy? *Psychotherapy*, 55(2), p. 151-163. <https://doi.org/10.1037/pst0000164>

Koks, R.W. & Steures, P. (Red.) (2019). *Praktijkrichtlijnen voor groepsbehandeling in de (geestelijke) gezondheidszorg. Een handreiking van de Nederlandse vereniging voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*. Utrecht: NVGP. www.groepspsychotherapie.nl/praktijkrichtlijnen

Koks, R.W. (2015). Je haalt de problemen in huis. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 10(3), p. 39-51.

McLaughlin, S.P.B., Barkowski, S., Burlingame, G.M., Strauss, B. & Rosendahl, J. (2019). Group psychotherapy for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Psychotherapy*, 56(2), p. 260-273. <https://doi.org/10.1037/pst0000211>

Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2017). Augmenting the sense of attachment security in group contexts: The effects of a responsive leader and a cohesive group. *International Journal of Group Psychotherapy*, 67(2), p. 161-175.
<https://doi.org/10.1080/00207284.2016.1260462>

Strauss, B. & Mattke, D. (2018). *Gruppenpsychotherapie, Lehrbuch der Praxis*. 2er Auflage. Berlin: Springer.

Strauss, B., Burlingame, G. M. & Bormann, B. (2008). Using the CORE-R battery in group psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64(11), p. 1225-1237. <https://doi.org/10.1002/jclp.20535>

Tsai, M., Ogrodniczuk, J. S., Sochting, I. & Mirmiran, J. (2014). Forecasting success: Patients' expectations for improvement and their relations to baseline, process, and outcome variables in group cognitive-behavioural therapy for depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(2), p. 97-107.
<https://doi.org/10.1002/cpp.1831>

Yalom, I.D & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

.....

De Foulkes-lezing van Regine Scholz

De 45^{ste} Foulkes-lezing van de Group Analytic Society International werd gehouden door dr. Regine Scholz en was getiteld *When foundation matrices move – Challenges for a group analysis of our time*. De lezing had een actueel thema: hoe kunnen we als psychoanalytisch geschoolde professionals een bijdrage leveren aan het verminderen van de spanningen in de samenleving die ontstaan door de migratie van enorme aantallen mensen ten gevolge van oorlogen, de klimaatcrisis en de wereldwijde politieke en economische onrust? Een verslag.

Door Monique Leferink op Reinink

De Foulkes-lezing, in de wandelgangen ook wel de 'Oscar van Group Analysis' genoemd, kon na twee jaar weer voor het eerst live plaatsvinden, daarnaast was het mogelijk de lezing online te volgen. Dat de Group Analytic Society, inmiddels Group Analytic Society International (GASi), dit jaar haar zeventigste verjaardag viert, gaf het geheel nog extra glans.

Dr. Regine Scholz studeerde Psychologie en Sociologie en is gepromoveerd aan de Ludwig-Maximilians-Universiteit München op haar dissertatie *Culture and collective trauma – a group analytic perspective*. Sinds 1987 werkt zij in eigen praktijk als psychotherapeut en groepsanalyticus, gespecialiseerd in de behandeling van trauma. Regine Scholz was lid van de directie van de GASi en oprichter van de Duitse Vereniging voor Groepsanalyse en Groepspsychotherapie (D3G). Zij is supervisor en trainingsanalyticus van D3G en lid van de trainingsstaf van het Munster Institute of Therapeutic and Applied Group Analysis. Daarnaast is zij lid van de redactieraad van het tijdschrift *Group Analysis*. Als voorzitter van het International Development Committee van GASi organiseerde ze de eerste drie International Summer Schools in Group Analysis, in Belgrado (2013), in Praag (2015) en in Athene (2016). Ook is zij medeorganisator van de conferenties *Voices after Auschwitz*. Een uitgebreide

lijst van de publicaties van Regine Scholz over grote groepen en de invloed van cultuur en collectief trauma op onbewuste processen is beschikbaar op haar website.

Verschuivende wereldorde

Regine Scholz opende haar lezing met een schets van hoe de wereldorde sinds WOII aan het verschuiven is: de Verenigde Staten zijn niet langer onbetwistbaar nummer 1, vooral China maar ook India zijn belangrijke machten geworden, Rusland wil gezien de inval in Oekraïne zijn macht weer uitbreiden, de Europese Unie worstelt met nationalisme, de vereniging van Zuid-Aziatische landen (ASEAN) laat van zich horen en het continent Afrika is sterk in ontwikkeling. De huidige machtsbalans is fragiel en onderlinge allianties wisselen.

De klimaatcrisis, oorlogen, demografische veranderingen, politieke en economische onrust en technologische ontwikkelingen zorgen voor een toename van fragmentatie, machtsstrijd en een multi- of nonpolaire wereld waarin met name door oorlogen en de klimaatcrisis steeds meer mensen hun land ontvluchten, vooral uit het zuiden, waar hele gebieden onbewoonbaar worden. Zo zijn er nu onder meer vele vluchtelingen uit Afghanistan, Libië, Yemen, Somalië, Syrië, Irak en inmiddels meer dan vijf miljoen vluchtelingen uit Oekraïne.

De politieke, economische, organisatorische en emotionele taken waarvoor ontvangende landen, organisaties en bewoners komen te staan zijn immens. Het groepsanalytische gedachtegoed zou kunnen bijdragen aan het verminderen van spanningen en meer coherentie kunnen brengen in een veelomvattende diversiteit. Daarnaast zou groeps-

analytisch denken meer zicht kunnen bieden op hoe de gevoelens en gedachten van verschillende mensen zijn ingebed in de hen omringende sociale structuur.

Sigmund Heinrich Foulkes (geboren in 1898) legde het fundament voor dit groepsanalytisch denken met het introduceren van het concept '*Foundation Matrix*': het geheel van bewuste en onbewuste gedeelde en al vroeg ontstane opvattingen in een bepaalde groep. Foulkes concept kwam mede tot stand door de invloed van drie belangrijke personen: Sigmund Freud, Kurt Goldstein en Karl Mannheim. Sigmund Freud liet het belang zien van het raken aan basale, onbewuste emotionele conflicten. Kurt Goldstein, een neuroloog, bepleitte het genezen van hersenaandoeningen door te kijken naar het hele organisme, inclusief de sociale context. Karl Mannheim, een socioloog, beschreef hoe het optimum aan bewustzijn op een bepaald moment voortvloeit uit het bijeenbrengen van mensen uit verschillende groepen. Stoelend op de gedachten van deze drie illustere voorgangers ontwikkelde Foulkes de groepsanalyse waarbinnen onderzocht werd hoe gevoelens en opvattingen van deelnemers aan een groep beïnvloed werden door en verbonden waren met hun sociale context. Met zijn aandacht voor en het onderstrepen van het grote belang van onbewuste processen en de door hem ontwikkelde concepten '*Matrix*' en '*Foundation Matrix*' bouwde hij verder op het fundament van deze drie voorgangers.

Een nieuwe, dynamische matrix

Foulkes beschrijft hoe er een nieuwe matrix ontstaat wanneer verschillende deelnemers

in een groep bij elkaar komen. Deelnemers kennen allen bovendien een eigen foundation matrix, het geheel van vroegere, vertrouwde, culturele, sociale en talige ervaringen.

In iedere nieuwe groep ontstaat er een nieuwe, dynamische matrix door de interacties en de relaties die zich ontwikkelen tijdens het groepsproces. Groepsleden en ook de groepsleiders zoeken hun weg in een web van ervaringen, opvattingen en gevoelens, waarbij oude, vertrouwde aannamen vaak onder druk komen te staan. Daarbij geldt dan bovendien dat naarmate de groep groter wordt de communicatie moeizamer verloopt en er moeilijker veranderingen tot stand komen.

In groepen met een grote diversiteit aan deelnemers kunnen bovendien essentiële en spanningsvolle vragen naar voren komen, die raken aan fundamentele waarden vanuit iemands Foundation Matrix zoals: wat is gepast gedrag? Hoe staan we tegenover autoriteit? Wat betekent het een man te zijn, of een vrouw? Wanneer begint het leven? Inclusie en exclusie is daarbij een vigerend thema. De macht die een meerderheid in een groep uitoefent kan bovendien leiden tot angst en agressie of zelfs tot een volledig verbreken van de communicatie.

Grootschalig trauma

In de huidige tijd met massale migratie, groeiende diversiteit en gemakkelijk en veelvuldig oplopende spanningen vinden er vaak erg snelle en ingrijpende veranderingen plaats, waardoor hele samenlevingen worden verwoest. Voor het grootschalige trauma dat hieruit voortvloeit, zowel persoonlijk, collectief als cultureel is vaak nauwelijks aandacht. Er is bovendien geen

tijd voor de noodzakelijke rouw, wel de neiging te grijpen naar snelle 'oplossingen' zoals het bouwen van muren, toenemend racisme, antisemitisme en de roep om een 'sterke leider'.

De huidige massale migratie kent volgens Scholz twee aandachtspunten. Ten eerste moeten mensen nieuwe sociale verbanden aangaan, groepsgrenzen worden uitgedaagd. Dit brengt intense sociale spanningen met zich mee. Ten tweede gaan plotse veranderingen gepaard met een grote mate van traumatisering, op zowel persoonlijk, collectief als cultureel niveau. Daarvoor moet aandacht zijn.

De huidige uitdaging voor groepsanalytici is dat het niet-klinisch werken steeds belangrijker wordt

Om transformaties voorspoedig te laten verlopen is er een grote mate van holding en containment nodig. Het groepsanalytisch denken kan helpen te begrijpen welke dynamische processen zich voordoen en wat er nodig is om deze goed te laten verlopen. Hier ligt volgens Scholz de huidige uitdaging voor groepsanalytici: het niet-klinisch werken wordt steeds belangrijker. Door het bieden van een open, veilige ruimte kan mogelijk een breakdown van de onderlinge communicatie tussen mensen met zeer uiteenlopende achtergronden worden voorkomen. Vrij naar Schlapobersky wordt onze taak dan: *'From the couch, to the circle, to the street.'* Waarbij we ons volgens Scholz

wel moeten realiseren dat ook wij deel uitmaken van dezelfde problemen als de mensen waarmee we werken.

Aan het slot van haar lezing noemde Scholz een aantal belangrijke initiatieven die inmiddels al ontwikkeld zijn: de Reflective Citizens Groups, waarin groepen burgers uit verschillende landen vrij kunnen reflecteren op wat hen bezighoudt; de Large Group Dialogues; de Voices after Auschwitz-conferenties; de Large Group Identity-training; online support groups; The Poland and the Couch Project en het Sandwich-model.

Niet al deze projecten zijn mij bekend, waarschijnlijk de lezer ook niet, maar het roept bij mij wel bewondering op voor de vele initiatieven die inmiddels zijn ontplooid en ook de wens hier in Nederland wat te kunnen betekenen door het creëren van beschermde, open ruimten, waarin mensen zich veilig kunnen uiten.

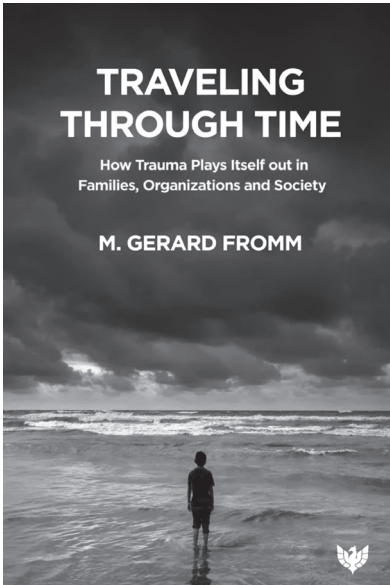
Scholz eindigde haar indrukwekkende, veelomvattende lezing met een citaat van Foulkes (1948): *'A good group breeds and develops, creates and cherishes that most precious product: the human individual.'*

Wat een lezing. En wat een kansen om ook met onze kennis bij te dragen aan het verminderen van de spanningen in tal van groepen in de samenleving.

Voor een link naar de Foulkes-lezing van Regine Scholz: scan onderstaande QR-code.



Verstrekkend trauma



Traveling through time

How trauma plays itself out in families, organizations and society

M. Gerard Fromm (2022)

Oxfordshire: Phoenix Publishing House

Door Monique Leferink op Reinink

Met op de achtergrond de immense donkere schaduw van de aanhoudende oorlog in Oekraïne en de zowel plaatselijke als wereldwijde gevolgen van deze massieve destructie en ontwrichting, biedt het laatste boek van Gerard Fromm ons een verrijkend en verdiepend inzicht in de gevolgen van traumatische gebeurtenissen op verschillende niveaus.

Wat ik erg prettig vond is dat in dit boek niet zozeer stilgestaan wordt bij symptomen en mogelijke oplossingen, maar bij hoe verstrekkend en gelaagd de effecten van traumatische gebeurtenissen zijn. Het boek is opgebouwd uit drie delen met in het totaal dertien hoofdstukken. In het eerste deel van het boek wordt aandacht besteed aan de impact van traumatische

gebeurtenissen op gezinnen, in het tweede deel wordt beschreven hoe trauma's kunnen doorwerken in organisaties en in het derde en laatste deel komen verschillende maatschappelijke trauma's naar voren en hoe deze hebben doorgewerkt in het leven van gezinnen en individuen.

Wat het boek voor mij aansprekend maakt is dat er geen opvattingen uiteen worden gezet, maar dat de schrijver put uit een zeer rijk arsenaal aan ervaringen, voor een groot deel opgedaan in de tijd dat hij directeur was van het Erikson Institute for Education and Research van het Austen Riggs Center in Massachusetts. Op dit moment is Gerard Fromm president van het International Dialogue Initiative (IDI), in 2007 opgericht door Vamik Volkan. De IDI faciliteert een reflec-

tieve dialoog tussen vertegenwoordigers van groepen of landen die in conflict zijn, met als doel meer te leren over de historische en emotionele basis van deze complexe relationele conflicten, inclusief het effect van trauma uit het verleden op de identiteit van de conflicterende groepen.

Het is een gelaagd boek en het kostte enig nadenken over hoe het beste verslag te doen van de inhoud. In de geest van de schrijver heb ik ervoor gekozen enkele van de vele casussen in zijn boek te bespreken.

Trauma in gezinnen

Fromm staat uitvoerig stil bij de intergenerationale overdracht van trauma. *'Bullets don't just travel through skin and bone. They travel through time.'* Deze woorden waren op de schouder van een jonge Noord-Ierse vrouw getatoeëerd wier vader was doodgeschoten tijdens de gevechten in Noord-Ierland. Fromm heeft er de titel van zijn boek aan ontleend.

Voortbordurend op Winnicott stelt hij dat iemands angst voor een breakdown óók de angst kan bevatten het zwijgen van de ouders te doorbreken. Zo vertelde een patiënte hoe haar vader na de dood van zijn vrouw voortdurend zwijgend naar journaals van het bombardement op Londen bleef kijken. Zij nam deze beelden en haar vaders onuitgesproken verdriet als achtjarige onbewust in zich op. Op die manier identificeerde zij zich met haar vaders traumatische ervaringen. Niet de dood van haar moeder, niet het verlies van de emotionele beschikbaarheid van haar vader, maar het verlies van haarzélf maakte dat zij uiteindelijk vastliep. In de daaropvolgende behandeling ervoer zij het spreken over dat waarover haar vader

niet kon en wilde spreken aanvankelijk als disloyaal. Door zich in de therapie beetje bij beetje wel te durven uitspreken, doorbrak zij het omkapselde intergenerationale trauma. Een andere vrouw die in behandeling kwam voelde hetzelfde innerlijke dilemma als haar moeder: ofwel de stilte laten exploderen door de waarheid te vertellen ofwel in de stilte wegzinken. Wat een groot deel van haar leven verzwegen bleek was dat moeders vader, patiëntes opa, na de oorlog was opgehangen vanwege oorlogsmisdaden. Hij had 65.000 Joden laten wegvoeren. Toen de moeder van patiënte dit als jonge vrouw hoorde werd zij depressief, ging overmatig drinken, maar sprak nooit over wat er was gebeurd. Patiëntes moeder suïcideerde zich uiteindelijk, dronken, in een heet bad. Toen patiënte een boek had geschreven waarin zij haar moeder een stem gaf, kon zij zich eindelijk losmaken van dit verleden en de verantwoordelijkheid voor haar eigen leven nemen.

In weer een ander voorbeeld blijkt een driejarige dochter de dromen van haar vader te tekenen, beelden waarover haar vader niet in staat was te praten.

Hoe wordt intergeneracioneel trauma van de ene op de andere generatie overgedragen? Kinderen blijken volgens de auteur het onbewuste van de ouders haarfijn aan te voelen.

Trauma in organisaties

Fromm werd geregeld uitgenodigd om teams te consulteren. Op een van die bijeenkomsten liet hij de teamleden tekenen hoe zij hun organisatie beleefden en zichzelf in de tekening plaatsten. Daarna werden alle tekeningen aan de muur opgehangen en

werd bij iedere tekening afzonderlijk stilgestaan. Eerst mochten de teamleden vertellen wat zij in elke tekening zagen, daarna mocht de tekenaar vertellen wat hij/zij had proberen weer te geven. Op een van de tekeningen stond een groot meer met bootjes.

De bootjes lagen verspreid over het water en gingen alle kanten op. Aan de oever gooide iemand een touw uit, waaraan een buis was bevestigd om zo de anderen te kunnen redden. Al pratende bleken associaties met het touw een vergeten herinnering op te roepen: een leidinggevende van dit team had zich een aantal jaren daarvoor met een touw opgehangen, iets waarover nooit meer in het team was gesproken.

Fromm benadrukt het belang van het gebruikmaken van een potentiële ruimte, een ruimte waarin vrij geassocieerd en gereflecteerd kan worden, waarin bovendien een meer speelse, licht regressieve aanpak mogelijk is. Vaak ontbreekt zo'n ruimte, zeker in een tijd waarin de werkdruk hoog is. Vergeten wordt dan vaak dat gezamenlijk stilstaan bij wat er speelt in je team een grote meerwaarde kan hebben voor het functioneren van het team.

Bij een open aanpak, waarbij lichte regressie kan optreden, is het voor degene die het team leidt wel erg belangrijk vertrouwen te hebben in dat de deelnemers kunnen omgaan met dat wat naar de oppervlakte komt en vooral niet teveel controle uit te oefenen. Fromm noemt verder de angst die er vaak onder werknemers leeft om niet loyaal te zijn, door tijdens een teambijeenkomst iets naar buiten te brengen dat een collega in een negatief daglicht zou kunnen plaatsen. Daarmee ontstaat vaak een spanningsveld tussen het belang van het individu en het belang van de betreffende organisatie.

Volgens Fromm moet een goede leider durven níét loyaal te zijn.

Ook Group Relational Conferences kunnen in een organisatie naar voren brengen wat er onbewust in een team leeft. In Nederland kennen wij geen groepsanalytische bijeenkomsten, laat staan groepsanalytisch werken met grotere groepen zoals dat in een Group Relational Conference gebeurt.

Misschien zijn we te bang voor gedachten of gevoelens die niet in onze gebruikelijke ordenende schema's te passen zijn?

Fromm beschrijft hoe een structuur van een organisatie 'sociale afweer' in stand kan houden, bijvoorbeeld door alles zoveel mogelijk te controleren en in vastomlijnde procedures onder te brengen. Voor mij herkenbaar als ik terugdenk aan verschillende organisaties waarin ik heb gewerkt.

Trauma in de maatschappij

Het laatst deel van het boek vond ik verreweg het boeiendst en bevat meer dan het dubbele aantal hoofdstukken in vergelijking met de vorige twee delen.

In een van de in dit deel opgenomen hoofdstukken staat de auteur stil bij de dynamiek die kan leiden tot radicalisatie, zoals jongeren die besluiten deel te nemen aan de Jihad.

Fromm beschrijft hoe veel van deze jongeren in de adolescentie worstelen met identiteitsproblematiek en zich daarnaast hebben geïdentificeerd met hun ouders. Deze ouders zijn vaak getraumatiseerd door een geschiedenis van ontheemding, verlies en vernedering. Bovendien groeien deze jongeren vaak op in achterstandswijken zonder veel toekomstperspectief. In hen leeft onderliggend vaak een diepe angst. 'Niemand' zijn of een

'slecht iemand' lijkt dan te verkiezen boven jezelf als 'niet echt iemand' ervaren of het idee hebben 'niet echt iemand' te kunnen worden. Een uitspraak als 'ik voel me met niemand verbonden, ik hoor nergens bij', is dan zowel een triomf als een tragedie. Radicale organisaties spelen feilloos in op dit gebrek aan toekomstperspectief door het bieden van een ideologie, waarbij dan vaak ook nog een geïdealiseerde vaderfiguur de radicale organisatie leidt. In plaats van reflectie is er 'enactment', gevoelens worden omgezet in daden. Zo is koelbloedig doden een initiatierite voor nieuwe leden bij de IS. Agressieve energie wordt op die manier omgezet in dienst van de ideologie. De scheiding tussen fictie en realiteit is vaak ook slecht ontwikkeld bij deze jongeren doordat de ouders vaak weinig emotioneel beschikbaar waren. Hierdoor zijn deze jongeren zich vaak weinig bewust van het verschil tussen spel en onomkeerbare handelingen. Boeiend vond ik ook de verklaring voor de gewelddadige impuls van deze jongeren bij het zien van iemand die kwetsbaar is. Fromm noemt dat door deze gewelddadige impuls een niet te verdragen schuldgevoel moet worden weggemaakt. Een schuldgevoel dat al ontstaat bij de kwetsbaarheid die je in de ogen van je slachtoffer ziet. Alle kwetsbaarheid projecteren op het slachtoffer, zorgt er bovendien dat je jezelf krachtig voelt (splitsing). Fromm merkt terecht op dat vaak vergeten wordt voor dat deze groep radicale jongeren iets representeert in onze samenleving. Alleen spreekt deze groep door middel van daden in plaats van door middel van woorden. *'People are only ever as mad as the other person is dead'*, citeert hij de psychoanalyticus Adam Philips (1996) elders in het boek.

En 'dood' hier in de zin van niet in staat in contact te treden bij wat er onderliggend leeft bij de ander. En dat lijkt me bij uitstek ook gelden voor deze groep geradicaliseerde jongeren. Wie kijkt er naar de psychosociale dynamiek achter hun daden?

Ageren, handelen in plaats van denken en spreken, vond ook plaats na de traumatische gebeurtenis van 9/11, toen een patiënte vlak bij het kantoor van haar therapeut een raam in sloeg. Zij gaf aan niet te hebben gedacht dat het glas zou breken, leefde in een zelf gecreëerde onbreekbare cocon. Fromm verklaart de aanval van 9/11 als een representatie van de woede uit het Midden-Oosten over wat zij zien als een aanval van de Amerikaanse cultuur op hun religieuze en seksuele grenzen.

Volgens de auteur leidt een trauma vaak tot *psychic numbness*, een afweer tegen onverdraaglijke pijn. Het onderliggende trauma moet dan vervolgens in behapbare stappen worden verwerkt, anders neemt een deel van het zelf geen deel aan de verwerking ervan.

Een trauma als 9/11 snijdt dwars door het bestaande leven en bestaande kaders heen. Hierdoor raken vele mensen afgesneden van hun emotionele leven om te kunnen overleven. Ook overlevingsschuld komt veel voor na een veelomvattende ramp. Fromm noemt hoe Wilfred Bion zijn leven lang zichzelf de dood van een kameraad in de oorlog is blijven verwijten. Bion verwijst naar het traumatische oorlogsincident dat hij meemaakte als *'the day I died'*.

In een volgend hoofdstuk gaat Fromm verder in op deze *soldiers matrix*. Veel militairen kampen met PTSS. Daarnaast speelt *moral*

injury vaak een vergeten rol: een diep gevoel getuige geweest te zijn van handelingen die ieder gevoel van rechtvaardigheid aantasten. Vaak is de getraumatiseerde soldaat het gevoel van zijn/haar eigen identiteit verloren en is ook het egofunctioneren aangetast.

*Een competente leider
kan helpen om
maatschappelijke
rouwprocessen op gang
te brengen, in plaats van
paranoïde angsten te voeden*

Fromm beschrijft een op empathie gericht behandelingsmodel voor getraumatiseerde militairen het herstellen van het contact met de eigen gevoelens tot doel heeft. Eenvoud, nabijheid, onmiddellijkheid en voorspelbaarheid zijn in dit programma belangrijke elementen. Een aandachtspunt is dat angst bij militairen vaak wordt weggehouden, want angst wordt gezien als zwakte.

In navolging van Vamik Volkan gaat Fromm ook in op het fenomeen Large Group Identity (LGI). Een kind leert al snel de geïnternaliseerde waarden en normen van de maatschappij waarin hij/zij opgroeit. 'Hier is het veilig', 'daar is het gevaarlijk'. LGI gaat volgens de auteur fundamenteel over veiligheid. In Group Relational Conferences komt vaak de LGI duidelijk naar voren. Zo beschrijft Fromm een Israëlische conferentie. Vijf minuten nadat de leider de taak uit een had gezet, was de Large Group Room

leeg. Mensen waren binnen vijf minuten de ruimte ontvlucht alsof er een bom zou afgaan. Er vormden zich al snel en impulsief kleinere groepen, zonder identiteit of doel. Leden van deze groepen kwamen naar de staf en vroegen om twee dingen: een ruimte (hoewel er al ruimtes beschikbaar waren gesteld) en een consultant, terwijl de groepsleden elkaar nog niet eens hadden ontmoet. Voor de stafleden leek dit Israël in microkosmos: op zoek naar ruimte voor zichzelf en naar de veiligheid die een autoriteit zou kunnen verschaffen. Een kleine groep die zichzelf de *Home*-groep noemde, vond het vervolgens niet te verdragen contact aan te gaan met een deelgroep die zichzelf als representatie van kwetsbaarheid zag. Afzonderlijke delen van de Israëlische psyche leken zich op die manier te manifesteren. Ik vond het boeiend op deze manier naar Large Group-processen te kijken.

Fromm beschrijft hoe in een maatschappij een competente leider kan helpen om rouwprocessen op gang te brengen, in plaats van paranoïde angsten te voeden. Wederzijdse angst voedt immers wederzijdse haat.

Een andere interessante beschrijving vond ik wat zich afspeelde op een conferentie waarin deelnemers van Ierland en Noord-Ierland aanwezig waren. Geen van beide partijen vertrouwde elkaar. Een dialoog bleek lastig. Positieve gevoelens ontwikkelen voor 'de vijand' werd ervaren als disloyaal zijn aan de eigen groep. Gedurende de conferentie bleek er verrassenderwijs een ontstaansmythe aan deze fundamentele splitsing ten grondslag te liggen: de Mythe van de Rode Hand van Ulster. In deze mythe vechten twee strijders om het Noorden van

Ierland te kunnen veroveren. Een hardloophedstrijd moest deze strijd beslechten. Wie van de twee rivalen het eerst zou aankomen in het Noorden van Ierland en met zijn hand de bodem zou aanraken, zou de winnaar zijn en dit stuk land krijgen.

Toen een van de twee rivalen bijna verloor, hakte hij zijn hand af en wierp die ver vooruit, zodat de bebloede hand op de grond van Noord-Ierland viel. Deze mythe lijkt ten grondslag te liggen aan de eeuwenlange rivaliteit in Ierland tussen de conflicterende partijen.

Eveneens indrukwekkend vond ik het hoofdstuk over hoe verwaarloosde monumenten in een stad iets kunnen zeggen over het sociaal onbewuste.

Prof. Diane Donoghue, archeologe (afkomstig uit de VS en deels ook Oostenrijkse) ontdekte op een wandeling door Wenen een verlaten, totaal verwaarloosde Joodse begraafplaats. Nazi's hadden deze begraafplaats totaal verwoest. De graven, op een terrein dat tweemaal zo groot was als het WTC, waren ontheiligd: zo lagen er achttien gebroken grafstenen en was er veel graffiti met onder meer de tekst 'Go away'. Niemand had er ooit iets gerestaureerd. Het was alsof de stenen bleven spreken over de vernietiging die er had plaatsgevonden en er geen enkele ruimte was geweest hierover te rouwen. Donoghue besloot, met succes, een restauratie in gang te zetten. Fromm noemt dat juist de tweede en derde generaties vaak erg zijn gericht op herstel.

Aan het slot van zijn boek staat de auteur nog stil bij de coronapandemie. Hij beschrijft hoe deze pandemie de onderliggende kwetsbaarheid van de verschillende samen-

levingen heeft blootgelegd. Risicofactoren als eenzaamheid, middelenmisbruik, werkeloosheid, namen enorm toe. Door de pandemie ontstond er een paranoïde angst met betrekking tot de schade die een ander jou zou kunnen toebrengen en angst over de schade die jij mogelijk zelf aan een ander zou kunnen toebrengen. Ook was er nauwelijks enige ruimte om te kunnen rouwen om het enorme aantal mensen dat was gestorven. Hoe rouw je als samenleving als een groot deel van die samenleving is omgekomen? Als reactie hierop lijken veel mensen zich in de steek gelaten te voelen door de maatschappij waarin zij leven en voelen zij zich er niet langer mee verbonden. Alleen een leider die een collectief rouwproces vorm kan geven zou hier een kentering in kunnen brengen, aldus Fromm.

Allen uitgenodigd

Ik heb dit indrukwekkende boek met veel belangstelling gelezen. Het geeft zicht op een mijns inziens verrijkende en gelaagde manier van denken die wij in Nederland volgens mij niet zo kennen of gebruiken. Ik vind dat een gemis.

Mijn hoop is dan ook collega's te vinden die zich samen met mij meer willen gaan verdiepen in de processen die ten grondslag liggen aan maatschappelijke verschijnselen. De nieuw op te richten sector binnen de NVGP 'De maatschappij als Groep' biedt daar de mogelijkheid toe. U bent allen uitgenodigd!

Aanwijzingen voor auteurs

Algemeen

- Wij nemen aan dat ingezonden kopij niet elders is aangeboden of gepubliceerd, tenzij dit bij het inzenden vermeld is.
- Houd uw bijdrage beknopt: de maximale lengte van een goedgekeurd artikel is 3000 à 4000 woorden.
- Deel uw tekst systematisch in.
- Begin na de titel met een samenvatting van maximaal 100 woorden.
- Plaats onder de titel uw naam, functie en werkplek, en uw e-mailadres.
- Behandel vervolgens in een inleiding uw centrale (vraag)stelling.
- Maak bij de verdere indeling van uw tekst gebruik van heldere tussenkoppen.
- Sluit af met een conclusie of slotbetoog.
- Gebruik voorkeurspelling en vermijd zo veel mogelijk vreemde woorden en citaten in een andere taal als er goede Nederlandse vertalingen bestaan. Indien geen Nederlands alternatief voor handen is, plaats dan de woorden in een andere taal *cursief*.
- Gebruik geen afkortingen in uw tekst.
- Lever uw tekst aan in Word.
- Maak uw tekst niet op: niet inspringen, geen delen van teksten in hoofdletters typen, geen verschillende lettertypes of -groottes gebruiken, geen kaders maken. Wilt u een kader, zet dan boven de betreffende tekst: {kader}.
- Lever eventuele figuren, foto's, tabellen of grafieken op een aparte pagina in, voorzien van bovenschriften. Geef in de tekst duidelijk de plaats aan: {figuur x}. Houd er rekening mee dat afbeeldingen uitsluitend in zwart-wit weergegeven worden.

Privacy

Wanneer u casuïstiek in uw bijdrage verwerkt, dient u of over schriftelijke toestemming van de betrokkene(n) te beschikken, of u dient de beschreven personen te anonimiseren.

Website

Tot een jaar na publicatie in *Groepen* kan uw artikel op de NVGP-website worden geplaatst, waarmee het voor iedereen ter inzage is.

Literatuur

Besteed zorg aan de literatuurlijst en de literatuurvermeldingen in de tekst. Vermeld in de tekst achtereenvolgens de auteur(s) en het jaar van publicatie:

- Directe verwijzing: ... noemt Berk (1992) ...
- Indirecte verwijzing: ... in de literatuur (Yalom, 1983).
- Bij meer publicaties door dezelfde auteur in één jaar geeft u dit als volgt aan: Tijhuis (1991a) of Tijhuis (1991b).

- Bij meer auteurs met dezelfde achternaam vermeldt u in de tekst de voorletters: Yalom, I.D. (1983).
- Bij twee auteurs vermeldt u in de tekst beide namen, bij meer dan twee auteurs vermeldt u de eerste auteur gevolgd door et al.: Pines et al. (1990)
- Bij een citaat vermeldt u het paginanummer: Rose (1990) zegt hierover: '...citaat...' (p.103).

Voor geraadpleegde of aanbevolen literatuur worden de volgende regels gehanteerd:

- Alfabetiseer de literatuur op auteur.
- Betreft het een boek dan is de volgorde: auteur, initialen (jaartal). Gecursiveerde boektitel. Plaatsnaam: uitgever.
- Betreft het een tijdschriftartikel dan is de volgorde: auteur, initialen (jaartal). Titel van het artikel. Gecursiveerde naam van het tijdschrift. Jaargang (afleveringsnummer), pagina's.
- Betreft het een online document dan is de volgorde: auteur, initialen (jaartal). Titel. Verkregen op dag, maand, jaar van <URL website>.
- Betreft het een online artikel dan is de volgorde als volgt: auteur, initialen (jaartal). Titel. Naam van het tijdschrift, jaargang (afleveringsnummer), pagina's. Verkregen op dag, maand, jaar van <URL website>.

Zie onderstaande voorbeelden, op alfabetische volgorde gezet: achtereenvolgens een document van een website, een artikel uit een tijdschrift, een (hand)boek met drie redacteurs, een boek met één auteur, een boek met twee auteurs en een hoofdstuk uit een (hand)boek.

- Arendsen Hein, J.A. (2013). Lichaamsgeuren in de dagbehandeling. Verkregen op 27-10-2013 van http://www.groepspsychotherapie.nl/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=170&Itemid=259.
- Haar, A. ter (2011). De pikorde in het verzorgingshuis. *Groepen. Tijdschrift voor Groepsdynamica & Groepspsychotherapie*, 6(4), p. 5-16.
- Muste, E., Weertman, A. & Claassen, A.M. (Red.) (2009). *Handboek Klinische Schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Pol, S.M. (2013). *Ik ben geweldig! Of toch niet? Over gezond en problematisch narcisme*. Amsterdam: Boom.
- Reijen, J.R. van & Haans, T. (2008). *Groepsdynamica in gedragstherapeutische en psychodynamische groepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verhagen, P.J. (2012). De christelijke traditie(s). In P.J. Verhagen & H.J.G.M. van Megen (Red.), *Handboek Psychiatrie, Religie en Spiritualiteit* (p. 143-154). Utrecht: De Tijdstroom.