

Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie

# Groepen

De angsten van de groepstherapeut

NVGP-congres

Groepen juni 2023 jaargang 18 nummer 2



Nederlandse vereniging voor  
groepsdynamica en groepspsychotherapie





Nederlandse vereniging voor  
groepsdynamica en groepspsychotherapie



# Inhoudsopgave

Redactioneel	5
Salvatore Vitale	
Van de voorzitter	9
Marc Daemen	
Durven verschillen	17
<i>Een impressie van de lezingen tijdens het NVGP-congres van 24 maart 2023.</i>	
Leo Zoutewelle	
De angsten van de groepstherapeut	23
Frans van Paassen	
COLUMN	
Grensvermijdend gedrag	41
Sandra Schruijer	
Levensverhaal en persoonlijkheid: een onafscheidelijke twee-eenheid	45
<i>Over de plaats van levensverhalen in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen.</i>	
Mirjam Beskers, Silvia Pol en Saskia Kelders	
De protagonist als schepper van zijn eigen universum	67
<i>Een toepassing van Moreno's creativiteitstheorie in psychodrama.</i>	
Christina Millet	
Verslag AGPA Connect 2023	79
Silvia Pol	





# Show me the evidence!

LinkedIn heb ik al jaren op mijn telefoon staan, het is een van de sociale-media-platforms die ik regelmatig gebruik. Soms om zelf iets te berichten, zoals over het NVGP-congres, het tijdschrift *Groepen* of een cursus die ik geef, maar meestal gebruik ik het om op de hoogte te blijven van nieuwe banen van (oud-)collega's, interessante lezingen, congressen of publicaties. Door LinkedIn krijg ik niet alleen een beeld van wat er speelt in het werkveld van de ggz, maar ook breder in de gezondheidszorg in Nederland en daarbuiten.

Er komen soms ook berichten voorbij die bij mij verbazing oproepen. Verbazing over de inhoud, maar ook verbazing over het feit dat er weinig mensen op reageren en het alleen maar liken of voorzien van een positief commentaar. Nuancering is lastig aan te brengen in korte berichten en commentaar leidt vaak tot polarisering. Denk maar terug aan de Covid-pandemie en discussies over wel of niet vaccineren. Het is de reden dat ik niet uitgebreid reageer op berichten, terwijl ik daar soms wel behoeften aan heb. Met name als het gaat over berichten van collega's uit het vak of van mensen buiten de ggz die toch een mening over iets in de ggz hebben. Vaak lees ik dan met enige (soms veel) verbazing het bericht nogmaals en vraag ik me af hoe iemand dit kan posten. Het gaat

dan niet alleen om erg persoonlijke berichten, die doorgaans meer thuishoren op Facebook of binnen een Whatsappgroep met vrienden of collega's, maar vooral ook om beweringen waarvan de wetenschappelijke evidentie nu (nog) ontbreekt en enige nuancering noodzakelijk is.

Soms lijkt het zelfs alsof het wetenschappelijk bewijs sterker wordt geacht naarmate zo'n post meer likes krijgt. Voorbeelden genoeg van nieuwe alternatieve vormen van therapie of nieuwe toepassingen op bestaande therapieën, zoals EMDR bij persoonlijkheidsstoornissen, bokstherapie, wandeltherapie of paardenknuffelen. Veel likes en positieve commentaren, maar een genuanceerde discussie of uitleg waarop dit gebaseerd is en wat er nu precies behandeld wordt, ontbreekt op de sociale media en vaak zelfs nog in de wetenschappelijke literatuur.

Wanneer ik zulke berichten voorbij zie komen denk ik gelijk aan het artikel 'Where is the evidence for evidence-based therapy?' van Jonathan Shedler uit 2017. De Amerikaan Shedler is klinisch psycholoog, psychoanalytisch psychotherapeut, hoogleraar psychiatrie aan de Universiteit van Californië en faculteitslid van het San Francisco Center for Psychoanalysis. Hij houdt zich in zijn onderzoek, zijn schrijfwerk en in de sociale

media vooral bezig met de wetenschappelijke evidentie voor meer inzichtgevende en langer durende psychotherapieën bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek. In het genoemde artikel wijst hij op de beperkte wetenschappelijke evidentie van kortdurende en gestructureerde vormen van therapie, zoals CGT. Hij heeft kritiek op de manier waarop de term 'evidence based' wordt gebruikt en noemt het een 'marketingterm' voor geprotocolleerde, vaak kortdurende therapieën. Volgens Shedler worden deze evidence based therapieën vervolgens gezien als superieur aan andere vormen van psychotherapie, zoals langer durende, minder gestructureerde, inzichtgevende psychotherapieën. In zijn artikel laat hij zien dat de wetenschappelijke evidentie van evidence based therapie twijfelachtig is vanwege een hoog percentage (soms meer dan 80%) geëxcludeerde patiënten in een studie, controlegroepen die schijnvertoningen zijn (bijvoorbeeld psychodynamische psychotherapie gegeven door studenten na twee dagen training) en publicatiebias waardoor veel studies die geen resultaten laten zien niet worden gepubliceerd. Zijn advies is dan ook, wanneer iemand bepaalde resultaten claimt, om allereerst de onderzoeksresultaten op te vragen, deze (als ze er zijn) gedetailleerd te lezen en tot slot eigen conclusies te trekken.

Dit artikel gebruik ik vaak tijdens het lesgeven aan de gz-opleiding om de jonge collega's op een kritische wijze te laten reflecteren op bestaande behandelingen op hun afdeling of binnen hun instelling. Het levert vaak verrassende resultaten op en leidt tot boeiende discussies binnen zo'n opleidingsgroep. Precies wat ik kan missen bij sommige berichten op LinkedIn.

Als hoofdredacteur ben ik blij dat wij als redactie van het tijdschrift *Groepen* ruimte geven aan een breed palet aan onderzoeken en artikelen, relevant vanuit zowel wetenschappelijk als klinisch en maatschappelijk perspectief. Vooral om de lezer op de hoogte te houden van wat er speelt in ons vak als groepstherapeut, maar ook breder. Gelukkig zijn we daarbij niet afhankelijk van korte berichten die alleen geplaatst worden om likes te krijgen. We hebben ruimte om uitgebreid te beschrijven wat er speelt en willen daarmee ruimte geven voor discussie. Zowel voor de auteurs als onder de lezers.

Ook met dit juninummer houden wij de lezer op de hoogte van wat er speelt binnen en buiten de NVGP, de praktijk van de groepspsychotherapie en in de samenleving. Uiteraard staan we stil bij het NVGP-congres van 25 maart 2023 over diversiteit, zoals met Marc Daemens bewerking van zijn voordracht tijdens het congres. Redactielid Leo Zoutewelle heeft een verslag van de lezingen op het NVGP-congres geschreven en Sandra Schruijer sluit in haar column aan op het thema van diversiteit en daarmee samenhangend grensvermijdend gedrag. Daarnaast zijn er drie artikelen over het werken met groepen. Christina Millet staat stil bij een toepassing van Moreno's creativiteitstheorie in psychodrama. Frans van Paassen schrijft over de angsten van de groepstherapeut en Mirjam Beskers, Silvia Pol en Saskia Kelders onderzoeken de plaats van levensverhalen in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Tot slot doet redactielid Silvia Pol verslag van het congres in maart van de American Group Psychotherapy Association (AGPA) in New York City.

Naast dat ik jullie natuurlijk aanraad alle bijdragen in dit nummer van *Groepen* te lezen, wil ik toch ook adviseren het artikel van Jonathan Shedler eens te bestuderen om scherp te blijven op wat we doen en

wat we beweren. In de sociale media maar ook breder in ons vak. En als het echt niet lijkt te kloppen, helpt de vraag: 'Show me the evidence!'

Salvatore Vitale

### *Literatuur*

.....  
Shedler, J. (2015). Where is the evidence for 'evidence-based' therapy? *Journal of Psychological Therapies in Primary Care*, 4, p. 47-59.  
.....





# Diversiteit is onze kracht

*Dit artikel is een bewerking van de voordracht die Marc Daemen hield op het NVGP-congres op 24 maart 2023.*

**D**iversiteit was een mooi thema voor ons jaarlijkse congres. Niet alleen omdat we als NVGP mee willen gaan met onze tijd; de opvang van vluchtelingen, Black Lives Matter, genderdiversiteit... stuk voor stuk kwesties die de laatste jaren centraal stonden in het maatschappelijke debat. Maar ook omdat de NVGP een inclusieve vereniging wil zijn waar iedereen zich welkom voelt. Een warm huis voor iedereen die met groepen werkt.

## **Inclusiviteit is zelden vanzelfsprekend**

Vele jaren geleden werd ik mezelf pijnlijk bewust van mijn culturele vooroordelen toen ik voor het eerst op een NVGP-congres een jonge vrouw met een hoofddoek zag. Dat was toen nog ongebruikelijk; het fameuze hoofddoekendebat zou pas later in alle heftigheid losbarsten. Hoewel onze blikken elkaar enkele malen kruisten, negeerde ik haar. Niets aan de hand zult u misschien zeggen, je kan toch niet met iedereen een praatje maken.

Dat klopt, maar naderhand bleek het te gaan om een praktijktest *avant la lettre*. Tegenwoordig wordt zo'n praktijktest regelmatig gebruikt om institutioneel racisme aan te tonen, bijvoorbeeld op de arbeidsmarkt. In een praktijktest wordt bijvoorbeeld eenzelfde cv gestuurd maar met verschillende namen (bijvoorbeeld een Nederlands

klinkende naam en een Arabisch klinkende naam) om te kijken of hier anders op wordt gereageerd.

Wat was nu het geval tijdens dat bewuste congres: na een discussie over discriminatie met enkele collega's, had deze moedige vrouw besloten om – voor het eerst in haar leven, ze was niet eens een gelovige moslim – een hoofddoek te dragen. Het resultaat: ze werd die dag niet één keer door een andere congresganger aangesproken en had zich in een groep nog nooit zo eenzaam gevoeld.

Het werd zelfs zo ondraaglijk dat ze het experiment halverwege stopzette en haar hoofddoek afdeed. Over groepsdruk gesproken... Wij groepstherapeuten bleken helemaal niet zo'n inclusieve club te zijn. Nu valt er natuurlijk wel wat af te dingen op de bewijskracht van dit eenpersoonsexperiment, maar het gaf ons toch stof tot nadenken. Voor velen van ons bleek die hoofddoek een psychische barrière op te werpen waardoor we niet verder keken dan dat stukje textiel.

Een andere eyeopener was voor mij het vorig jaar verschenen boek *De zeven vinkjes. Hoe mannen zoals ik de baas spelen* van journalist en antropoloog Joris Luyendijk (2022). Hij schreef dit boek toen hij voor het eerst in zijn professionele leven in aanraking kwam met een gevoel van afwijzing, van er niet bij horen, en niet – zoals voorheen – alle kansen kreeg. Dat was toen hij in Londen bij *The Guardian* ging werken en zich na enige

tijd realiseerde dat hij zich nooit de 'codes' van de Engelse hogere middenklasse eigen zou kunnen maken, codes die zijn collega's wél beheersten, door hun afkomst en hun opleiding.

Tijdens de opening van het congres hebben we met zijn allen de zeven-vinkjestest gedaan, terug te vinden op [7vinkjes.nl](http://7vinkjes.nl). Het gaat om eenvoudige vragen zoals het opleidingsniveau van je ouders. Het maximale aantal vinkjes behaal je als je een witte hetero man bent met een hoog opleidingsniveau, afkomstig uit een gegoed milieu. Kom je uit bij vijf tot zeven vinkjes, dan had je waarschijnlijk een stuk minder tegenwind op jouw weg naar een succesvolle carrière dan wie op de test vier of minder vinkjes behaalt.

Volgens Luyendijk heb je als samenleving een probleem wanneer een kleine elite van drie procent van de bevolking die vanwege hun zeven vinkjes niet kunnen weten hoe kansongelijkheid voelt, het beleid over dit thema bepaalt. Zelfs al ben je een welwillende zeventinker, je zal nooit uit eigen ervaring kunnen meepraten over discriminatie. Je komt het eenvoudig niet tegen op jouw pad. Volgens Luyendijk moeten zeventinkers actief leren luisteren naar wie wél met exclusie te maken heeft gehad, om samen maatschappelijke vooruitgang te kunnen boeken.

Kortom: cultuur- en gendersensitief met elkaar omgaan is geen vanzelfsprekendheid. De vraag hoe inclusief de NVGP werkelijk is, moeten we ons voortdurend stellen en daarbij moeten we kritisch naar onszelf durven kijken. In een aantal middagworkshops is daar tijdens ons congres uitgebreid bij stilgestaan.

## Diversiteit aan groepen

Bij de workshops voor de lunch lag het accent meer op een ander soort diversiteit: het toegenomen aantal groepstherapieën in het werkveld. We hebben kunnen proeven van de groepsvarianten van een nieuwe generatie methodieken die vaak met een drieletterwoord worden aangeduid: DIT, AFT, ACT om er slechts enkele te noemen. Ook voor collega's die deze groepstherapieën aanbieden, wil de NVGP een warme ontmoetingsplaats zijn. Hoe doen we dat? Allereerst natuurlijk door onze kwalitatief hoogstaande opleidingen: de opleiding tot **groepstherapeut NVGP** waarin men leert omgaan met groepsdynamiek, en de opleiding tot **specialistisch groepstherapeut NVGP** waarin het interpersoonlijke model van Yalom en Leszcz centraal staat. Beide referentiekaders – de groepsdynamica en het interpersoonlijke model – heeft de NVGP omarmd omdat deze de basis vormen van ons vak én uitstekend zijn te combineren met veel van de zojuist genoemde nieuwe methodieken. Let wel: het laatste wat ik als voorzitter zou willen is dat deze referentiekaders ertoe zouden leiden dat we anderen uitsluiten. Laten we vooral geen exclusieve club worden. Ook als je niet een van onze opleidingen hebt voltooid, ben je als **belangstellend lid** van harte welkom bij de NVGP. Vanzelfsprekend staan we pal achter ons groepsdynamisch-interpersoonlijke gedachtegoed, maar we willen vooral uitdragen hoe fijn en nuttig het is om elementen hiervan te gebruiken om alle vormen van groepstherapie effectiever te maken.

Een volgende stap in de richting van deze ambitie is het in november verschenen

nieuwe *Leerboek Groepspsychotherapie* (Verhagen & ter Haar, 2022a) dat deze zienswijze uitdraagt: de groepsdynamica en het interpersoonlijke model als basis, met ook veel aandacht voor de toepassing hiervan in bijvoorbeeld MBT-, DGT- en CGT-groepen. In die zin vormt het leerboek een mooie aanvulling op de literatuur die nu doorgaans in onze cursussen wordt gebruikt (de Haas, 2020; Yalom & Leszcz, 2020). Zo wordt in een hoofdstuk over innovatie en creativiteit een verdienstelijke poging ondernomen om de diversiteit aan groepstherapieën te ordenen. Het leerboek biedt voor elk wat wils: van de beginnende professional die een eerste groep wil opzetten tot ervaren collega's die de effectiviteit van hun interventies wetenschappelijk wensen te toetsen. We danken NVGP-leden en eindredacteuren Piet Verhagen en Arnout ter Haar voor het mooie resultaat. Beluister zeker ook hun podcastserie op de website van uitgeverij Boom waarin een aantal auteurs het eigen hoofdstuk toelicht, maar ook enkele patiënten vertellen over hun ervaringen met groepstherapie (Verhagen & ter Haar, 2022b).

Eveneens in november werden de eerste opnamen gemaakt voor een videoserie over groepstherapie in samenwerking met het online leerplatform Psyflix: over de groepsdynamische aanpak van vaak voorkomende lastige groepssituaties, over een leertherapiegroep volgens het interpersoonlijke model en over MBT in groepsverband. Later dit jaar volgen nog meer opnamedagen over andere vormen van groepstherapie. Bij deze dank ik alle moedige vrijwilligers die tot op heden als groepslid hebben meegedaan en in het bijzonder onze NVGP-leden Nard

Olthoff (aanjager vanuit de opleidingscommissie) en Bram van der Boom (oprichter van Psyflix). Dankzij hun medewerking kunnen opleidingen en andere belangstellenden straks enkele ervaren groepstherapeuten aan het werk zien. De eerste afleveringen zullen binnenkort verschijnen op Psyflix en opleiders zullen de hele serie als illustratiemateriaal kunnen gebruiken in onze NVGP-erkende cursussen.

### **Beleidsprioriteiten 2022-2023**

Wie aan het congres heeft deelgenomen kan het niet zijn ontgaan: de wetenschappelijke evidentie voor groepstherapie is overweldigend. In maar liefst tien meta-analyses over 329 RCT's bij 27.000 patiënten is aangetoond dat groepstherapie werkt (Koks & de Haas, 2022). Deze slogan was terug te vinden op de T-shirts en hoodies die we te koop aanboden aan wie groepstherapie wil helpen promoten. Een ludieke actie die een van de bestuursprioriteiten voor dit werkjaar onderstreept: positionering van **groepstherapie als wetenschappelijk onderbouwde behandelvorm** in tijden van schaarste in de ggz. Voortbouwend op het werk van de wetenschapscommissie en van collega's die meeschreven aan de praktijkrichtlijnen voor groepsbehandeling heeft een aantal NVGP-leden met wetenschappelijke interesse in maart een doorstart gemaakt. Zij zullen zich ongetwijfeld laten inspireren door de hoofdstukken over onderzoek naar groepstherapie uit het *Leerboek Groepspsychotherapie*. Daarnaast blijven we patiënten, beleidsmakers, verzekeraars en zorgaanbieders warm maken voor de voordelen van groepstherapie. Dankzij onze geslaagde actie voor de verhoging van de



# GROEPEN

Bewezen  
effectief

- 10 meta analyses
  - 329 RCT
- bij 27.000 cliënten



## Voordelen groepstherapie

- 9 staat tot 2
- Kosteneffectief
- Preventieve werking
- Verbindt en verbreedt
- Werkplezier voor de therapeuten

GROEPSPSYCHOTHERAPIE.nl

*De opdruk op de achterkant van de hoodies en T-shirts*

groepstarieven in het zorgprestatie­model staat de NVGP bij deze partijen meer op de kaart (Daemen, Aalders & van der Meer, 2022).

Een tweede beleids­prioriteit is het uitdragen van **het interpersoonlijke model van Yalom en Leszcz als tweede referentiekader** van de NVGP. Sinds de invoering van de nieuwe lid­maatschaps­structuur wordt de specialistisch groepstherapeut geacht 'deskundig te zijn in het interpersoonlijke model' (NVGP, 2019) en wordt dit model onderwezen in onze specialistische cursussen groeps­psychotherapie (NVGP, 2021). Echter: tot op heden ontbrak het aan een competentie­profiel voor de specialistische groepstherapeut en bleef de status van het interpersoonlijke model enigszins onduidelijk. Na een inspire­rende bijeenkomst met bestuur, commissies en sectoren, zijn onder het motto *Yalom, Leszcz, back in the House!* onze opleiders en de opleidings­commissie hiermee aan de slag gegaan. Dit resulteerde in het langverwachte competentie­profiel voor de specialistische groepstherapeut waarna het bestuur in haar vergadering van 1 maart 2023 het interpersoonlijke model formeel heeft kunnen vaststellen als tweede referentiekader van de NVGP, naast de groeps­dynamica.

Ten slotte werd een nieuwe sector binnen de NVGP opgericht: de **Maatschappij als Groep**. Hiermee willen we ons als groepstherapeu­ten ook laten horen buiten het werkveld van de gezondheids­zorg. Ik citeer bezieler en medebestuur­lid Monique Leferink op Reinink: 'De Covid-pandemie, de klimaat­crisis, de stikstof­crisis, om ons heen zien we in de samenleving een toenemend wan­trouwen, verdere fragmentatie, polarisatie

en radicalisering. Belangrijke maatschappe­lijke kwesties waar we niet meer om heen kunnen (...). In deze sector reflecteren we met collega's op sociaal­maatschappelijke verschijnselen en delen we onze kennis.' (NVGP, 2022). Doelstelling van de sector is te onderzoeken hoe het groeps­dynamisch denken het begrijpen van maatschappelijke verschijnselen kan bevorderen en een stimulan­ten kan bieden tot het in gang zetten van, waar nodig, betere en gezondere ontwikkelingen. De sector is zowel voor NVGP-leden als voor geïnteresseerden van buiten onze vereniging toegankelijk. Een aantal enthousiaste sectorleden is in januari voor het eerst bij elkaar gekomen en beoogt onder meer met enige regelmaat stukken in te zenden naar de landelijke kranten. En dat is nog maar het begin.

### Trots op deze club

Alle hierboven genoemde inspanningen van collega's passen wat mij betreft volledig in de missie van de NVGP: mensen met een hart voor groepstherapie samenbrengen en als groepstherapeuten naar buiten treden met wat wij het werkveld en de maatschappij te bieden hebben.

Andermaal heb ik genoten van de inspire­rende ontmoetingen met gelijkgestemden op ons congres. Maar ik niet alleen. Op LinkedIn liet een van de deelnemers nader­hand weten: 'Voor mij de eerste keer op dit congres. Een geweldige dag. Inhoud, sfeer, collega's. Voor herhaling vatbaar!' Kijk, daar doen we het voor.

Marc Daemen

## Referenties

---

Daemen, M.H.L., Aalders, H. & Meer, M. van der (2022). Het zorgprestatie­model, deel 2. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 17(4), p. 9-23.

Haas, W. de (2020). *Groepsbehandeling en teambegeleiding in de gezondheidszorg*. Amsterdam: Boom.

Koks, R. & Haas, W. de (2022). De nieuwe Burlingame is uit! *Groepen. Tijdschrift voor Groepsdynamica & Groepspsychotherapie*, 17(3), p. 53-63.

Luyendijk, J. (2022). *De zeven vinkjes. Hoe mannen zoals ik de baas spelen*. Amsterdam: Uitgeverij Pluim.

NVGP (2019). *Opleidingsreglement*. Artikel 1.B, p. 1. Geraadpleegd op 15-4-23 via <https://www.groepspsychotherapie.nl/reglementen/opleidingsreglement/>

NVGP (2021). *Contouren specialistische cursussen groepspsychotherapie*. Geraadpleegd op 15-4-23 via [https://www.groepspsychotherapie.nl/nvgp/\\_sitefiles/file/contouren/contouren-specuversie27102021.pdf](https://www.groepspsychotherapie.nl/nvgp/_sitefiles/file/contouren/contouren-specuversie27102021.pdf).

NVGP (2022). *Sector De Maatschappij als Groep*. Geraadpleegd op 15-4-23 via <https://www.groepspsychotherapie.nl/de-maatschappij-als-groep/>

Verhagen, P. & Haar, A. ter (ed.) (2022a). *Leerboek Groepspsychotherapie*. Amsterdam: Boom.

Verhagen, P. & Haar, A. ter (2022b). Podcast Groepspsychotherapie. Geraadpleegd op 15-4-23 via [https://www.boompsychologie.nl/product/100-11116\\_Leerboek-groepspsychotherapie#extra](https://www.boompsychologie.nl/product/100-11116_Leerboek-groepspsychotherapie#extra).

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

---









# Durven verschillen

Een impressie van de lezingen tijdens het NVGP-congres van 24 maart 2023.

Door Leo Zoutewelle

Al bij de inleiding van het congres blijkt dat er meer congressen zijn met het thema 'Diversiteit'. Blijkbaar hebben we als vereniging goede aansluiting met de tijdgeest. We staan direct op scherp: gaan we vandaag durven te verschillen? De vraag die gesteld wordt is namelijk deze: durven wij zelf, als individu in de behandelkamer maar ook als vereniging, voldoende te verschillen? Deze vraag wordt nog relevanter als later op de dag volgens Hutsebaut blijkt dat 'verschillen als bedreigend worden ervaren als de identiteit minder stevig is'. Het verdragen van de spanning die verschillen (lees: diversiteit) met zich meebrengen, definieert ons vak bij uitstek. Psychologen hebben, als het goed is, twijfel en ambivalentie tot kunst verheven. Het verdragen van die twijfel althans. We ervaren spanning bij boosheid, we ervaren spanning bij eventuele afkeuring door de ander, we ervaren spanning bij tegenstrijdige emoties, we ervaren spanning tussen onszelf en de van ons verschillende ander. Als wij tot het verdragen van deze spanning in staat zijn, en niet zelf affect-fobisch meer reageren, zal in de tegenoverdracht, of via *limited reparenting*, of via onze voorbeeldfunctie in de behandelrelatie, de ander pas echt van de behandeling kunnen profiteren. Vanuit deze optiek worden ineens onze eigen leertherapieën weer relevant.

## Welwillendheid

Frans de Waal neemt ons mee in zijn wondere en aanstekelijke wereld van de overeenkomsten tussen ons en de mensapen. We grinniken en worden welwillender van binnen als we zien hoeveel we overeenkomen en hoe weinig we verschillen van de mensaap. Rechtvaardigheidsgevoel, empathie, vader- en moederrollen, ze blijken allemaal breed gedeeld.

Na het beluisteren van de lezing van Frans de Waal, onze nationale apenspecialist, liep ik rond met de vraag of hij vooral zijn eigen stokpaardjes, met alle recht en reden overigens, heeft bereden of dat hij ons daarnaast ook op een heel subtiele wijze het erkennen van verschillen heeft bijgebracht. Een lesje diversiteit dus.

Diversiteit is een gegeven in onze realiteit. De vraag die centraal staat is op welke wijze wij ons tot diversiteit verhouden. Je kunt diversiteit ontkennen, je kunt het omarmen, je kunt diversiteit tot je stokpaardje maken. Bij het ontkennen van wel degelijk aanwezige dynamiek kan dit tot allerlei ingewikkelheden leiden. Wij als psychotherapeuten weten dat, denk ik, als geen ander. Het ontkennen van verschil, het ontkennen van de spanning die daarmee gepaard gaat en vervolgens het wegwerken van dit interne conflict, verklaart vaak een scala aan klachten. Anderzijds kan juist het benadrukken van de verschillen leiden tot wat tegenwoordig polarisatie heet. Polarisation wordt dan meestal bedoeld als verwijdering of verharding, verbreking van verbinding en contact. Verschillen leren omarmen, zo leren we van de Waal, is iets wat we van apen kunnen leren. Apen blijken die verschillen als tamelijk betekenisloos te integreren. En daarmee zijn de verschillen wel aanwezig, maar leidt

dat niet tot verwijdering en verharding en worden ze ook niet onder het vloerkleed geveegd of ontkend. Zo blijken apen, mensapen als ik het goed begreep, qua genderfluiditeit minstens zo vergelijkbaar met mensen als op diverse andere vlakken. Zij maken er echter helemaal geen punt van en excluderen niet op basis van genderverschillen of seksuele voorkeuren. En dat is volgens de Waal een belangrijke les.

Wat ik bijzonder vond is dat er tijdens zijn lezing een soort mildheid, gemoedelijkheid en tolerantie ontstond toen we keken naar de mensapen en aan de hand van talloze voorbeelden, onderzoek en anekdotes, aangetoond werd hoeveel we gemeenschappelijk hebben. We glimlachten wanneer die toch grappige mensapen vooral veel menselijk gedrag vertoonden. Of wellicht dat wij als mensen vooral veel apengedrag vertoonden. Er werd regelmatig gelachen. Uiteindelijk kwam De Waal uit bij de verschillen tussen mannetjesapen en vrouwtjesapen, waarbij hij een pleidooi voerde voor het verschil in bejegening naar aanleiding van die geconstateerde verschillen. Het echt opmerkelijke is, dat dit heden ten dage een mijnenveld blijkt te zijn. Links of rechts kun je je in explosief gevaar begeven als je daar al te drastische uitspraken over doet. Of op zijn minst loop je de kans in excluderende stereotypen te belanden en voor je het weet ben je ineens links of rechts, conservatief of progressief. Het inhoudelijk debat, met behoud van de verbinding, kan dan eigenlijk niet goed meer plaatsvinden. Mij viel op dat Frans de Waal met het inbrengen van welwillendheid eerst een vriendelijke glimlach op ons gezicht toverde en daarna vertelde dat verschillen niet ontkend maar juist érkend moeten worden.

We moeten ons met respect tot die verschillen opstellen en kinderen verschillend opvoeden. Jongensapen blijken opgroeiend veel gevaarlijker dan meisjesapen, en zullen van een bijpassende bejegening profiteren.

## *De Waal voerde een pleidooi voor verschil in bejegening van mannetjes- en vrouwjesapen*

Ik kreeg intussen niet de indruk dat zowel de zaal als ikzelf hem zo nodig in een rechts conservatief speelveld moest plaatsen, dan wel op een andere manier diende te ordenen. Mij persoonlijk trof het dus dat dit een heel mooie, subtiele wijze is om verschillen te normaliseren en het contact met de ander te behouden.

### **Methodieken-diversiteit**

Joost Hutsebaut nam ons vervolgens mee in de soms verbazingwekkende wereld van de methodieken-diversiteit en verbaasde zich over de tijdgeest, die zich momenteel kenmerkt door het in kaart brengen van met name de verschillen tussen de methodieken. Veel actueel onderzoek houdt zich bezig met het onderling vergelijken van de methodieken met de spannende vraag welke nu weer als beste uit de bus komt. Vaak vergelijken we ze dan met 'treatment as usual', hetgeen een vergaarbak blijkt van zowel goed werkende therapievormen als 'trash as usual'. Belangrijke notie hierbij blijkt dat we ons als

therapeuten in onze eigen habitat comfortabel moeten voelen. Comfortabel betekent dan dat we die behandeling uitvoeren waarin we ons goed geschoold weten, passend bij ons authentieke zelf. Als we echter veel moeite gaan doen om ingewikkelde, niet goed bij onszelf passende methodieken aan te leren, blijven behandelresultaten achter. We gaan ons dan teveel op het onbekende kunstje focussen in plaats van het interpersoonlijke contact. Niet de methode maakt het verschil, het maakt uit dat jij dat doet. Terwijl jij weer geholpen wordt jezelf comfortabel te kunnen voelen door een kloppende context in de vorm van een prettig team en een goed faciliterende organisatie. Dat is dan met recht een diverse boodschap waarin zowel de fervente methodieken-aanhanger als de vooral intuïtiegetrouwe therapeut mee uit de voeten kan.

Ik merkte gaandeweg dat echte diversiteit veel van ons vraagt. Een kritische stem in mij vertelde me dat ieder die op het podium een verhaal presenteert, altijd wel op evidentie gebaseerde inzichten weet te presenteren, terwijl die inzichten soms geheel tegenstrijdig lijkende boodschappen bevatten. Maar een milde, tweede blik leerde me dat dit wellicht diversiteit betekent: zoek naar het goede in elke boodschap, in elke methodiek en vooral ook in onszelf, dan zijn we waarschijnlijk een effectieve therapeut. Moest ik toch weer aan het verdragen van de eerdergenoemde ambivalentie denken.

### **Vluchtelingen**

Ik moet bekennen dat bij de lezing van Catherine Mela mij in eerste instantie ook de verschillen opvielen. Haar wijze van

voordragen imponeerde als on-Nederlands, de bewijsvoering van haar betoog hier en daar wat gedateerd. Hier stond duidelijk een docente die ons iets wilde bijbrengen. Ik raakte hiermee wat uit het contact, en moest me wat meer inspannen om weer contact met haar boodschap te krijgen. Door de verschillen heen kijkend, bleek ze echter een kraakheldere en zeer actuele boodschap te hebben. We werden gewezen op de indrukwekkende effecten van traumatisering door vluchtelingendrama's op hun volgende generaties. Uit je eigen land moeten vertrekken, waar je de eigen geschiedenis schreef en huis, haard en identiteit beleefde, op een vaak ruwe en angstige wijze, levert begrijpelijkerwijs veel trauma's op. Als Griekse had ze recht van spreken. De vluchtelingenproblematiek klopt daar niet alleen aan de deur zoals bij ons, maar overspoelt de kusten. Aandacht voor onze getraumatiseerde medemens, weliswaar binnengekomen via een andere deel van deze wereld, werd ons sympathiek maar indringend voorgehouden. In tijden van toenemende globalisering zijn mensen uit een ander deel van de wereld misschien wel niet meer dan een subgroep van onze eigen 'wereldgroep' waar we met zijn allen deel van uitmaken. Laten we dan niet de ogen sluiten voor de medemens die onder zeer diverse omstandigheden, vaak getraumatiseerd, de weg zoekt in het leven. Vooral de foto met een totaal volgepakt vaartuig met vluchtelingen, legde mijn 'verschil becomingmentariërende stem' het zwijgen op. Dus ja, als we zo weinig blijken te verschillen van de aap, laten we ons dan vooral

oefenen in het verdragen van de onderlinge diversiteit als mens, elkaar includeren en met gelijkwaardig erkennen en verdragen van de onderlinge verschillen de ander van dienst zijn en ons intussen verheugen over de overeenkomsten!

Gesterkt door ons toegenomen vermogen verschillen te verdragen en te onderzoeken, was er een scala aan workshops te volgen. Op zoek naar de methode en aanpak die intuïtief bij ons past én zich tegelijk door professionele standaarden omringd weet. Diversiteit te over. Met de beide behandelarsvoeten weer wat steviger op de grond rondom we de dag af en is er tijdens het NVGP-congres een mooie en diverse bijdrage geleverd aan de verbreding van onze habitat.

**Leo Zoutewelle** is klinisch psycholoog-psychotherapeut. Hij werkt bij Familysupporters en Psychiatrie N3 en is redactielid van Groepen.





# De angsten van de groepstherapeut

*'Forget your perfect offering. There is a crack in everything, that's how the light gets in' (Leonard Cohen, 1992)*

In de literatuur over psychotherapie wordt vooral geschreven over de angsten van patiënten en veel minder over de angsten van de therapeut, die in een groep nog sterker kunnen zijn. Het is echter belangrijk je als therapeut bewust te zijn van angstgevoelens en de afweer ervan, omdat angst naast andere gevoelens, zoals schaamte en schuld, een effectieve behandeling in de weg kan staan. Frans van Paassen diept het onderwerp uit. Daarbij tekent hij ook ervaringen van collega's op.

Lees voor 'hij' uiteraard hij/zij/hen - red.

Door Frans van Paassen

Gevoelens van onzekerheid en angst zijn intrinsiek verbonden met het geven van psychotherapie. Immers, het is onzeker hoe het psychotherapieproces zich zal ontwikkelen en wat de patiënten over zichzelf en de ander zullen ontdekken. Ook als therapeut weet je vooraf niet wat je zal gaan ervaren, voelen en over jezelf aan de oppervlakte zal brengen. Naast nieuwsgierigheid bestaat de angst voor het onbekende. De angsten van een therapeut kunnen in een groep sterker zijn dan in een individueel contact, omdat de groepstherapeut zich door meer mensen bekeken en beoordeeld kan voelen.

De groepstherapeut kan angst hebben voor moeilijke patiënten, voor ingewikkelde situaties, voor de groep als geheel. Deze angsten kunnen zowel bewust zijn en in tegenoverdrachtsreacties worden ervaren alsook onbewust zijn en afgeweerd. Wanneer de therapeut zich niet bewust is van zijn emotionele reacties of niet in staat is om zijn interne angsten en conflicten te reguleren, kan dit leiden tot blokkades in de behandeling en tot breuken in de relatie. De angst van de therapeut kan het herstellen van relatiebreuken belemmeren. De Haas (2020) beschrijft hoe een angstige therapeut bij conflicten eerder zal kiezen voor een



beperkende dan een verruimende oplossing. Een verruimende oplossing komt tegemoet aan de wensen en verlangens van de groep, en biedt ruimte aan verdere verdieping van de onderlinge relaties en tot groei bij de groepsleden. Een beperkende oplossing komt tegemoet aan de angst, geeft weinig ruimte aan ontwikkeling en handhaaft vooral de veilige status quo. Een voorbeeld van een verruimende oplossing is dat groepsleden kritiek durven uiten op de therapeut en de therapeut deze aanhoort, serieus neemt en onderzoekt. Als de therapeut of de groep kritiek niet verdraagt en te beangstigend vindt, zal kritiek worden vermeden.

Dit proces heeft ook invloed op het zelfgevoel en de emotionele en professionele competenties van de therapeut. Net zoals bij groepsleden zal de therapeut bij zichzelf de determinanten moeten zoeken in eigen vroege ervaringen met betekenisvolle personen, relaties en groepservaringen.

De angsten van de groepstherapeut worden niet alleen gekleurd door neurotische aspecten, maar zijn tevens verbonden met het feit dat de therapeut ook gewoon een mens is. Leeftijd, de mate van ervaring met het klinische werk en ontwikkelingsfase zijn van invloed op de angsten die zich kunnen ontwikkelen. Zo kunnen voor een jongere therapeut conflicten en angsten rond intimiteit en seksualiteit meer spelen, en kunnen bij een oudere therapeut angsten rond verlies van relaties en rond eigen eindigheid meer op de voorgrond staan.

Onderzoek heeft aangetoond dat een van de factoren die een therapeut effectief maakt een goed ontwikkeld vermogen is om te mentaliseren en te reflecteren op de mentale processen, inclusief cognitieve en affectieve processen, die zowel intrapsychisch als

interpersoonlijk in zijn leven en in de therapiekamer plaatsvinden (Cologon e.a., 2017). Dat wat de therapeut in de behandeling belangrijk vindt voor de groepsleden – zich meer bewust worden van eigen (afgeweerde) gevoelens en die van de ander en hoe daarmee om te gaan – is ook voor zijn eigen functioneren en ontwikkeling van groot belang.

### *Niet alleen groepsleden, maar ook therapeuten kunnen bang zijn voor de groep*

Dit artikel is gericht op de angsten van de therapeut en de rol die deze kunnen spelen in het ontstaan en repareren van relatiebreuken, en daarmee in de effectiviteit van de behandeling. Allereerst komen de angsten aan bod die de therapeut tijdens de voorbereidingsfase kan ervaren voor de groep. Ook het adviesgesprek voorafgaand aan de groepsbehandeling kan bij de therapeut angsten oproepen. Vervolgens wordt besproken hoe in verschillende fasen van de groepsontwikkeling kenmerkende angsten en conflicten bij de therapeut een rol kunnen spelen bij breuken in de relatie. Belicht wordt hoe de persoonlijkheid van de therapeut een belangrijk effect heeft op de wijze waarop hij met deze relatiebreuken omgaat.

#### **Angst voor de groep als geheel**

Niet alleen groepsleden, maar ook therapeuten kunnen bang zijn voor de groep. De beleving van (on)veiligheid in de groep wordt, ook voor de therapeut, in hoge mate

bepaald door vroegere ervaringen met groepen, in het bijzonder door ervaringen in het gezin van oorsprong. De dynamiek in de groepsruimte kan herinneringen oproepen aan vroege (groeps)ervaringen met de bijbehorende gevoelens en angsten: hoog-oplopende conflicten in het ouderlijk gezin, gepest worden op school, buitengesloten worden door de groep.

Elke groep wordt in aanvang gevormd door mensen die voor elkaar en voor de therapeut vreemden zijn. In de groep is er altijd sprake van dynamiek, waarbij verschillen tussen groepsleden leiden tot verschillende gevoelens, verlangens, angsten en conflicten, zowel intern als tussen de groepsleden. In die dynamiek kunnen relatiebreuken ontstaan en als deze niet goed worden opgelost kan de spanning hoog oplopen. Nitsun (2002, 2015) spreekt over de anti-groep als destructieve krachten de overhand krijgen, groepsleden zich niet meer veilig voelen en de groep uiteen dreigt te vallen. Dit kan de existentiële angst oproepen dat hij alleen komt te staan. De beginnende groepstherapeut kan zo onzeker en angstig zijn dat hij niet in staat is om een groep van zeven of acht vreemden met verschillende problemen en achtergronden te orkestreren tot een harmonieuze en samenwerkende eenheid (Billow, 2001). De therapeut kan bang zijn voor onenigheid, conflict, chaos en opstand, of bang zijn de eigen gevoelens niet meer te kunnen controleren. Ook kan de therapeut zich door de groep afgewezen of afgekeurd voelen. De angst om niet goed genoeg te zijn en te falen kan dan sterke gevoelens van schaamte en minderwaardigheid oproepen. Het zijn de gevoelens die de therapeut vroeger misschien heeft gezien in de ogen van zijn radeloze ouder of bij de

leerkracht die geen orde kon houden in de klas, waarop de groep zich als hongerige wolven die bloed roken op de leerkracht stortte en die huilend de klas verliet.

## **Angsten in verschillende fasen van de groep**

### Het adviesgesprek

Een goede voorbereiding op de groep is belangrijk voor de ontwikkeling van het proces en de cohesie. Dat betekent dat de taak en het doel van de groep zijn omschreven met een passende selectie van groepsdeelnemers en duidelijke groepsregels.

Als de patiënt in het adviesgesprek het voorstel krijgt om deel te nemen aan een groepsbehandeling stuit de therapeut dikwijls op weerstand. De therapeut die probeert om de patiënt te overtuigen of over te halen sorteert vaak weinig effect. De therapeut die graag met een groep wil starten maar nog te weinig deelnemers heeft, zal neigen tot overreding uit angst dat de groep anders niet kan doorgaan. Een onzekere therapeut ervaart de weerstand van de patiënt mogelijk als een persoonlijke afwijzing. Het raakt zijn zelfbeeld en zelfgevoel en de therapeut kan zich gekrenkt voelen, als persoon niet goed genoeg. Als de therapeut te ijverig probeert de patiënt te overtuigen, kan dit leiden tot een relatiebreuk omdat de patiënt zich voor het blok gezet voelt. Het is belangrijk dat de patiënt zich vrij voelt om te kiezen. De therapeut doet er goed aan om de eigen keuze van de patiënt te benadrukken, maar richt daarna de aandacht op de weerstand en de onderliggende angsten. Mogelijk biedt dit onderzoek aangrijpingspunten om de patiënt duidelijk te maken dat hij juist in de groepsbehandeling kan werken aan zijn klachten. De patiënt die moeite

heeft met grenzen stellen kan dit in de groep heel goed oefenen. De sociaal angstige patiënt kan in de groep zijn angsten onderzoeken en leren om wel de confrontatie aan te gaan, om contact te maken met

*Zoals het jonge kind  
naar zijn ouders kijkt,  
verwachten de groepsleden  
dat de therapeut alles weet,  
alles kan en geen  
onzekerheden heeft*

anderen. De angst van de patiënt wordt dan geherformuleerd als een probleem dat bij uitstek geschikt is voor behandeling in de groep omdat zich juist daar mogelijkheden aandienen om te oefenen met ander, nieuw gedrag.

Beginfase: love all, know all, heal all

In de beginfase staat de therapeut centraal. Zoals het jonge kind naar zijn ouders kijkt, verwachten de groepsleden dat de therapeut alles weet, alles kan en geen onzekerheden heeft. De therapeut met niet opgeloste narcistische behoeften kan dan worstelen met eigen, niet realistische, grandioze professionele verwachtingen.

Brightman (1984) beschrijft een grandioos ego-ideaal dat een drietal narcistische trekken omvat: 1 *omnipotentie* (de wens om machtig te zijn), 2 *omniscience* (de wens om alles te weten) en 3 *totale welwillendheid* (de wens om liefdevol te zijn). Volgens deze auteur crasht de realiteit van de klinische

praktijk hard met dit ego-ideaal. Die botsing kan in de therapeut leiden tot gevoelens van hulpeloosheid en incompetentie. Dit leidt tot schaamte – een zelfkritisch, devaluerend oordeel over zijn professioneel functioneren. De therapeut kan dan bang zijn om niet goed genoeg te zijn.

Een ervaring van een collega:

‘Een aantal maanden na de start was mijn collega door ziekte afwezig en dat betekende dat ik de groep voor het eerst alleen zou gaan doen. Ik vond dat wel een beetje spannend, maar was ook wel nieuwsgierig hoe het zou gaan en hoe ik het er vanaf zou brengen. De groep was compleet en alleen de stoel van mijn co-therapeut was leeg. Voor ik iets kon meedelen werd er gevraagd waar zij was. Ik vertelde dat ze ziek was en dat de groep het vandaag dus alleen met mij moest doen. “Maar kan jij het wel alleen?” vroeg Hella, een jonge vrouw met angstklachten rechtstreeks aan mij. Ik weet niet meer precies wat ik geantwoord heb, maar ik weet wel dat haar angst zo voelbaar was dat ik er zelf acuut angstig van werd. Als zij twijfelde of ik de groep aan zou kunnen, was dat dan inderdaad ook een mogelijkheid? Wat als de hele groep aan mijn leiderschap zou twijfelen, als alle groepsleden vreesden dat ik de heftige emoties niet zou kunnen containen of niet in staat zou zijn het angstniveau te reguleren? Ik had geen enkel vergelijkingsmateriaal, had voorafgaand aan deze groep geen enkele groepservaring, en vandaag stond ik er voor het eerst alleen voor.

‘Er kwamen reacties van andere groepsleden. Een groepslid zei plagend dat ze het mij vandaag heel moeilijk gingen maken, terwijl een ander zei dat ze zich in de nabijheid van

mijn co-therapeut door haar duidelijkheid altijd heel veilig voelde. Daarop kon een ander voorzichtig zeggen dat ze ook vaak schrok van die duidelijkheid en daarom blij was dat ik wat gematigder was. Vervolgens ontstond er een korte uitwisseling in de groep over wat men aan mij en aan mijn co-therapeut beleefde en welke verschillen er in hun ogen tussen ons waren. Het gaf mij de ruimte om enigszins achterover te leunen, maar omdat het voor het eerst was dat wij therapeuten onderwerp van gesprek waren, was dat voor mij nog allesbehalve veilig. Pas nadat Hella het woord nam en met veel expressie van emoties een pijnlijke ervaring inbracht, voelde ik me weer op bekend terrein. Ik kon rustig exploreren en hier en daar wat duiden, terwijl de overige groepsleden betrokken en empathisch op haar reageerden. Het lukte me haar kwetsbare inbreng te valideren met steun gevende interventies, waarbij haar angstniveau, dat van de groep, en ook mijn eigen angstniveau daalden. "Het ging eigenlijk helemaal niet zo slecht vandaag!" was het ambivalente compliment van de groep aan het eind van de zitting.'

In de beginfase stelt de groep zich afhankelijk op van de therapeut. Enerzijds voelt de therapeut zich verantwoordelijk voor een succesvolle behandeling, anderzijds wordt de angst gevoeld dat de patiënten niet of onvoldoende zullen profiteren van de behandeling of voortijdig zullen afhaken. Als de therapeut gevoelens van onzekerheid, frustratie, boosheid, schuld en schaamte bij zichzelf tegenkomt, wordt die angst nog eens versterkt. De onzekere therapeut beleeft het feit dat het groepslid niet voortgaat vaak als eigen falen of tekortschie-

ten. Onderliggend lijkt er sprake te zijn van groetheidsgevoelens: 'Als zij niet genezen, heb ik het dus niet goed gedaan.' Het professionele zelfbeeld en het zelfgevoel van de therapeut zijn dan afhankelijk van de ontwikkeling van de groepsleden en de groep. Een negatief zelfgevoel kan worden versterkt door druk vanuit het management om productiecijfers te behalen en door regelmatig verantwoording te moeten afleggen over resultaten via vragenlijsten, zoals ROM. Omdat behandelingen vaak kortdurend moeten zijn, kan ook de tijdsdruk negatief bijdragen.

De onzekere groepstherapeut weet niet meer wat te doen en geeft het op of is geneigd om de kar te gaan trekken. In het laatste geval werkt hij vaak harder dan de patiënten. De vaardige groepstherapeut voelt zich niet uitgeschakeld maar zal tegenoverdrachtsgevoelens gebruiken om het proces en de gevoelens van onzekerheid en machteloosheid bij de groepsleden te

*De onbewuste angst van  
de afhankelijke therapeut  
is dat de groepsleden  
hem niet meer nodig hebben  
en hij komt alleen te staan*

onderzoeken, zowel in de huidige situatie als ook in de voorgeschiedenis van de groepsleden. Vooral het uiten van boosheid dat de therapeut (net als hun ouders) niet voldoet aan hun verwachtingen en dat ze zelf aan de slag moeten, zal hij faciliteren. De groepstherapeut moet zich bewust zijn

van zowel de mogelijkheden als de beperkingen van de groepsleden afzonderlijk en van de groep als geheel. De therapeut kan niet meer bewerkstelligen dan de mogelijkheden van de groep of de groepsleden toelaten, en niet meer dan wat de deelnemers durven of wensen te bereiken. Andersom is het natuurlijk ook zo dat de groep niet verder komt als de groepstherapeut zelf geremd of geblokkeerd wordt door bepaalde behoeften of angsten.

De afhankelijke groepstherapeut kan de groep nodig hebben om voor de groepsleden de universele verzorger te blijven (Koenig en Lindner, 1994). In psychoanalytische taal ontstaat dan een orale, afhankelijke collusie tussen de therapeut en de groep. Therapeut en groepsleden hebben elkaar nodig om te zorgen en verzorgd te worden. De onbewuste angst van de therapeut is dat de groepsleden zich zullen ontwikkelen en dat zij zich van hem gaan losmaken. Ze hebben hem dan niet meer nodig en hij komt alleen te staan. De zorgende therapeut kan onbewust de ontwikkeling van groepsleden in de richting van loslaten en autonomie tegenwerken (het 'lege-nest-syndroom').

Een jonge collega zegt hierover:

'Wat ik herken is de angst om het niet goed te doen in behandelingen ('door de mand te vallen/ik kan het niet'). Zo heb ik een keer een erg veeleisende patiënt gehad die alles bij mij legde en zelf nagenoeg geen verantwoordelijkheid nam om de behandeling te doen slagen. Ik raakte dan zelf heel gespannen en het voelde alsof ik met de oplossing(en) moest komen. Zeker toen deze patiënt vertelde dat zij geen verbetering ervoer, nam de angst bij mij verder toe. Ik heb dit besproken tijdens mijn werkbegeleiding (dit

was nog in het begin van mijn carrière) en daarna ben ik het gesprek hierover aangegaan met deze patiënt. Ik zei dat ik het gevoel had dat ik vooral heel hard moest werken en zij zich minder aan het inspannen was. Ze reageerde eerst wat verbaasd, maar we hebben het er uiteindelijk goed over kunnen hebben waardoor bij mij de angst ook afnam. Elke keer als ze wat kritisch werd, kon ik dit benoemen en zo lukte het ons om meer samen te werken in plaats van tegenover elkaar te staan.'

#### Autoriteitsfase

In de autoriteitsfase gaan de groepsleden kritiek uiten op de therapie of op de therapeut. Zij kunnen zijn vakbekwaamheid ter discussie stellen. De groepstherapeut(en) en de groepstherapie voldoen niet meer aan hun verwachtingen. In de groepsontwikkeling is dit een normaal fenomeen. Het kan niettemin bedreigend zijn voor de therapeut als de kritiek als devaluatie wordt beleefd. De kritiek raakt dan aan het zelfgevoel en de competentie als therapeut: 'Ik doe het niet goed, ik faal'. De kritiek kan bewuste of latente gevoelens van onzekerheid oproepen. De therapeut kan ertoe neigen om zich te gaan verdedigen of verklaren om aan de kritiek van de groep tegemoet te komen en de agressie te beteugelen.

Ik citeer een beginnende groepstherapeut: 'Ik voelde me onzeker en bang toen de groep vond dat ik te weinig deed en zij zeiden dat ze niet het gevoel hadden dat ze iets aan de groep hadden. Ik was bang om het contact met hen te verliezen. Ik denk dat het te maken heeft met het feit dat ik me vroeger vaak buitengesloten heb gevoeld. Thuis en ook op school hoorde ik er niet bij.'

De onzekere, dwangmatige therapeut wil controle houden. Hij is bang dat de groep de teugels in handen neemt, bang om het contact met de groep te verliezen en dat groepsleden de groep zullen verlaten. De therapeut kan zijn angst overdekken met dominantie, door te doen alsof hij alles weet, door de touwtjes stevig in eigen hand te houden. De therapeut die rigide vasthoudt aan naleving van het protocol kan daarmee de alliantie verzwakken en de weerstand tegen de behandeling vergroten (Wampold, 2015).

*‘Ik begreep dat mijn neiging om tussenbeide te komen voortkwam uit mijn eigen familiegeschiedenis’*

De onzekere therapeut kan bang zijn voor het onvoorspelbare, voor gevoelens die mogelijk gaan opspelen. Hij heeft blijkbaar weinig vertrouwen in de zelfredzaamheid van de groepsleden of in de mogelijkheid dat ze met elkaar dingen kunnen ontdekken.

Een collega:

‘Ik zweeg omdat ik van oordeel was dat de groep in staat was om met elkaar de relatiebreuk te herstellen. Toch voelde ik me ongerust en vroeg me af of ik het bij het juiste eind had. Ik voelde meerdere keren de neiging om in te grijpen en de controle over te nemen en daarmee de situatie onschadelijk te maken. Ik hield me in en probeerde empathisch met de hele groep om te gaan, zonder het over te nemen. Ik was bang voor verlies van de groepscohesie, van mogelijke

fragmentatie, maar bleef me kalm gedragen terwijl de groep zijn werk deed. Ik begreep dat mijn neiging om tussenbeide te komen voortkwam uit mijn eigen familiegeschiedenis, waarin vooral tussen broers en zussen regelmatig aanvaringen waren en ik bang was dat het gezin uit elkaar zou vallen. Door mijn lange ervaring met deze therapiegroep wist ik dat dat de groep in staat was om relatiebreuken te herstellen. Omdat het conflict nu heftiger was dan ik eerder had meegemaakt, had ik meer dan anders moeite om stil te blijven. Ik besepte dat als ik de controle van hen zou overnemen, ik hen tekort zou doen omdat ik daarmee zou aangeven dat ik hen niet vertrouwde in hun vaardigheden om met elkaar in contact te komen. Toen ik dit besepte, ontspande ik en kon ik de groep zijn werk laten doen.’

Kritiek in de groep kan echter ook als constructief beleefd worden. De groepsleden voelen zich blijkbaar veilig genoeg om de autoriteit van de therapeut aan te vallen. Het is een belangrijke stap in de ontwikkeling naar meer autonomie. De therapeut die dit onderkent en niet bang is voor kritiek zal deze verwelkomen als een positieve ontwikkeling. Hij zal zich niet verdedigen, maar de groep juist uitnodigen om kritiek te uiten als die zich aandient. Hij zal zich empathisch en onderzoekend opstellen en vragen of de kritiek die bij een of enkele groepsleden speelt door andere groepsleden gedeeld wordt en of er misschien nog meer kritiekpunten zijn. Zo laat de therapeut zien dat hij stevig in zijn schoenen staat en de uitdaging aankan. Daarmee biedt hij de groep veiligheid. Veel groepsleden zullen in hun voorgeschiedenis de ervaring hebben gehad dat de ander, meestal de ouder, boosheid of kritiek

niet verdroeg, gekrenkt of gekwetst reageerde en daarmee het kind afwees. De therapeut die zich staande houdt en zich welwillend, begripvol en onderzoekend opstelt is daardoor een veilige container voor de gevoelens van de groep, in dit geval boosheid en woede. Dit is een belangrijke corrigerende emotionele ervaring. Kritiek van groepsleden kan uiteraard reëel en daarmee terecht zijn. Als de therapeut toegeeft dat hij iets niet goed heeft gedaan en zijn excuses aanbiedt, ervaart de ander erkenning. Voor de groepsleden is dit een belangrijke ervaring: de therapeut is menselijk en kan net als zij fouten maken.

#### Middenfase

Als de autoriteitscrisis is opgelost gaan de groepsleden zich meer op elkaar richten en neemt de onderlinge interactie toe. Groepsleden vergelijken zichzelf met de ander. De therapeut kan bang zijn voor gevoelens van rivaliteit, afgunst en jaloezie die gaan spelen. Deze gevoelens kunnen ook tussen de co-therapeuten optreden. De therapeut kan bang zijn voor stiltes, voor agressie, voor intimiteit en seksualiteit, voor complexe patiënten of situaties.

#### *Rivaliteit met groepsleden*

De therapeut die zich onzeker voelt over zijn eigen volwassen kwaliteiten zal geneigd zijn om zichzelf te bewijzen en de anderen te overtreffen. De rivaliserende therapeut is bang om zich in vergelijking met de ander de mindere te voelen. De therapeut verlangt naar aanzien en is bang om die te verliezen nu hij minder centraal staat. Hij kan gevoelens van rivaliteit en afgunst ontwikkelen tegenover groepsleden die in zijn ogen meer hebben bereikt of tegenover groepsleden

met eigenschappen die de groep mogelijk in hem mist. De groepsleden die in de ogen van de therapeut met hem rivaliseren kunnen van hun kant de therapeut idealiseren. Dan is het voor de therapeut moeilijk om hier niet in mee te gaan. De therapeut die kan reflecteren op dit proces en zijn gevoelens kan toelaten en begrijpen, leert zichzelf en de anderen beter kennen. Als hij zichzelf kan accepteren kan hij ook zijn waardering uitspreken voor de goede inbreng van de groepsleden. Groepsleden zijn soms in staat om zaken beter te verwoorden dan de therapeut. Wanneer de therapeut het zicht op het proces is verloren kan hij als interventie aan de groep vragen om hem te helpen bij het in kaart brengen van wat er gaande is: 'Hebben jullie een idee over wat er nu gebeurt in de groep?' Voor de therapeut die denkt dat hij dat zelf zou moeten weten, kan deze vraag te schaamtevol zijn.

### *De ervaren therapeut kan het bedreigend vinden als zijn jongere collega fraaie interventies inbrengt*

#### *Rivaliteit met de co-therapeut*

In de samenwerking met de co-therapeut kunnen zich ook relatiebreuken voordoen. Het is gebruikelijk dat co-therapeuten met verschillende oriëntaties worstelen met de vraag welke richting de groep moet inslaan (Bridbord & De Lucia-Waack, 2011). De ene therapeut kan meer emotie-gericht zijn en willen dat de groepsleden het proces en de onderliggende gevoelens onderzoeken,

terwijl de andere therapeut voorkeur heeft voor structuur, het volgen van het protocol en liever focust op het oplossen van problemen. Er kan een relatiebreuk ontstaan als een therapeut met zijn interventies die van zijn collega ongedaan maakt. De therapeut die meer aandacht geeft aan het hier-en-nu proces, kan bang zijn dat hij te veel afwijkt van het protocol. Er kan onenigheid zijn over de taakverdeling en over het doel van de behandeling. De jongere of minder ervaren co-therapeut kan bang zijn om zijn plek te claimen. De meer ervaren therapeut kan het bedreigend vinden als zijn jongere collega fraaie interventies inbrengt. Hij kan bang zijn dat de groep zijn collega niet alleen bekwamer, maar ook aardiger en liever vindt. Onderliggend kan hij bang zijn dat de groep de voorkeur geeft aan de ander en hem niet meer nodig heeft.

Ook machtsverschillen kunnen tot een relatiebreuk leiden. Als de beginnende therapeut een groep doet met zijn werkbegeleider of supervisor kan dit tot onderlinge spanningen leiden die voor de groep waarneembaar zijn en het gevoel van veiligheid ondermijnen.

Ook verschil in geslacht, religieuze achtergrond of huidskleur van de therapeuten kan invloed hebben op de relatie. Groepsleden kunnen verschillend reageren op therapeuten die verschillen in dergelijke aspecten. Als dit spanningen in de relatie geeft die niet besproken en onderzocht worden, zal dit de voortgang in de groep belemmeren en de cohesie negatief beïnvloeden. Het is belangrijk dat de therapeuten na de groepszitting tijd nemen om het proces en hun gevoelens daarbij te onderzoeken en te bespreken. Ook supervisie is hiervoor een belangrijk hulpmiddel.

### *Angst voor stilte*

De verantwoordelijkheid die de therapeut ervaart kan mede verklaren waarom hij net als zijn patiënten moeite kan hebben met stilte in de groep. Stilte kan een belangrijk moment zijn. De deelnemers kunnen stilstaan bij hun gevoelens, gedachten, fantasieën en wensen. Stilte is dan een vruchtbaar moment waarop wezenlijke zaken aan de oppervlakte kunnen komen. Stilte kan echter ook spanning en angst oproepen. Er kan sprake zijn van angst om onderliggende gevoelens te onderzoeken en de bijbehorende pijn te voelen. De spanning die de stilte oproept kan worden afgeweerd door te gaan praten, door actie. Vermijden van stilte kan ook voortkomen uit de gedachte dat er toch iets moet gebeuren, dat de beschikbare tijd kort is en dat de tijd goed benut moet worden. Nu groepsbehandeling meestal gelimiteerd is, doet de tijdsdruk zich meer voelen.

De therapeut zal zich afvragen of het zinvol is om de stilte te laten voortduren dan wel te interveniëren. Als de interventie te vroeg komt kan dit het innerlijke zoekproces verstoren. Het te lang laten voortduren van stilte kan de spanning doen toenemen waardoor het voor groepsleden nog beangstigender wordt om zich te laten horen of zien. De therapeut moet zich altijd afvragen of hij de stilte doorbreekt omdat die voor de groep lastig te hanteren lijkt of omdat hij zelf de stilte moeilijk meer kan verdragen.

### *Angst voor agressie*

Als de therapeut zijn patiënten uitnodigt om hun gevoelens en gedachten hardop te verwoorden in de groep, impliceert dit dat zij ook uiting kunnen gaan geven aan gevoelens van irritatie, kritiek, boosheid, woede,



vijandigheid en zelfs haat. Gevoelens, gedachten en wensen mogen geuit worden, maar uiteraard niet in daden worden omgezet. Als de groepsleden heftige negatieve gevoelens verwoorden kan dit voor de therapeut bedreigend zijn. Hij kan bang zijn dat er een conflict ontstaat tussen groepsleden en dat hij daar niet mee kan omgaan. Hij kan bang

*‘Ik begrijp er niks van en vrees dat hij de groep meekrijgt in zijn woede’*

zijn voor escalaties en verlies van controle. Hij kan bang zijn dat boze groepsleden de groep zullen verlaten. Hij kan dan het gevoel krijgen dat hij heeft gefaald.

Als afweer kan de therapeut benadrukken dat beleefdheid in de groep de norm is, maar dat is een beperkende oplossing van het conflict. Als de groepsleden signaleren dat de therapeut angstig wordt, zullen zij zich niet veilig genoeg voelen om hun gevoelens te uiten. De therapeut die zich vanuit angst niet kan identificeren met het agressieve groepslid kan zich onvoldoende inleven in de onderliggende emotionele pijn en in de behoefte om begrepen te worden. Hij is niet in staat om de gevoelens van het groepslid te containen.

Een collega:

‘Ik leid al jaren een psychodynamische groep in vrijgevestigde praktijk. Co-therapeut is een psychiater/groepstherapeut. We doen de groep nu zeven jaar samen. Het is midden in de lockdown dus we werken online. Het lukt één patiënt al weken niet om

zijn microfoon te laten werken, waardoor hij niet verstaanbaar is. Vier weken lang vraagt hij mij vóór de groep te oefenen of zijn laptop het doet. De groepsleden problematiseren niet dat hij eigenlijk niet mee kan doen en alleen kan luisteren. Ze laten hem ‘stom’. Ik stel hem voor dat hij een andere laptop gaat regelen. Het groepslid blijkt vervolgens erg boos op mij te zijn. Dat had ik niet zien aankomen en ik ben zelfs verbaasd. Ik ben hem immers een aantal weken ter wille geweest door te ‘oefenen’. Onderliggend heb ik me behoorlijk geërgerd aan de koppigheid en de vanzelfsprekendheid waarmee het groepslid mijn tijd vraagt zonder daar erkentelijk voor te zijn.

‘De woede in de groep is indrukwekkend; hij is razend op me. Ik begrijp er niks van en ik vrees dat hij de groep meekrijgt in zijn woede, dat ze geloven wat hij in zijn achterdocht over mij zegt. Mijn co-therapeut lijkt verlamd en doet niets. Er is een splitsing gaande en ik lijk de fouterik. Patiënt besteedt zijn faalangst aan mij uit.

‘Achteraf hebben we in een aantal sessies de dynamiek kunnen uitwerken. Mijn angst ging pas weg nadat ik had besproken dat ik me onvrij ging voelen, ik mijn co-therapeut kon zeggen dat ik me in de steek gelaten voelde en nadat de desbetreffende patiënt zijn vroegkinderlijke woede ging begrijpen en uit de overdracht naar mij kon komen. En nadat de groepsleden beseften dat ze hun ergernis naar hun medegroepslid niet uit hadden gesproken en hem te veel hadden gelaten.’

De therapeut kan ook bang zijn voor zijn agressieve tegenoverdrachtsgevoelens, vertelt een andere collega:

‘Lisa is een 40-jarig groepslid met stem-

mingsproblemen en onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Vanwege haar rugklachten kan ze vaak niet blijven zitten en gaat ze naast haar stoel staan of loopt ze rond in de kamer. Ik voel regelmatig irritatie omdat ik het beleef als een vorm van aandacht trekken, die misschien ook versterkt wordt door haar neiging om haar problemen te externaliseren. Mijn interventies komen niet aan en ik krijg niet echt contact met haar.

'Die zitting vertelt Lisa over een consult bij de UWV-arts. Ze beschrijft hoe de arts haar dwong om allerlei lichamelijke posities in te nemen die voor haar heel pijnlijk waren maar waaraan ze zich onderwierp. Het deed mij denken aan een sadomasochistische interactie. De groep reageert verontwaardigd en uit boosheid over het gedrag van de arts. Ik merk zelf dat ik boosheid naar Lisa ga voelen omdat zij zich als machteloos slachtoffer opstelt. Dat wordt merkbaar in mijn interventies als ik haar daarmee confronteer. Ik schrik van mijn heftige gevoelens en mijn gedrag, en ik voel me ook angstig omdat ik in een rol ben gekomen die mij overvalt. Ik kom in dezelfde positie als de UWV-arts en voel me een sadistische therapeut. Mijn co-therapeut reageert niet. Als een van de oudere groepsleden mij confronteert met mijn opmerkingen en zegt dat hij dit niet van mij gewend is, lukt het om afstand te nemen en niet meer vanuit tegenoverdracht te ageren.

'In de nabespreking met mijn co-therapeut besef ik dat de situatie gevoelens heeft geactiveerd uit mijn eigen jeugd, waarin gevoelens van verantwoordelijkheid, angst, machteloosheid en (afgeweerde) woede een belangrijke rol hebben gespeeld. Ik voelde me toen klem zitten tussen het beroep wat

een jongere zus met epilepsie op mij deed en mijn ouders die zich geen raad wisten met haar ziekte.'

#### *Angst voor intimiteit en seksualiteit*

Als de groepsleden zich veiliger gaan voelen kunnen dieperliggende, primitieve wensen en behoeften geuit worden. Bij de intimiteitscrisis is er een emotioneel conflict tussen het verlangen naar nabijheid en de angst die dit verlangen oproept. De gehechtheidsstijl van de groepstherapeut is een belangrijke factor bij relatiebreuken en het herstellen ervan. Davidovitz e.a. (2007) vonden dat angstig gehechte therapeuten de neiging hebben om zich meer op zichzelf en op hun eigen behoeften te richten dan op die van hun patiënten. Angstig gehechte groepsleden zijn op hun beurt gevoeliger voor relatiebreuken en zoeken meer steun bij de therapeut. Vermijdend gehechte therapeuten tonen minder zelfreflectie en merken relatiebreuken minder vaak op, waardoor ze de groepsleden minder emotionele steun geven. Angstig gehechte therapeuten blijken gevoeliger te zijn voor spanningen bij relatiebreuken, maar ze zijn meer teleurgesteld en minder positief over de relatie na het conflict (Mikulincer & Shaver, 2007). Zij lijken minder vaardigheden te hebben om de breuken te herstellen. Bar-Levay (1988) beschrijft bij de onveilig gehechte groepsleider de onderliggende onbewuste angsten voor binding en verlatting. De therapeut die bang is voor intimiteit, de directe interactie met de groepsleden en de gevoelens en conflicten die deze bij hem kunnen oproepen, zal geneigd zijn om op veilige afstand te blijven. Hij kan zich verbergen achter een beroepsmatige neutraliteit. Hij kan voorkeur hebben voor een

groepsbehandeling waarin er een duidelijk programma is met een gestructureerd protocol. Voor de therapeut is het veiliger om gestructureerde oefeningen uit het boek te doen dan om te werken met de interacties en de gevoelens die op dat moment spelen. Het verlangen van de therapeut naar nabijheid en intimiteit kan bij de patiënt die behoefte heeft aan erkenning en steun leiden tot een positieve relatie, een andere patiënt kan de therapeut echter als te nabij of opdringerig beleven. Als de therapeut moeite heeft met afstand en loslaten kan de patiënt zich ingeperkt en niet vrij voelen, wat ten koste gaat van het streven naar autonomie.

Intimiteit, erotiek en seksualiteit zijn existentiële gevoelens waarover uit schaamte weinig wordt gesproken. In groepsbehandeling kunnen zich erotische gevoelens, verlangens en fantasieën ontwikkelen tussen groepsleden onderling, van een groepslid naar een therapeut, van een therapeut naar een groepslid en tussen de therapeuten. Als deze gevoelens niet besproken en onderzocht worden neemt de kans op het uitageren van dergelijke gevoelens toe. Dit zijn belangrijke thema's voor supervisie en intervisie.

In een groot onderzoek onder therapeuten meldde een meerderheid dat ze seksuele gevoelens voor patiënten hadden ervaren en dat dit gevoel als zodanig (dus niet ernaar handelen) leidde tot gevoelens van schuld, angst en verwarring (Pope & Tabachnick, 1993). De therapeut kan zich schamen om bij intervisie of supervisie over deze gevoelens te praten omdat hij bang is te worden bekritiseerd. Ook kan hij vrezen dat het zal worden beschouwd als teken van ontoereikendheid als therapeut. De therapeut die

zich geen raad weet met deze gevoelens en fantasieën zal het moeilijk vinden om deze in de groep te exploreren. In de groepsbehandeling zal door de aanwezigheid van andere groepsleden en een co-therapeut grensoverschrijdend gedrag minder kans krijgen dan in een individuele setting. Hebbrecht (1997) schrijft dat de psychoanalytische behandeling slechts effectief kan zijn als er ruimte is voor verleiden en erotiseren. Hoe vrij voelt de therapeut zich om deze gevoelens toe te laten en erover te reflecteren? De therapeut die niet bang is voor deze gevoelens kan de groepsleden helpen om hun gevoelens niet uit te ageren maar te bespreken en te onderzoeken.

#### *Angst voor complexe patiënten of situaties*

Veel patiënten hebben als kind te horen gekregen dat ze lastig waren. Vaak betekende dit dat de ouders of leerkrachten zich geen raad wisten met het gedrag van het kind. Als wij bij onze groepstherapieën bepaalde patiënten als moeilijk beleven, heeft dit mogelijk ook te maken met de vraag of wij in staat zijn om de problematiek van de patiënt te begrijpen. Enerzijds proberen wij de groep zo veilig te maken dat alle groepsleden zich vrij durven te uiten, waarbij ook de minder mooie kanten van de persoonlijkheid naar voren komen. Tegelijkertijd kan dit door de therapeut als minder wenselijk of als bedreigend worden beleefd. De angstige therapeut kan met de groep samenspannen om het moeilijke groepslid, die het zwarte schaap is geworden, uit de groep te bannen. Groepsleden met een zwakke afweerstructuur hebben de neiging om gemakkelijk te reageren op sterke en regressieve affecten en zijn vaak zeer beïnvloedbaar.

Een voorbeeld van een collega:

'Ik heb angst ervaren op het moment dat een cliënte in een herbeleving schoot in de groep. Ze ging schokken en was niet meer bereikbaar. Ik deed de groep samen met een onervaren groepstherapeut. Daarbij was er ook nog sprake van corona en ik was hoogzwanger. Cliënte had geen mondkapje op en ik was nog niet gevaccineerd. Ik voelde even paniek in mijn lijf, wetende dat ik op dat moment de enige was die zou gaan handelen. De overige groepsgenoten schrokken heel erg, sommige gingen huilen. Ik voelde de paniek vooral in mijn buik en borstkas, merkte dat ik hoger ging ademhalen. Ik ben naar cliënte toegegaan, ben voor haar neergehurkt, heb haar armen vastgepakt en heb tegen haar gesproken. Ik heb tegen haar gezegd dat ze veilig was, dat ze niet bang

*De grootste angst van de therapeut is dat de patiënt dreigt met suïcide, pogingen hiertoe doet of zich suïcideert*

hoefde te zijn, dat haar niets kon gebeuren, dat ik bij haar was (mijn eigen naam genoemd) en steeds weer haar naam tegen haar gezegd. Ik heb gezegd dat ze haar ogen mocht openen, dat ik bij haar zou blijven en heb in haar armen 'geknepen' om haar weer in het hier en nu te krijgen. Ook heb ik gezegd dat ze haar voeten op de vloer mocht voelen, dat ze mijn handen op haar armen mocht voelen. Uiteindelijk deed ze haar ogen weer open en kwam ze weer terug.

Ik heb mijn collega gevraagd om even wat water voor haar te halen. Hierna zijn we met elkaar in gesprek gegaan over wat er gebeurde en wat dit bij iedereen opriep, hoe het voor hen was, hoe ze zich erbij voelden en wat ze hierna nog nodig hadden.'

De grootste angst van de therapeut is dat de patiënt dreigt met suïcide, pogingen hiertoe doet of zich suïcideert. Als het gebeurt is het voor de therapeut en de groep een traumatische ervaring, waarbij gevoelens van angst en schuld gepaard gaan met zelfverwijt, rouw, machteloosheid en boosheid.

Drie verhalen uit de praktijk:

'Ik gaf samen met mijn co-therapeut een groep voor patiënten met ernstige depressieve klachten. Vijf minuten voor tijd vertelde een patiënte in detail over haar suïcidepoging het weekend ervoor. Mijn co-therapeut en ik schrokken ons wild: we wisten van niets, de directe behandelaars hadden ons niet geïnformeerd. We maakten ons zorgen over onze patiënte maar ook over de veiligheid van de groep. De desbetreffende patiënte hebben we onderbroken, de veiligheid rondom haar bevraagd (het was niet meer actueel en ze had al contact met haar directe behandelaars), de heftigheid voor patiënte en de groep benoemd en gevraagd hoe iedereen zich voelde nu we de sessie zouden gaan afronden. Achteraf hebben we de patiënte gebeld en ook de directe behandelaars van de andere patiënten gevraagd om de patiënten te bellen: hoe het met hen gaat en of er nog iets nodig is. 'In de daaropvolgende sessie hebben we teruggeblikt, zowel op het verhaal van de patiënte als op hoe de anderen zich voelden. Het bleek een thema van patiënte te zijn om

op ingewikkelde momenten een “bommetje” neer te leggen. Ze benoemde dit zelf ook en wilde graag oefenen hoe het anders te doen. De groep reageerde begripvol, meerdere groepsleden hadden de nazorg na de vorige sessie als prettig ervaren maar ervoeren het duidelijk minder heftig dan dat ik dat heb gevoeld. Ik denk dat ik meer ben geschrokken doordat ik mij verantwoordelijk voel. Overigens vind ik niet dat suicide taboe in de groep moet zijn, maar ik schrok vooral van de timing en de vraag hoe we de groep goed konden afhechten.’

‘Door twee zelfmoorden binnen 24 uur verloor ik alle gevoel van controle, wat heel onveilig voelde. Ik had last van angstbeelden en zag de hele tijd mijn dochter doodgaan. Iets wat voortvloeide uit de nagesprekken met de ouders, waarin de ravage tot me doordrong die de dood van hun kind had aangericht in hun leven’ (Timmermans, 2020.)

‘Ruim een jaar geleden heeft een patiënte die deelnam aan de groepsbehandeling die ik samen met een collega gaf, zichzelf onverwacht, en wij vermoeden niet doelbewust, om het leven gebracht. Ik heb mij angstig gevoeld tijdens het gesprek met haar zus en zwager nadien, waarin veel boosheid naar voren kwam vanuit de familie. Persoonlijke verwijten in combinatie met een agressieve toon, maakten dat ik mij angstig en onzeker voelde.’

Bij de therapeut, die zich vaak al schuldig voelt, kan het ook angst oproepen dat hij zich moet verantwoorden tegenover de nabestaanden, zijn collegae of, als er een onderzoek komt, de Inspectie.

### **Beëindigingsfase**

Het besef van het naderende einde van de groepstherapie roept bij de groepsleden verlatingsangst op, maar ook de wens om afscheid te durven nemen en hun eigen weg te gaan. Ook de therapeut kan moeite hebben met het afscheid van de groep. Daarbij kunnen ervaringen uit zijn persoonlijke geschiedenis en zijn onvervulde behoeften een rol spelen. Martin en Schurtman (1985) noemen vijf verschillende bronnen van angst die de therapeut in de afscheidsfase van de groep kan ervaren. Het afscheid kan bij hem separatieangst oproepen waarbij hij zich in de steek gelaten voelt of schuldig aan het in de steek laten van de ander. Omdat de relatie met het groepslid in de eindfase van de behandeling gelijkwaardiger is geworden, kan de therapeut bang zijn uit zijn professionele rol te vallen. Hij kan bang zijn voor de emotionele reacties van het vertrekkende groepslid dat conflicten uit vroegere onopgeloste ervaringen zou kunnen projecteren op de therapeut. Hij kan zich ongemakkelijk voelen omdat hij weet dat het afscheidproces belangrijk is en vreest hierbij tekort te schieten. Ten slotte kan hij bang zijn voor zijn emotionele reactie op het verlies van een ook voor hem betekenisvolle relatie. Door weinig aandacht te besteden aan het afscheid kan hij het probleem vermijden. Voor veel patiënten is afscheid nemen in het verleden pijnlijk geweest en niet verwerkt. Ook in deze fase is het belangrijk dat de therapeut zijn angsten kan herkennen en erkennen en dat hij zicht heeft op de wijze waarop deze kunnen worden afgeweerd. Hij is dan in staat om de groep te helpen om deze pijnlijke emoties te doorvoelen en ermee om te gaan, zodat het afscheid nu wel goed kan verlopen.

## Tot slot

Het optreden van breuken in de therapeutische relatie is onvermijdelijk en vergelijkbaar met wrijvingen en conflicten die inherent zijn aan andere meer intieme relaties tussen individuen (Hafkenscheid & Gundrum, 2010). Breuken en het herstellen daarvan spelen een belangrijke rol in het verbeteren van relaties, een toename van de cohesie in de groep en het succes van behandeling (Muran e.a., 2021; van Paassen, 2022). Sommige therapeuten zijn bekwaam in het ontdekken en repareren van stagnaties dan andere (Talbot e.a., 2019). Bij stagnaties, oftewel breuken in de relatie, onderzoekt de groepstherapeut samen met de groepsleden het proces tussen groepsleden onderling, tussen de therapeut en individuele groepsleden en tussen de therapeut en de groep als geheel. De *good enough*-therapeut 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. Angst speelt daarin een belangrijke rol. De therapeut onderzoekt hoe en op welke momenten in zijn therapeutisch handelen angst en afweer van angst optreden. Angst is dan niet een gevaar dat vermeden moet worden, maar een emotie die kan worden doorvoeld. Die gevoelservaring helpt ons om meer inzicht te krijgen in onszelf en onze relatie met anderen. Dit versterkt ons inlevingsvermogen. De therapeut die goed kan reflecteren en mentaliseren kan beter omgaan met zijn angsten. Hij kan een goede container zijn voor de angsten van de groepsleden, waardoor ook zij leren mentaliseren om zo hun eigen angsten te begrijpen, verdragen en hantieren. Dat maakt hen vaardig om in de toekomst relatiebreuken het hoofd te bieden.

**Frans van Paassen** is psychotherapeut en opleider NVGP. Hij werkt in eigen praktijk, zie [fvanpaassenpsychotherapie.nl](http://fvanpaassenpsychotherapie.nl). Contact: [fvanpaassen@upcmail.nl](mailto:fvanpaassen@upcmail.nl).

## *Literatuur*

---

Bar-Levay, R. (1988). *Thinking in the shadow of feelings*. New York: Simon and Shuster.

Billow, R.M. (2001). Therapist's anxiety and resistance to group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(2), p. 225-242.

Bridbord, K. & De Lucia-Waack, J. (2011). Personality, leadership style and theoretical orientation as predictors of group co-leadership satisfaction. *The Journal for Specialists in Group Work*, 36(3), p. 202-221.

Brightman, B.K. (1984-1985). Narcissistic issues in the training experience of the psychotherapist. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 10, p. 293-317.

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

Cologon, J., Schweitzer, R., King, R. & Nolte, T. (2017) Therapist reflective functioning, therapist attachment style and therapist effectiveness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(5), p. 614-625.

Davidovitz, R., Mikulincer, M., Shaver, P.R., Izsak, R. & Popper, M. (2007). Leaders as attachment figures: Leaders' attachment orientations predict leadership-related mental representations and followers' performance and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(4), p. 632-650.

Haas, W.de (2020). *Groepsbehandeling en teambegeleiding in de zorg*. Amsterdam: Boom.

Hafkenscheid, A. & Gundrum, M. (2010). De therapeutische relatie als onderhandelingsproces: Het resolutiemodel voor alliantiebarsten van Safran. *Gedragstherapie*, 43(2), p. 127-128.

Hebbrecht, M. (1997), Behandelen met liefde. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 39, p. 912-922.

Koenig, K. & Lindner, W-V. (1994). *Psychoanalytic group therapy*. Northvale, NJ: Aronson.

Martin, E.S. & Schurtman, R. (1985). Termination anxiety as it affects the therapist. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 22(1), p. 92-96.

Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2007). Boosting attachment security to promote mental health, prosocial values, and inter-group tolerance. *Psychological Inquiry*, 18(3), p. 139-156.

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.

Nitsun, M. (2002). *The Anti-Group. Destructive forces in the group and their creative potential*. London/ New York: Routledge.

Nitsun, M. (2015). *Beyond the anti-group. Survival and transformation*. London/New York: Routledge.

Paassen, F. van (2022). Het signaleren en repareren van relatiebreuken in de groep. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie* 17(3), p. 15-29.

Pope, K.S. & Tabachnick, B.G. (1993). Therapists' anger, hate, fear, and sexual feelings: National survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), p. 142-152.

Talbot, C., Ostiguy-Pion, R., Painchaud, E., Lafrance, C. & Descôteaux, J. (2019). Detecting alliance ruptures: The effects of the therapist's experience, attachment, empathy, and countertransference management skills. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 22(1), p. 19-28.

Timmermans, M. (2020). Het schuldgevoel na de zelfdoding van een patiënt. *Trouw*, 7 oktober 2020.

Wampold, B.E., (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), p. 270-277.

.....





# Grensvermijdend gedrag

**D**aags na een tweede polsoperatie nam ik de bus naar het NVGP-congres met het thema 'diversiteit'. Het is dat ik oplette, want anders viel ik direct bij binnenkomst opnieuw op mijn snuffel, omdat een passagier haar step midden in het gangpad had gedrapeerd. 'Rustig aan, Sandra', vermaande ik mijzelf. Nog geen vijf minuten later werd er wederom aan mijn grenzen geramd – iemand achter mij haalde luidruchtig zijn neus op. Telkens met tussenpozen van enkele seconden. Na vele ruw verstoorde mijmeringen en een verhoogde hartslag, stond ik op het punt uit te schreeuwen 'Waarom denk je dat onze lieve Heer ons zakdoekjes heeft geschonken?!' Maar ik wist me in te houden en riep mijzelf tot de orde. Diversiteit, Sandra. Niet iedereen hoeft te doen wat jij zou hebben gedaan (de step op schoot, je neus snuiten). Er is plek voor iedereen, we vormen een inclusieve samenleving. En diversiteit doet leven zoals je zelf altijd zegt, als je wilt checken of je publiek nog luistert ('Waar komen anders de babytjes vandaan?').

Diversiteit en inclusiviteit, twee termen die elke organisatie inmiddels stevig heeft omarmd. Op mijn universiteit moet iedereen zich, ongeacht gender, etniciteit, religie, 'thuis kunnen voelen', zo is de missie. Uiteraard ben ik voor diversiteit en inclusiviteit. Maar, nog los van de vraag of ik mij thuis zou moeten voelen op mijn werkplek (ik wil betekenisvol werk en onderdeel zijn van een groter geheel waarin ik me gewaardeer

voel om wie ik ben en wat ik doe), baart het me vooral zorgen dat ondanks pleidooien voor diversiteit en inclusiviteit, het nogal ingewikkeld blijkt om er eigen ideeën en standpunten op na te houden die afwijken van de norm. Wellicht omdat we tegenwoordig 'team science' praktiseren, althans zo wordt gezegd, waarbij het mijn stellige indruk is dat 'own team' prioriteit dient te krijgen. En dat terwijl de wetenschap juist van de samenleving is en niet van een instelling, maar dat terzijde. Het ventileren van autonome meningen over de inhoud van en beleid rond onderwijs en onderzoek, maken al snel een non-teamplayer van je.

## *Je kunt pas 'ja' zeggen als je 'nee' kunt zeggen*

De recent ontslagen docente aan de Rijksuniversiteit Groningen, gespecialiseerd in mechanismen van discriminatie en uitsluiting op de werkvloer, naar aanleiding van haar kritiek op het bevorderingsbeleid van haar eigen instelling, is een goed voorbeeld (NRC, 23 maart 2023). Meningendiversiteit blijft een ingewikkeld dingetje, zelfs in organisaties waar je juist zou verwachten dat deze gestimuleerd wordt.

De aandacht voor diversiteit en inclusiviteit hangt uiteraard samen met de vele flagrante grensoverschrijdende gedragingen die onze samenleving kenmerken. De oorlog in Oekraïne is een verschrikkelijk hedendaags

voorbeeld van het schenden van nationale landsgrenzen. Overtredingen van de (internationaal en nationaal) wettelijk bepaalde grenzen zijn legio. Grensoverschrijdingen in professionele afhankelijkheidsrelaties komen veelvuldig voor en staan volop in de publieke aandacht. En eenieder van ons wordt dagelijks geconfronteerd met grensgeschilletjes van persoonlijke en minder wezenlijke aard. In mijn geval: een geblokkeerd gangpad, onhebbelijk snuiven, of in de tuin gedumpte speeltjes en chocoladeverpakkingen met bijbehorend kindergegil – mijn tuin grenst aan een schoolplein. (Frans de Waal merkte in zijn NVGP-lezing op dat kinderen luider lachen dan chimpansees vanwege geringere ‘predatordruk’. Hmm, zal ik me dan toch maar eens duidelijker manifesteren?). Zelf pleit ik al jaren voor een bioscoopetiquette, waarin een uitdrukkelijk verbod op appels is opgenomen. Geen gekke gedachte als ooit naast je, tijdens een meeslepende film, een uit de kluiten gewassen appel uit een tas werd gehaald en in een slakkentempo, helaas gepaard gaande met luid gesmak, werd verorberd.

Naast grensoverschrijding bestaat er echter ook het fenomeen dat grenzen worden vermeden, opdat de werkelijke ontmoeting niet wordt aangegaan. Ik heb het niet over het niet kunnen aangeven van grenzen waardoor de ander deze kan overschrijden, zoals in machts- en afhankelijkheidsrelaties of in relaties waarbij een partij subassertief is, ook al heeft #MeToo bijgedragen aan extreem angstvallige instructies op wat wel en niet kan geschieden op de werkvloer. Zo vertelde een van mijn promovendi dat ze in een door de universiteit verzorgde training had geleerd een huilende student op

gepaste afstand een doosje tissues toe te werpen. Ze bood gelukkig gelijktijdig een troostende schouder aan, waar de betraande studente dankbaar gebruik van maakte.

Het gaat mij om grensvermijdend gedrag van psychische aard in het symmetrische sociale verkeer. Dat wil zeggen, niet overmatig hiërarchisch, geen professionele afhankelijkheid, en geen racistische of seksistische context. Evenmin bedoel ik sociaal-angstige individuen die baat kunnen hebben bij persoonlijk werk. Het gaat mij om dagdagelijkse groepscontexten, waarbij de angst voor ontmoeting overheerst en een mogelijk verschil in mening, perspectief of idee onuitgesproken blijft. Zo hoor ik vaak als ik tijdens een vergadering een kwestie aankaart, dat ik niet ‘zo zwáár’ (denk Brigitte Kaandorp) moet zijn, zeker niet om negen uur in de ochtend. Of dat het wel luchtig moet blijven. Het zou een ‘fijne’ vergadering moeten zijn, waar je ‘energie’ van krijgt. Iets serieus ter bespreking voorleggen wordt al gauw iets ‘negatiefs’, en het moet immers wel ‘positief’ blijven. Het mag vooral nergens over gaan dus. Of de vergadering is dusdanig overgestructureerd dat elke spontaniteit in de kiem wordt gesmoord, laat staan een betekenisvol gesprek. En dan zijn er van die ‘blijje taakjes’ – het uitzoeken van een foto die je gedachte of gemoed weergeeft, waarbij eenieder maximaal een halve minuut krijgt om de keuze uit te leggen, zonder dat de mogelijkheid tot verdieping bestaat – ‘want we moeten wel dóór’.

Grenzen maken onderscheid tussen ‘zij en wij’, tussen ‘jou en mij’. Een grens als plek

van ontmoeting kan alleen als er een 'ik' is en een 'jij'. Waarbij beiden zich verder kunnen ontwikkelen door het aangaan van de ontmoeting van het verschil – met behoud van autonomie. Voor een ontmoeting is het nodig zelf voldoende begrensd te zijn. Of zoals ik het ooit hoorde zeggen: je kunt pas 'ja' zeggen als je 'nee' kunt zeggen. Pas als er begrenzing is, is een relatie mogelijk. Mijn mentor uit de psychoanalyse leerde me over de echte betekenis van intimiteit. Dat is niet de verliefdheid, want hierin is geen ruimte voor verschil en is samensmelten gewenst. Na de verliefdheid ontstaat het vraagstuk van intimiteit: hoe kan ik ik blijven, jij jij en kunnen we toch verbinden? De 'worsteling', het gevolg van het aangaan van het verschil, is tevens de bron van geluk. Dus adviseer ik mijn studenten en cliënten: doe niet zo krampachtig, laat die billen maar wapperen (in de niet gekuiste versie zeg ik 'doe niet zo anaal', maar kennelijk is dat zeer fout. 'Kut' en 'lul' zijn ingeburgerde termen, maar iets dat de uitgang van de darmen betreft is uit den boze. Erg anaal dus...). Een veelgehoorde tegenwerping is dat het eerst veilig moet zijn om te kunnen wapperen. Maar niets is zo onveilig als een groep waar niemand zegt wat-ie denkt en

een illusie van goede samenwerking in stand wordt gehouden. Veiligheid ontstaat niet vanzelf en is een gevolg van het verschil durven aangaan.

Werkelijke diversiteit en inclusiviteit kunnen alleen bestaan als er ontmoet kan worden aan de grens. Ik kijk graag naar spelende honden in het park. Ze rennen achter elkaar aan, of ze nu eerst even in de poot zijn gebeten of niet. Soms per ongeluk een beetje te hard, maar het schijnt ze niet te deren. Ze spelen en gaan het contact aan. De Waal merkte op dat primaten houden van 'rough and tumble play'. Het is 'fun' en geen agressie; tevens leert het spel ze inhibities. Over de Waal gesproken: hij laat ons telkens overtuigend zien dat primaten net zijn zoals mensen. Ze kennen empathie, samenwerking, *fairness* en wederkerigheid (De Waal, 2019). Het doet me denken aan een uitspraak van Wim de Moor, emeritus hoogleraar klinische psychologie, die nog een stapje verder gaat: 'Dieren zijn dieren, mensen zijn beesten'. Hij doelde dan op beestachtig gedrag van mensen dat voorbijgaat aan 'behoud van de soort'. En wat als het beestachtig grensvermijdend gedrag betreft – is de mens dan een angsthaas?

Door **Sandra Schruijer**, hoogleraar Organisatiewetenschap aan de Utrecht University School of Governance en directeur van Professional Development International.

## Referenties

---

De Waal, F. (2019). *Age of empathy*. Londen: Profile Books.

De Waal, F. (2023). *Emotions and empathy in the primates*. Congres, NVGP, Driebergen, 24 maart.

NRC (2023). *Hoeveel kritiek kan universiteit verdragen?* 23 maart.

---



# Levensverhaal en persoonlijkheid: een onafscheidelijke twee-eenheid

*Over de plaats van levensverhalen in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen.*

Er is een duidelijke relatie tussen het levensverhaal en de geestelijke gezondheid. Een coherent levensverhaal versterkt de twee basale dimensies van het persoonlijkheidsfunctioneren, namelijk autonomie en verbondenheid. Dat lijkt bij uitstek van belang voor de behandeling van cliënten met persoonlijkheidsstoornissen. De persoonsgerichte benadering lijkt in de ggz echter enigszins op de achtergrond te zijn geraakt. Door middel van een kwalitatief onderzoek brengen de auteurs in kaart op welke manier er wordt gewerkt met levensverhalen, welke ervaring medewerkers en cliënten in de sggz daarmee hebben, en welke mogelijkheden en obstakels medewerkers, cliënten en managers zien bij het ontwikkelen van een levensverhaleninterventie voor cliënten met persoonlijkheidsstoornissen.

Door Mirjam Beskers,  
Silvia Pol en Saskia Kelders

In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is de afgelopen decennia steeds meer nadruk komen te liggen op korter en effectiever behandelen. Daarbij wordt in toenemende mate verwacht dat de professional zich kan verantwoorden voor de inzet van zorg en bijbehorende kosten, en dat gemaakte keuzes empirisch worden onderbouwd (Van Os, 2015). Deze ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat er in de ggz steeds meer *evidence-based* wordt gewerkt met klachtgerichte geprotocolleerde behandelingen. Het is echter bekend dat een klachtgerichte benadering niet vanzelfsprekend leidt tot klinisch en persoonlijk herstel (Polkinghorne, 2004). Psychische klachten blijken vaak hardnekkig en verbonden met chronische kwetsbaarheid. Wanneer een klachtgerichte benadering onvoldoende resultaat heeft, kan een persoonsgerichte benadering meer aangewezen zijn, dit wil zeggen een benadering die zich richt op de persoonlijke context, beleving en interpretaties van de cliënt (Slade, 2009).

De persoonsgerichte benadering lijkt in de ggz enigszins op de achtergrond te zijn geraakt, ondanks dat deze bij uitstek van belang lijkt voor cliënten met persoonlijkheidsstoornissen. Het gaat bij deze cliënten

om een heterogene groep met een complexe presentatie van symptomen die zich kenmerkt door ernstige stress en/of disfunctioneren op meerdere levensterreinen (APA, 2014). Persoonlijkheidsstoornissen (PS) komen veelvuldig voor, zowel in de ggz (40%-90%; Beckwith, Moran & Reilly, 2015) als in de algemene bevolking (6.1%-9.1%; Huang e.a., 2009), en worden geassocieerd

### *Een coherent levensverhaal correleert positief met welbevinden en psychische gezondheid*

met een hoge lijdensdruk (Soeteman, Verheul & Busschbach, 2008), een hoog suïciderisico (Brettschneider, Riedel-Heller & König, 2014), een hoge co-morbiditeit en een intensief gebruik van de ggz (Soeteman e.a., 2008). PS vormen zich veelal tegen de achtergrond van (vroeg) traumatisering en onveiligheid in de kindertijd. De levensverhalen van deze mensen zijn veelal gefragmenteerd en de herinneringen diffuus, waarbij er regelmatig perioden ontbreken, soms van jaren.

In een geïntegreerde theorie over persoonlijkheidsontwikkeling beschrijft McAdams (2015) de erfelijke trekken die een persoonlijkheid in de basis definiëren, en de karakteristieke coping die de persoon heeft ontwikkeld in wisselwerking met zijn omgeving waarin persoonlijke motieven, doelen, plannen en strategieën naar voren treden. In de adolescentie vormt zich gaandeweg het eigen levensverhaal door samenhang aan te brengen tussen opeenvolgende

gebeurtenissen en daar betekenis aan toe te kennen. Het levensverhaal vormt een van de primaire domeinen van de persoonlijkheid en biedt zicht op de wijze waarop mensen hun leven ervaren en van betekenis voorzien. Er is een duidelijke relatie tussen het levensverhaal en de geestelijke gezondheid (Adler, e.a., 2012; Lieblich & Josselson, 2013; McAdams, 2006; Sools, 2012). Levensverhalen van mensen met psychische klachten blijken verzadigd te zijn van problemen en pijnlijke gebeurtenissen (Payne, 2006). Een sterke identificatie met problemen heeft een negatief effect op het gevoel van welbevinden (Westerhof & Bohlmeijer, 2012). Een coherent levensverhaal daarentegen correleert positief met welbevinden en psychische gezondheid (Adler, e.a. 2016, Roe, e.a., 2010), en versterkt de twee basale dimensies van het persoonlijkheidsfunctioneren, namelijk autonomie en verbondenheid (Adler, e.a., 2012; Guisinger & Blatt, 1994, Ryff & Singer, 1998; McAdams, 2001). Autonomie verwijst naar het nastreven van doelen, aanleren van vaardigheden en bereiken van resultaten, en verbondenheid naar het vormen en behouden van sociale relaties (o.a. Abele & Wojciszke, 2014; Abele & Wojciszke, 2007; Abele & Bruckmuller, 2011; Ybarra e.a., 2008).

In persoonsgerichte psychotherapie staat het toekennen van betekenis aan ervaringen centraal middels het verwoorden van emoties en belevingen (McLeod, 2003; Sools & Schuhman, 2014). Door woorden te geven aan eigen ervaringen zoekt de persoon naar samenhang en continuïteit in het zelf. Er vormt zich een narratieve identiteit doordat op deze wijze verhalen over persoonlijke gebeurtenissen worden geconstrueerd en gereconstrueerd (de Mul, 2000; Bluck, 2001;

Bohlmeijer, 2007; Singer e.a., 2013). De persoon overdenkt en herinterpreteert gebeurtenissen waardoor een toenemend begrip van eigen ervaringen, de bredere context en de eigen rol ontstaat. Dit proces heeft een positieve invloed op de geestelijke gezondheid en draagt bij aan zingeving (Pennebaker, 1997), omdat een veroordeling die men ervaart over eigen keuzes kan plaatsmaken voor een neutraler of zelfs positief oordeel. Op deze wijze ontstaat meer ruimte voor positieve herinneringen, hoop en nieuwe ervaringen. Een narratieve benadering waarin aandacht is voor de vorming van een coherent en begrijpelijk levensverhaal, en daarmee voor de betekenisgeving en de identiteit van de cliënt, lijkt daarom goede aanknopingspunten te bieden om te werken aan persoonlijk herstel, waarbij de veronderstelling is dat expliciete steun en begeleiding in het vormen van een samenhangend en hoopvol levensverhaal een positieve invloed heeft op welbevinden, identiteitsbeleving en psychische gezondheid (Polkinghorne, 2004; Slade, 2009; Delespaul, e.a., 2016). Voor zover wij weten ontbreken gestructureerde en wetenschappelijk onderbouwde methoden om te werken met levensverhalen in de behandeling van PS. Een uitzondering vormt de, gedurende de looptijd van deze studie, op herstel gerichte narratieve groepsinterventie 'Een sterk verhaal'. Deze interventie is in een participatief ontwerp ontwikkeld samen met cliënten en behandelaren, en laat in een ontwerp- en haalbaarheidsstudie goede uitkomsten zien voor aantrekkelijkheid en haalbaarheid en een eerste positief resultaat op persoonlijk herstel (Pol e.a., aangeboden voor publicatie<sup>b</sup>). De uitdaging is gelegen in het ontwikkelen van

evidence-based technieken en interventies die het werken met levensverhalen een plaats geven, en daarmee ruimte maken voor de unieke persoon en diens individuele reis naar herstel (Anthony, 1993). Het gestructureerd werken met levensverhalen bij cliënten met PS lijkt voor de ggz een onontgonnen maar relevant terrein te zijn. Met deze studie willen we onderzoeken of persoonsgerichte werkwijzen met aandacht voor levensverhalen van cliënten met PS meer plaats verdienen in de specialistische geestelijke gezondheidszorg (sggz), mogelijk specifiek in groepen. Door middel van een kwalitatief onderzoek brengen we in kaart op welke manier al wordt gewerkt met levensverhalen, welke ervaring medewerkers en cliënten in de ssgz hebben op dit gebied, en welke mogelijkheden en obstakels men ziet bij het ontwikkelen van een levensverhaleninterventie voor cliënten met PS.

## **Methode**

### Design

In deze studie werden de eerste twee fasen van de CeHRes roadmap (van Gemert-Pijnen et al., 2011) doorlopen, een methode die gelegenheid biedt om bottom-up te onderzoeken welke werkwijze reeds wordt gebruikt, en wat van belang wordt geacht voor het ontwerp van een nieuwe werkwijze of interventie. Bij de *contextual inquiry* (fase 1) gaat het in deze studie om het verzamelen van informatie bij alle betrokken partijen om de context waarin er al met het levensverhaal wordt gewerkt in kaart te brengen. Bij de *value specification* (fase 2) staat het herkennen en specificeren van de waarden van cliënten en medewerkers centraal. Het doel in deze studie is te verhelderen waarin deel-



nemers een toegevoegde waarde zien in het werken met levensverhalen.

De contextual inquiry betrof een literatuurstudie en verkennende interviews in het werkveld. De literatuurstudie was gericht op werkwijzen rondom levensverhalen zowel binnen als buiten de ggz. Wetenschappelijke databases werden geraadpleegd aan de hand van de zoekwoorden 'life review', 'personality disorders', 'personality change' en 'narrative therapy'. Hierbij werden de eerste en laatste zoekterm gecombineerd met de tweede en derde. De 'grijze' literatuur werd bestudeerd met behulp van Google en de termen 'levensverhaal', 'narratief werken', 'persoonlijkheidsstoornissen', 'ggz' en onderlinge combinaties. De interviews vonden plaats aan de hand van een *topiclist* geconstrueerd op basis van relevant geachte aspecten voor werkwijzen rondom levensverhalen zoals die naar voren kwamen in de literatuur uit het narratieve onderzoeksveld. Het doel van de interviews was enerzijds het vergaren van kennis en informatie over hoe er reeds gewerkt wordt met het levensverhaal, en anderzijds om (key)stakeholders te identificeren. Tijdens de value specification werden drie focusgroepen gehouden; een focusgroep cliënten (FC), een focusgroep professionals (FP) en een focusgroep managers (FM). Elke focusgroep eindigde met een analyse van de data waarbij de resultaten van FC en FP samen de input vormden voor FM.

#### Participanten

Tijdens de *contextual inquiry* vonden interviews plaats met collega's binnen GGNet, een regionale sggz-instelling, die zich bezighouden met het werken met levensverhalen of affiniteit hebben met het onderwerp.

Tijdens de *value specification* vond als eerste de focusgroep cliënten (FC) plaats. Cliënten werden geworven bij Scelta Apeldoorn, expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek, onderdeel van GGNet, een derdelijns instelling voor behandeling van PS. Alle cliënten voldeden aan de criteria van een PS volgens DSM 5 (APA, 2014) hetgeen een voorwaarde was voor hun deelname aan behandeling in een (dag)klinische setting, en hadden ervaring met het schrijven van hun levensverhaal. Allen hadden reeds meerdere behandelingen in de ggz gevolgd, waaronder klachtgerichte behandelingen, maar waren onvoldoende hersteld. Voor de focusgroep professionals (FP) was het uitgangspunt om de key-stakeholders, professionals met de hoogste relevantie score, deel te laten nemen aan de FP. Van de top-acht key-stakeholders hebben er zes deelgenomen, vijf vrouwen en een man.

## *Een draaiboek diende als leidraad tijdens de focusgroepen voor professionals en cliënten*

De top twee trok zich terug in verband met werk gerelateerde verplichtingen en tijdgebrek. De FP bestond uit vijf zorgprofessionals en een biografisch coach. Van de zorgprofessionals waren twee deelnemers werkzaam binnen een polikliniek voor behandeling van complex trauma, een verpleegkundig specialist en een klinisch psycholoog, twee deelnemers waren werkzaam op een generalistische polikliniek, een

klinisch psycholoog en een psychotherapeut, en één deelnemer was werkzaam bij Scelta als beeldend therapeut.

Voor de FM werden de raad van bestuur (RvB, twee leden), alle divisiedirecteuren (drie) en managers van verschillende teams (vier) binnen de divisies Acut, Ambulant en Spécialité uitgenodigd, zodat het management zo breed mogelijk vertegenwoordigd zou zijn. Negen personen werden benaderd, waarvan er zeven deelnamen aan een focusgroep, verdeeld over twee aanbiedingsmomenten.

#### Materiaal en procedure

Voor de verkennende interviews werd gebruikgemaakt van een topiclist. De key-stakeholders voor de FP werden bepaald door alle geïnterviewden te vragen een ranglijst te maken van de meest relevante stakeholders. Een draaiboek diende als leidraad tijdens de focusgroepen voor professionals en cliënten.

Alle focusgroepen werden door twee van de auteurs begeleid (Mirjam Beskers, focusgroepleider; Silvia Pol, observator). De focusgroepen FC en FP werden gevraagd te associëren over de mogelijkheden en obstakels op het thema 'levensverhaal' aan de hand van vier vooraf vastgestelde vragen: 'Waarom vind je gebruikmaken van het levensverhaal belangrijk?', 'Wat vind je in het gebruikmaken van het levensverhaal belangrijk?', 'Wanneer in de behandeling vind je het levensverhaal passen?' en 'Hoe kan het levensverhaal beter worden benut?'. Associaties werden op post-its geschreven en gecategoriseerd per vraag op A1-vellen. Vervolgens markeerde elke deelnemer per vraag vijf associaties als meest belangrijk. Daarna werd er gediscussieerd aan de hand

van de A1-vellen. Tijdens de FM, die als laatste plaatsvond, gaf de focusgroepleider een presentatie over een deel van de resultaten uit de FC en FP. Er werd gebruikgemaakt van een draaiboek waarbij de FM in twee delen werd opgedeeld, het eerste deel bestond uit het associëren en discussiëren aan de hand van de vragen: 'Wat roept het levensverhaal, in relatie tot de visie en missie van GGNet, bij je op?' en 'Welke mogelijke kansen en obstakels zie je?'. Het tweede deel bestond uit associëren op en discussiëren over de vragen: 'Op welke wijze zou dit vorm kunnen krijgen binnen GGNet?' en 'Wat is ervoor nodig om dat te realiseren?'.

#### Data-analyse

De gegevens uit de literatuurstudie tijdens de contextual inquiry werden systematisch gecategoriseerd op werkwijzen die reeds bekend zijn om levensverhalen te gebruiken binnen en buiten de ggz en op welk aanbod/fasering deze werkwijzen betrekking hebben. De samenvatting van de verkennende interviews werden beoordeeld op onderwerpen die antwoord gaven op de eerste twee vragen in de topiclist, en werden ter goedkeuring voorgelegd aan de betreffende participant. De onderwerpen die antwoord gaven op de laatste drie vragen in de topiclist vormden input voor de inhoud en vormgeving van de focusgroepen FP en FC. Tijdens de value specification werden de discussies uit alle focusgroepen verbatim uitgewerkt. De quotes uit de FC en FP werden in tabellen verwerkt naar prevalentie en aangemerkt belang. Alle quotes werden gegroepeerd naar inhoud door de eerste codeur (MB) hetgeen resulteerde in twintig (FC) en tweeëntwintig (FP) sub-thema's die

werden teruggebracht tot vijf hoofdthema's; 'interpersoonlijk', 'intrapersoonlijk', 'timing', 'voorwaarden' en 'vorm'. De eerste (MB) en tweede codeur (SP) hebben daarna opnieuw alle quotes gelezen en gecodeerd aan de hand van het codeboek. Door middel van discussie werd consensus bereikt over de toegekende sub- en hoofdthema's. Voor de FM werden alle quotes gemarkeerd en ondergebracht bij de vragen die centraal stonden tijdens de focusgroepbijeenkomst. De quotes passend bij vragen 2 en 3 werden onderverdeeld in kans of obstakel en vervolgens werd gekeken of de quote van inhoudelijke aard was of bedrijfsvoering betrof. De eerste en tweede codeur hebben alle quotes gelezen en gecodeerd aan de hand van een codeboek en bereikten consensus over een definitieve indeling.

## Resultaten

### Literatuuronderzoek

Er bestaat een uitgebreid palet van narratieve methodieken die worden gebruikt binnen en buiten de ggz (zie tabel 1). Deze richten zich met name op diagnostiek en/of behandeling en enkele richten zich op herstel en sociaal maatschappelijke participatie. Veelal hebben de methodieken een vaste structuur. Voor zover bekend richt zich één methodiek specifiek op cliënten met een persoonlijkheidsstoornis (Van Tuyl en Serooskerken, e.a., 2018).

### Verkennde interviews

Er wordt gewerkt met verschillende narratieve methodieken en interventies. In sommige gevallen gaat men zeer gestructureerd te werk, zoals bij de interventie 'Mijn levensverhaal' voor cliënten met een verstandelijke

beperking (LVB). Deze methodiek werd ontwikkeld vanuit het volgende inzicht: *'Ik ontdekte dat er hele verhalen achter de mensen zaten en door naar die verhalen te luisteren kwamen de klachten en waar mensen tegenaan liepen in de context te staan van hun levensverhaal. Als je die context niet kent, dan ga je andere gesprekken aan en je kijkt anders naar iemand en ook naar de ondersteuning die iemand nodig heeft.'* In een expertisecentrum voor behandeling van persoonlijkheidsproblematiek wordt cliënten in het kader van diagnostiek gevraagd een levensverhaal te schrijven voor aanmelding. Daarnaast werd het geschreven levensverhaal benut als voor- en nameting van behandeling in het kader van wetenschappelijk onderzoek. In de tweede lijn wordt het levensverhaal eveneens gebruikt voor diagnostiek en indicatiestelling. Psychotherapeuten beoordelen aan de hand van het levensverhaal in hoeverre het verleden doorwerkt in het heden, door te begrijpen hoe pijnlijke emoties zijn ontstaan en waarin herhalende patronen bestaan. Sommige ondervraagden werken op een meer ongestructureerde wijze met het levensverhaal van cliënten. Bij het begin van behandeling leggen zij een levenslijn aan de hand waarvan het leven wordt opgedeeld in fases. Deze afzonderlijke fases worden besproken, met het doel om zelfcompassie en begrip te vergroten; *'Het gebruik van het levensverhaal zie ik als het normaliseren van de situatie waarin je terecht bent gekomen, hierdoor kun je leren afscheid te nemen van je kernovertuigingen en beter leren omgaan met emoties.'* Het levensverhaal kan worden ingezet voor diagnostiek en indicatiestelling wanneer de behandeling (veelal klachtgericht) vastloopt. De levenslijn is dan een

Methodiek	Sector / Problematiek	Fasering		
		Diagnose Indicatie	Behandeling Begeleiding	Nameting Herstel
Verhalen die we leven Bohlmeijer e.a., 2007	Ambulante GGZ / Depressie bij ouderen		x	
Brief aan de toekomst Van Tuyll van Serooskerken e.a., 2018	GGZ / Persoonlijkeidstoornissen			x
Narratieve Exposure Therapie (NET) Jongedijk, 2016	GGZ / Complexe Post Traumatisch Stress Syndroom		x	
Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP)	GGZ / Post Traumatisch Stress Syndroom		x	
Mijn Levensverhaal Janny Beernink, 2018	GGZ / Depressie bij een Laag Verstandelijke Beperking (LVB)		x	
Op verhaal komen Ernst Bohlmeijer & Gerben Westerhof (2010)	Zelfhulpboek / Somberheid, spanning en twijfels		x	
Narrative Therapy Payne, 2006	GGZ / trans diagnostisch (psychotherapie vorm)		x	
Terug naar toen Barendsen & Boonstra, 2005	Ouderenzorg / Remiscentie: positieve herinneringen triggeren		x	
Levensboeken Bloemendal e.a., 1997	Ouderenzorg / Remiscentie: positieve herinneringen triggeren	x	x	
Verhalen over vroeger Doornenbal & Rooijmans, 2005	Psychogeriatric / Remiscentie: positieve herinneringen triggeren		x	
Op zoek naar zin Bohlmeijer e.a., 2007	Ambulante GGZ / Depressie bij ouderen		x	
De kracht van je leven Smits e.a., 2006	Ambulante GGZ / Turkse en Marokkaanse ouderen met depressieve klachten		x	
Case history Frank, 1996	GGZ / Trans diagnostisch	x		
Therapeutic Emplotment Frank, 1996	GGZ / Trans diagnostisch	x		
Occupational performance history interview Kielhofner, 2004	Ergotherapie / Trans diagnostisch	x		
Narratieve coaching Swagerman, 2007	Bedrijfsleven / Loopbaan en Carrière		x	

Tabel 1: *Overzicht narratieve methodieken op basis van literatuuronderzoek.*

middel om een casusconceptualisatie te maken en klachten in de context van het leven te plaatsen. Eigenlijk zou men cliënten altijd willen vragen hun levensverhaal te schrijven bij aanvang van de behandeling, omdat dit een kader biedt van waaruit klachten begrepen kunnen worden; een gebrek aan tijd staat dat echter in de weg. Het levensverhaal als interventie of methodiek wordt zowel individueel als in groepen ingezet. Individueel dient het aanbod om samen met cliënt diens ervaringen te ordenen en onder de loep te nemen. Opgemerkt wordt dat ordenen ook ruimte schept voor het zien van positieve ervaringen; *'Het bezig zijn met positieve herinneringen en het toewerken naar positieve verhalen over jezelf [...] helpt om meer balans te vinden in het leven en het versterkt de identiteit.'* In groepen ontstaat nog een extra leermogelijkheid; *'In de groep is het vinden van herkenning en begrip een belangrijk element dat helpend is.'* Er bestaan ook non-verbale werkvormen gericht op het levensverhaal. Bekend is een fotoboek-interventie waarbij cliënten hun leven vertellen in door henzelf gemaakte foto's. En vaktherapieën bieden diverse werkvormen, bijvoorbeeld in beeldende therapie door cliënten te vragen een levenslijn te maken door hun verhaal om te zetten in beeld, kleur, vorm en materiaal: *'Het laten vormen van een levenslijn helpt om overzicht te krijgen voor zowel de cliënt en als de behandelaar. Het helpt cliënten om keuzes te kunnen maken, om te bepalen waar ze verder op in willen zoomen en er komt een weergave van de belangrijke momenten.'*

#### Focusgroep cliënten

De hoofdthema's 'intrapersoonlijk' en 'vorm' werden het meest genoemd en daarna

'interpersoonlijk' en 'voorwaarden' (zie tabel 2). 'Timing' werd weinig genoemd. We bespreken de eerste drie hoofdthema's. Bij het hoofdthema 'intrapersoonlijk' kwamen vijf sub-thema's naar voren: 'inzicht', 'delen met anderen', 'weerstand', 'ontregeling zelf' en 'kader'. Cliënten vonden het schrijven van hun levensverhaal confronterend. Het schrijven riep veel emoties op, zowel tijdens als erna (**ontregeling zelf**). Eén cliënt zei hierover: *'Maar met de gevolgen daarna had ik niet echt gerekend, dat was echt als uit de wolken gevallen, dat was best heftig.'* Ondanks dat het emotioneel ontregelde, vond vrijwel elke cliënt het waardevol om het eigen levensverhaal op te schrijven. Zij vonden dat het schrijven en doorwerken ervan helpt bij zelfacceptatie (**inzicht**). Men werd zich bewuster van het eigen leven en wat zich daarin allemaal had afgespeeld en dat hielp de verwerking op gang (**delen**): *'Doordat je het levensverhaal gaat schrijven begin je eigenlijk al een deel met verwerken. [...] Je moet zo veel dingen gaan oprakelen, zo veel oud zeer te voorschijn trekken, waardoor je eigenlijk al een begin hebt van; hiermee ga ik aan de gang', 'Dat heeft vooral bij mezelf heel veel vragen opgeroepen bij het schrijven van het levensverhaal, dat ik echt dacht waarom zijn die dingen gebeurd, wat is er aan vooraf gegaan?', 'Waarom weet ik dingen niet meer en meer van zulke vragen' (**inzicht**)*. Cliënten waren van mening dat ze inzicht kregen in patronen en deze beter konden begrijpen: *'Dat je emoties kan plaatsen, dat je ze sneller kunt begrijpen en herkennen, waarom je in situaties handelt of hoe je vroeger gehandeld hebt' (**inzicht**)*. Doordat het gaan beleven van emoties bij het schrijven van het levensverhaal angst kan oproepen, wordt het gevoel soms op afstand gehouden.

Hoofdthema	Sub-thema's	Waarom vind je gebruikmaken van het levensverhaal belangrijk?	Wat vind jij daarin belangrijk?	Wanneer in de behandeling vind jij het levensverhaal passen?	Hoe kan het levensverhaal beter benut worden?	Totaal
<b>Interpersoonlijk</b>		<b>51</b>	<b>8</b>		<b>3</b>	<b>62</b>
	Vertrouwen		1			
	Ontregeling ander		5			
	Nabijheid	13				
	Vragen	13				
	Conclusies	7				
	Begrip	15				
	Overig (post-it)	3				
<b>Intrapersoonlijk</b>		<b>58</b>	<b>24</b>		<b>14</b>	<b>96</b>
	Delen	13				
	Ontregeling zelf		8			
	Kader	8				
	Inzicht	14				
	Weerstand		10		2	
	Overig (post-it)	23	6		14	
<b>Timing</b>				<b>8</b>	<b>6</b>	<b>14</b>
	Overig (post-it)			8	6	
<b>Voorwaarden</b>		<b>5</b>	<b>31</b>	<b>3</b>	<b>18</b>	<b>57</b>
	Vorbereiding		4			
	Regie				12	
	Context	5				
	Tijd		16			
	Overig (post-it)		11	3	6	
<b>Vorm</b>		<b>6</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>37</b>	<b>88</b>
	Onderdelen				11	
	Vormgeving				18	
	Ondersteuning		15			
	Leidraad	6				
	Non-verbaal				1	
	Overig (post-it)		7	23	7	
<b>Totaal</b>		<b>120</b>	<b>85</b>	<b>34</b>	<b>78</b>	<b>317</b>

Tabel 2: Resultaten focusgroep cliënten.

Dit is een belangrijk aandachtspunt vonden cliënten, omdat dit het verkrijgen van inzicht in oude patronen en deze gaan begrijpen in de weg kan staan (**weerstand**).

Bij het hoofdthema 'vorm' kwamen vijf sub-thema's naar voren: 'vormgeving', 'ondersteuning', 'onderdelen', 'leidraad' en 'non-verbaal'. Cliënten vonden non-verbale vormen om je levensverhaal in kaart te brengen verhelderend werken en een bijdrage kunnen leveren aan het verbale verhaal dat je over je leven vormt. *'Ik vind het fijn dat wij met beeldend, met een beeldende vorm een levenslijn moeten maken, dat vind ik echt fijn'* (**vormgeving**). De cliënten waren het ook met elkaar eens dat het levensverhaal als een rode draad door je behandeling zou moeten lopen, zoals je verhaal ook de rode draad in je leven is (**leidraad**). Hulp en bijstand bij het schrijven en/of vertellen van het verhaal vonden cliënten belangrijk (**ondersteuning**). Hierbij werden angst voor emoties, mogelijke ontregeling en vermijding genoemd als argumenten, men vond dat het geen vrije, op zichzelf staande opdracht zou moeten zijn (**ondersteuning**). Ook werden onwetendheid en onduidelijkheid over de verwachtingen genoemd: *'Dat vond ik het lastige aan het schrijven van een levensverhaal, er waren geen richtlijnen voor. Ik wist niet hoe ik moest beginnen en daardoor heb ik het maar stapsgewijs gedaan op een A4'tje en alles gebagatelliseerd. Ik wist gewoon niet waaraan ik moest voldoen of wat er werd verwacht. Het was voor mij makkelijker geweest als er richtlijnen waren geweest'* (**vormgeving**). Binnen het sub-thema **vormgeving** werd voorgesteld dat het levensverhaal je behandelplan zou kunnen zijn; dat je levensverhaal leidend is voor de doelen die

je jezelf in therapie stelt. Cliënten zagen zo de mogelijkheid om hun levensverhaal telkens weer (gedeeltelijk) te herschrijven en gefaseerd met hun levensverhaal in therapie bezig te kunnen zijn. Hierdoor zagen cliënten kans het levensverhaal te verdiepen op thema's (**onderdelen**). Naast schrijven werd ook het vertellen of verbeelden als mogelijke optie genoemd (**vormgeving**). Over het voorlezen van je levensverhaal aan je behandelaar waren de meningen verdeeld. Volgens een aantal cliënten zit daarin veel ongemak. Voor het werken aan je levensverhaal werd begeleiding en structuur belangrijk gevonden door cliënten, maar ook ruimte om keuzes te maken: *'Gewoon van welke gebeurtenissen in jouw leven hebben gemaakt wie je nu bent, welke rol speelt die of die daarin', 'Ja je zou ook een paar hoofdvragen op kunnen stellen, welk verband en welke gebeurtenissen', 'Dat er structuur geboden wordt, dat je je eigen dingen aan op kunt hangen'* (**ondersteuning**). Het hoofdthema 'interpersoonlijk' bestond uit zes sub-thema's: 'begrip', 'nabijheid', 'vragen', 'conclusies', 'ontregeling ander', en 'vertrouwen'. Er werd meermaals onder de aandacht gebracht dat het vertellen van je verhaal ook erg ingrijpend kan zijn voor anderen (**ontregeling ander**). Dat kan remmend werken volgens cliënten. Tegelijkertijd is hun ervaring dat het delen verdieping in de relatie met de ander brengt, en dat dat helend voor jezelf kan zijn (**nabijheid**): *'Als je het voor groepsgenoten voorleest kan het ook een extra verwerking zijn [...] door begrip van anderen, ook kijk eens, ik ben niet de enige met dit verhaal, waardoor het ook troost en helpt bij verwerking.'* Cliënten zeiden dat je er begrip mee kweekt, in jezelf, maar ook door anderen (**begrip**). Daarnaast zagen

cliënten het als erg belangrijk dat behandelaren je verhaal kennen. De behandelaar kan jou in de context van je leven zien, waardoor je niet alleen maar op je klacht of toestand beeld beoordeeld wordt (**conclusies**): *'Ik had een opname op de PAAZ en dan kijken ze ook echt naar dat moment, en wordt er gelijk een stempeltje opgeplakt. Zonder dat dat eigenlijk klopte, omdat ze alleen naar dat moment keken en niet naar waar het vandaan komt.'* Wanneer een behandelaar je meer in jouw context beschouwt, geeft dat cliënten meer het gevoel gezien te worden als mens (**begrip**). Daarbij hadden cliënten ook de indruk dat het de behandelaar een kader kon geven van waaruit thema's bespreekbaar konden worden gemaakt (**vragen**): *'Je kunt anders als intaker wel lukraak vragen gaan stellen, maar je hebt toch met het levensverhaal een soort kader waarmee je gericht en meer relevante vragen kunt stellen, denk ik.'*

#### Focusgroep professionals

De hoofdthema's 'voorwaarden' en 'vorm' werden door de groep professionals het meest genoemd, en daarna 'intrapersoonlijk' (zie tabel 3). 'Timing' werd niet onbelangrijk gevonden, 'interpersoonlijk' werd nagenoeg niet genoemd. We bespreken de eerste drie hoofdthema's.

Het hoofdthema 'voorwaarden' bestond uit de sub-thema's 'doelstelling', 'interactie', 'tijd', 'faciliteren', 'houding', 'dossierplek' en 'vaardigheden'. Professionals vonden het belangrijk om voldoende fysieke ruimte te hebben en dat de context waarbinnen je met het levensverhaal werkt veilig moet zijn (**faciliteren**). Het moet ook duidelijk zijn met welk doel je werkt met het levensverhaal: *'Als je iets uitvraagt in het kader van diagnos-*

*tie dan heeft dat een heel ander kader dan later in de behandeling als interventie' (doelstelling).* Uit de discussie bleek dat professionals met name de houding en vaardigheden van de behandelaar belangrijk vonden. Zij hechtten er belang aan dat er echt geluisterd wordt naar het verhaal van de cliënt en dat er explorierend wordt gevraagd (**interactie**): *'Maar echt die explorerende vragen waarvan je soms ook eigenlijk niet weet waar het toe leidt, dat kan soms heel veel opleveren', 'Dat zijn vragen die helpen om tot integratie te komen, want we vertellen het vaak niet in de context, juist door die vragen gaat dat gebeuren.'* Professionals vonden het van belang dat je voldoende **tijd** moet kunnen nemen en dat er een plek in het dossier beschikbaar moet zijn waar het levensverhaal geplaatst kan worden (**dossierplek**). *'Soms zijn mensen al jarenlang in behandeling en die hebben dan al veel stukken gedeeld over hun geschiedenis, maar fragmentarisch. Die informatie is dan ergens in de behandelrapportage beland zonder dat de behandelaar die het overneemt het overzicht kan hebben. Dus als je als behandelaar al geen overzicht hebt, hoe is dat dan als cliënt? En dat terwijl er een veel waardevolle momenten zijn geweest waarin cliënten dingen hebben gedeeld, maar dat is niet op een plek terug te vinden.'* Tot slot werd opgemerkt dat een cliënt voldoende vaardigheden moet hebben om emotionele ontregeling aan te kunnen (**vaardigheden**).

Het hoofdthema 'vorm' bestond uit de sub-thema's 'vormgeving', 'context', 'levenslijn', 'beeldend/tastbaarheid', 'methodiek', 'structuur', 'werkdocument' en 'discipline'. In het kader van het hoofdthema 'vorm' ging het vooral over de **context** waarbinnen je het



Hoofdthema		Sub-thema's	Waarom vind je gebruikmaken van het levensverhaal belangrijk?	Wat vind jij daarin belangrijk?	Wanneer in de behandeling vind jij het levensverhaal passen?	Hoe kan het levensverhaal beter benut worden?	Totaal
<b>Interpersoonlijk</b>			<b>12</b>	<b>3</b>			<b>15</b>
		Diagnostiek	10				
		Overig (post-it)	2	3			
<b>Intrapersoonlijk</b>			<b>90</b>	<b>3</b>			<b>93</b>
		Overzicht	7				
		Begrip	24				
		Reflectie	6				
		Erkenning	22				
		Betekenis	18				
		Overig (post-it)	13	3			
<b>Timing</b>				<b>5</b>	<b>30</b>		<b>35</b>
		Afgestemd moment			24		
		Overig (post-it)		5	6		
<b>Voorwaarden</b>				<b>52</b>	<b>7</b>	<b>70</b>	<b>129</b>
		Dossierplek		5			
		Faciliteren		15			
		Houding		7			
		Interactie				18	
		Tijd		18			
		Doelstelling				24	
		Vaardigheden		2			
		Overig (post-it)		5	7	28	
<b>Vorm</b>			<b>11</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>87</b>	<b>129</b>
		Context				11	
		Structuur				4	
		Methodiek				7	
		Werkdocument				2	
		Vormgeving				39	
		Beeldend / tastbaarheid				10	
		Discipline				2	
		Levenslijn	11				
		Overig (post-it)		16	15	12	
<b>Totaal</b>			<b>113</b>	<b>79</b>	<b>52</b>	<b>157</b>	<b>401</b>

Tabel 3: Resultaten focusgroep professionals.

levensverhaal gebruikt. De context bepaalt de **vormgeving**, het doel en de tijd die je voor het levensverhaal kan nemen. Professionals vonden dat vormgeving en doel ook moeten bepalen welke **discipline** met het levensverhaal gaat werken. Explorerend werken vraagt sterkere therapeutische vaardigheden, wat meer zou passen bij disciplines die daarin geschoold zijn. De **vormgeving** kan volgens professionals wisselen naar gelang de doelstelling die je beoogt, maar ook naar wat binnen de context van de behandeling past en wat bij het individu past: *'Soms kunnen mensen het wel verbeelden maar niet zeggen en soms kunnen mensen het wel zeggen maar niet verbeelden.'* Professionals merkten verder op dat je het werken met het levensverhaal meer of minder gestructureerd kan aanbieden (**vormgeving**). In sommige situaties kun je cliënten zelf hun levensverhaal laten schrijven, zonder een dwingende structuur, maar dan is het belangrijk om positieve en negatieve gebeurtenissen onder de aandacht te brengen (**vormgeving**). De setting waarbinnen een cliënt behandeld wordt, werd ook genoemd als een richtinggevende factor door professionals (**context**). Professionals vonden tastbaarheid ook van belang. Door het levensverhaal te verbeelden kunnen levensgebeurtenissen tastbaar en zichtbaar gemaakt worden (**beeldend/tastbaarheid**). Sommige professionals noemden het bereiken van overzicht door gebeurtenissen te ordenen op een levenslijn (**levenslijn**): *'Je begint met een levenslijn waar je belangrijke gebeurtenissen noteert in fasen van vijf of zeven jaar'*, of om te schrijven met witregels in het verhaal, waarin cliënten hun nieuwe inzichten en veranderde blik op hun verhaal kunnen aanvullen (**levenslijn**).

Het hoofdthema 'intrapersoonlijk' bestond uit de sub-thema's; 'begrip', 'erkenning', 'betekenis', 'overzicht' en 'reflectie'. Professionals benadrukten dat het opnieuw bezien, vertellen en/of schrijven van het levensverhaal cliënten de mogelijkheid biedt om gebeurtenissen een nieuwe betekenis te geven (**begrip, reflectie, betekenis**). Het kan zicht bieden op de manier waarop gebeurtenissen in het leven van een cliënt hem/haar gevormd hebben (**begrip**). Cliënten kunnen door te werken aan hun levensverhaal, op afstand en met nieuwe ogen kijken naar hun leven en de gebeurtenissen en mensen die daarin plaats hadden (**betekenis**): *'En soms ook anders naar ouders kijken. Door de context te zien, zonder te zeggen dat het niet erg was, maar wel door er genuanceerder naar te kijken.'* Professionals vonden verder dat het werken met levensverhalen de mogelijkheid biedt aan cliënten om een rijker verhaal te vormen. Zij verwachtten ook dat het verhaal meer coherent zal worden wanneer de cliënt er met afstand en nieuwe ogen naar kijkt (**begrip, reflectie, betekenis**). Het kan tegelijkertijd cliënten helpen om **overzicht** te krijgen en het leven te ordenen. Ook het luisteren naar het hele verhaal van een cliënt wordt gezien als helend. Het geeft cliënten erkenning en het idee dat zij en hun verhaal belangrijk zijn voor de luisteraar (**erkenning**): *'Dat de persoon ook kan voelen dat er iemand is die wat de persoon te vertellen heeft, ook echt wil horen'*, *'Op deze manier langere tijd stil staan bij je levensverhaal, dat is toch een uniek moment. Dat doe je normaal gesproken niet. Ik denk dat dit een van de meest validerende interventies is die je kan bieden.'* Daarnaast noemden professionals dat het gebruik van het levensverhaal in de behandeling zelfacceptatie en zelfcompassie

vergroot (**begrip**), dat het tot zingeving leidt, identiteit versterkend werkt en dat cliënten meer gaan geloven in hun eigen kracht (**begrip, reflectie, betekenis**). Cliënten kunnen zo een eigen antwoord gaan vormen op de vraag hoe ze kunnen omgaan met hun problemen (**reflectie, betekenis**).

#### Focusgroep managers

De managers hechtten veel belang aan het levensverhaal en vonden dat het een heldere plek zou moeten krijgen binnen de organisatie, omdat het levensverhaal een krachtbron kan bezitten waarop kan worden voortgebouwd. Zo werd verondersteld dat wanneer je aan het begin van een behandeling het levensverhaal goed in kaart hebt, met de daarmee samenhangende klachten, er beter kan worden geïndiceerd. Zij vonden ook dat tegenover de druk op het efficiënt en kortdurend behandelen, ruimte dient te ontstaan voor de professional om de persoon meer centraal te stellen in plaats van de klacht. De kansen die in het kader van bedrijfsvoering gezien werden, waren tijd- en kostenbesparing. Wat betreft obstakels werd enerzijds gedacht aan een onvoldoende gestructureerd gebruik van het levensverhaal, en anderzijds aan de moeilijkheid om een gestructureerde werkwijze organisatie breed te implementeren. De managers veronderstelden dat het methodisch werken met het levensverhaal intensief is en mogelijk de werkdruk doet toenemen.

#### Levensverhaal en groepsbehandeling

In het onderzoek werd het belang en de kracht van groepen herhaaldelijk benadrukt, zowel door cliënten als professionals, en in mindere mate door managers. In de verkennende interviews werd de extra leer- en

lijkeheid genoemd die in groepen ontstaat: *'In de groep is het vinden van herkenning en begrip een belangrijk element dat helpt is.'* In de focusgroepen kwam het belang en de kracht van groepen naar voren in verschillende thema's. In de FC werd het genoemd bij de sub-thema's 'delen', 'inzicht', 'ontregeling ander' en 'begrip'. Er werden uitspraken gedaan als: *'Als je het voor groepsgenoten leest, kan het nog een extra verwerking zijn omdat er dan ook begrip is van anderen, waardoor het ook troost en helpt bij verwerking'* en *'Bij mij wekt [het delen] meer veiligheid en vertrouwen op in de groep, dan kan ik me ook meer openstellen'* (**delen**) en *'Pas toen ik iets ging vertellen [in de groep], ging ik beseffen dat het niet mijn schuld was'* (**inzicht**). De kracht van de groep kwam ook terug in uitspraken als: *'Niet alleen begrip naar mij toe, maar ook dat er iemand anders mee aan het denken is gezet'*, *'Het is voor anderen ook wel lastig om de verhalen te horen en het roept veel op, maar het brengt wel je eigen proces weer op gang, niet alleen van degene die het levensverhaal vertelt maar ook van meerdere groepsgenoten'* (**ontregeling ander**) en *'Oh kijk eens, ik ben niet de enige met dit verhaal'* (**begrip**).

In de FP kwam het belang en de kracht van groepen vooral naar voren bij de sub-thema's 'doelstelling', 'vormgeving', 'context', 'faciliteren', en in mindere mate bij 'tijd' en 'begrip'. Binnen het thema **doelstelling** werden uitspraken gedaan over het doorbreken van schaamte en het oefenen met delen: *'Iemand die het nadrukkelijk heel spannend vond en vooral het idee had van: ze zullen wel denken wat een aanstellerij, dat ze hiermee loopt met die voorgeschiedenis. Dan vind ik het soms ook wel een mooi gedragsexperiment.'* Er werd ook gesproken over hoe het

levensverhaal kan passen in een groepsaanbod. *'Het ligt er ook aan hoe uitgebreid je dat doet, het was in de deeltijd standaard om het eigen levensverhaal te delen. In de ambulante groep hebben we het delen wat ingekort.*

*Het was een heel belangrijk moment voor de cliënten' (vormgeving).* Gesproken werd over het knelpunt van tijd *'[...] maar dat red je qua tijd niet, ook niet in een deeltijd. Dan ga je toch kijken naar de belangrijkste thema's, zou iemand nog daar iets zelf over kunnen schrijven, en daarover weer wat terug kunnen brengen in de groep'* en het idee werd geopperd van een deeltijd waarin het levensverhaal centraal staat *'Dat zou eigenlijk ook best kunnen' (context).*

## Discussie

### Conclusie en aanbevelingen

Het belang van aandacht voor het levensverhaal van cliënten met een PS in het kader van behandeling wordt onderkend in alle stappen van het onderzoek (literatuurstudie, verkennende interviews en focusgroepen) en door alle stakeholders. Uit zowel de literatuurstudie als de verkennende interviews komt naar voren dat cliënten met een coherent en begrijpelijk levensverhaal beter richting kunnen geven aan hun leven. Het levensverhaal biedt overzicht en context voor zowel cliënt als behandelaar, en helpt hen keuzes te maken ten aanzien van de focus van therapie. Deze bevindingen sluiten aan bij wat Spence (1989) schreef: *'[...] the core of our identity is really a narrative thread that gives meaning to our life provided that it is never broken [...]. Part of our sense of self depends on our being able to go back and forwards in time and weave a story about who we are, how we got that way, and where we are*

*going, a story that is continuously nourishing and self-satisfying.'* Ons zelfbewustzijn is deels afhankelijk van ons vermogen om vooruit en terug te kijken in de tijd, en een verhaal te vormen over wie we zijn, hoe we zo zijn geworden en waar we naartoe gaan. Het valt op dat beschikbare methodieken zich overwegend richten op behandeling en begeleiding, terwijl de geïnterviewden het levensverhaal veel meer zien als middel om klachten in de context van iemands leven te plaatsen en een rol te laten spelen in indicatiestelling en diagnostiek. Het belang van het schrijven van het levensverhaal werd in alle focusgroepen gedeeld. Wel bleek uit dit onderzoek dat cliënten, professionals en managers hun aandacht naar verschillende domeinen uit laten gaan.

*Cliënten vinden dat  
het schrijven aan hun  
levensverhaal confronterend  
is, maar dat het ook  
nieuwe inzichten en  
perspectieven biedt*

Cliënten vinden dat hun levensverhaal een centrale plaats dient in te nemen in hun behandeling. Zij vinden dat aandacht voor hun levensverhaal bijdraagt aan het gevoel serieus genomen te worden en werkelijk als persoon gezien te worden. Dat sluit aan bij de uitspraak van McAdams (1993): *'If you want to know me, you must know my story, for my story defines who I am.'* Cliënten vinden het belangrijk dat ze bij het vormen van hun

levensverhaal ondersteund worden en dat er tegelijkertijd vrijheid bestaat ten aanzien van de vormgeving (vertellen, schrijven, verbeelden of een combinatie).

Als mogelijk obstakel zien zij dat het schrijven van je levensverhaal je emotioneel kan ontregelen, dat je te weinig tijd kunt hebben om het te delen en dat het moeilijk kan zijn om het zelf allemaal op papier te krijgen. Dit sluit aan bij de veronderstelling dat het voor cliënten met een persoonlijkheidsstoornis moeilijk is om tot een coherent verhaal over zichzelf te komen. In een studie van Pol en collega's (aangeboden voor publicatie<sup>b</sup>) komt naar voren dat steun bij het gestructureerd herschrijven van het levensverhaal cliënten met een PS helpt in hun proces van persoonlijk herstel. Cliënten zeggen dat het schrijven aan hun levensverhaal confronterend is, maar dat het ook nieuwe inzichten en perspectieven biedt en helpt verwerking op gang te brengen. Er ontstaat een dieper begrip voor het eigen leven en de eigen rol binnen een bepaalde context; de betekenis van gebeurtenissen verandert. Cliënten vinden ook dat het delen van je levensverhaal de relatie met de ander verdiept. Het vergroot begrip bij de ander, waardoor nabijheid kan toenemen. Deze bevindingen sluiten aan bij de literatuur, waaruit blijkt dat de domeinen autonomie en verbondenheid in het persoonlijkheidsfunctioneren positief worden beïnvloed door een coherent levensverhaal (Adler, e.a., 2012; Pol, e.a., aangeboden voor publicatie<sup>a</sup>). Wanneer het levensverhaal als interventie wordt aangeboden in een groep, biedt dat naar de mening van cliënten extra mogelijkheden om te delen en daardoor een beter begrip te ontwikkelen van zichzelf en de ander. De doelstelling (indicatiestelling, verwerking, herstel) en

de vaardigheden van de individuele cliënt zijn bepalend voor de timing.

Professionals vertellen eveneens dat het werken met levensverhalen leidt tot meer begrip en reflectie bij cliënten. Cliënten die hun levensverhaal opnieuw bezien, vertellen, schrijven en/of vormgeven, ervaren de mogelijkheid om nieuwe betekenissen te geven aan gebeurtenissen, waardoor mogelijkheden tot zelfacceptatie en zelfcompassie toenemen. Professionals merken op dat het werken met levensverhalen leidt tot een versterking van de identiteit, zeker in een groep waarin ieder het eigen levensverhaal deelt, hetgeen overeenkomt met hetgeen beschreven wordt in de literatuur (Roe e.a., 2010; Adler e.a., 2016; Brugman, 2007; McAdams, 1993). Professionals menen dat de vormgeving vooral bepaald wordt door de behandelcontext, het doel en de mogelijkheden van zowel de cliënt als de behandelaar. Net als cliënten denken professionals dat een levenslijn of document met een vaste structuur houvast kan bieden. Dit kan ook beeldend en/of tastbaar gemaakt worden. Steun voor deze veronderstelling wordt gevonden in meerdere studies naar gestructureerde narratieve methodieken, gericht op onder meer ouderen met depressieve klachten in 'Op verhaal komen' (Bohlmeijer & Westerhof, 2010), patiënten met schizofrenie in 'Beelden van herstel' (Vandersteenkiste, Morrens & Westerhof, 2021) en patiënten met een licht verstandelijke beperking in 'Dit ben ik' (Beernink & Westerhof, 2020). Professionals vinden dat een veilige omgeving, heldere doelstelling, echt luisteren en het kunnen stellen van explorerende vragen een voorwaarde zijn voor het werken met levensverhalen van cliënten met PS. Dat vraagt om voldoende tijd in de behandeling

en een duidelijke plaats voor het levensverhaal in het dossier.

Professionals en managers zijn het er unaniem over eens dat het levensverhaal een prominentere plek in de behandeling van cliënten met PS moet krijgen. Managers zien daarin ook een kans om de herstelgerichte visie meer inhoud te geven en de focus te verleggen van de beperkte financiële middelen naar een meer inhoudelijke benadering. Een gestructureerde interventie in de groep lijkt tegemoet te komen aan de inhoudelijke en pragmatische overwegingen van professionals en managers.

### *Een groepsformat biedt extra mogelijkheden voor het delen van het eigen verhaal en voor verdieping van contact*

In de praktijk van de ggz wordt vrijwel niet op gestructureerde wijze gewerkt met levensverhalen in de behandeling van cliënten met PS. De resultaten van deze studie bieden zowel onderbouwing voor het belang van het ontwikkelen van een geïntegreerde en gestructureerde manier van werken met levensverhalen, als aanwijzingen daartoe. Het lijkt zinvol om een methode te ontwikkelen die aanzet tot het benutten van het levensverhaal tijdens de fase van diagnostiek en indicatiestelling. Naast sterke inhoudelijke argumenten, biedt dat een kans om de beschikbare tijd voor behandeling zo goed mogelijk te benutten. De interventie is

gebaat bij een heldere structuur die houvast biedt aan de cliënt. Een groepsformat in een groep biedt extra mogelijkheden voor het delen van het eigen verhaal en voor verdieping van contact en lijkt een aantrekkelijke vorm om mee te werken. Tegelijkertijd is het belangrijk ruimte te laten voor individuele wensen van cliënten ten aanzien van de vormgeving. Het is van belang een interventie te ontwikkelen in afstemming met de gebruikers, cliënten en behandelaren. Het betrekken van ondersteunende afdelingen kan waardevol zijn. Zo kan de ICT-afdeling de werkwijze een duidelijke plaats bieden in het elektronisch patiëntendossier. Voorts is effectonderzoek belangrijk om de effectiviteit van een geïntegreerde manier van werken met levensverhalen te vergelijken met reguliere behandeling.

#### Sterktes en beperkingen

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden bij een grote ggz-instelling bij deelnemers die betrokken waren bij de behandeling van PS, waardoor de bevindingen niet meteen te veralgemeniseren zijn naar andere doelgroepen of andere instellingen. Voor het gebruik van de bevindingen elders dient rekening gehouden te worden met de specifieke context van de betreffende instelling. Bij alle focusgroepen was er sprake van enige uitval van deelnemers, dat kan betekenen dat hierdoor niet alle stemmen gehoord zijn. Voor de FC werden alleen cliënten benaderd die geïndiceerd waren voor een veranderingsgerichte psychotherapeutische behandeling, en die daardoor ervaring hadden met het schrijven van een levensverhaal. Zij waren goed in staat te reflecteren en mogelijk functioneren zij in dit opzicht beter dan andere cliënten (met

en zonder PS) in de ggz. Hun uitspraken kunnen daarom niet veralgemeeniseerd worden naar de gehele populatie cliënten in de ggz. Het kan daarom van belang zijn om de gevonden thema's aan een bredere groep cliënten voor te leggen. Dit geldt eens te meer omdat men het zowel in de focusgroep professionals als in de focusgroep managers zinvol achtte het levensverhaal meer gestructureerd in te zetten voor een brede doelgroep. Voor de FP zijn alleen deelnemers benaderd die affiniteit hebben met het onderwerp, waardoor professionals met een tegengeluid niet gehoord zijn in deze studie. Het feit dat zowel cliënten, professionals als managers zich hebben uitgesproken over het werken met levensverhalen is een kracht van deze studie. Dat vormt een goede basis voor een verdere ontwikkeling van en onderzoek naar een levensverhalen-interventie gericht op persoonlijk herstel in de behandeling van cliënten met PS. Cliënten hebben een stem gekregen in deze studie en

zij laten krachtig en helder het belang horen dat zij hechten aan een persoonsgerichte werkwijze. Dit is van betekenis omdat de psychotherapie juist in de grotere ggz-instellingen onder druk staat. Door de hoge zorgkosten is de beschikbare tijd voor behandeling minder geworden en bestaat de neiging vooral klachtgericht te werken aan klinisch herstel. Dit is ook het geval als klachten een min of meer chronisch karakter hebben en een persoonsgerichte werkwijze een betere ingang kan bieden. Tot slot kan de aandacht voor zowel kansen als obstakels als een sterke kant worden beschouwd van dit onderzoek.

We hopen dat de bevindingen van de huidige studie inspireren om expliciet aandacht te besteden aan het levensverhaal in de geestelijke gezondheidszorg en dat er meerdere werkwijzen ontwikkeld worden die toepasbaar zijn in diverse settingen ten behoeve van mensen die vastgelopen zijn in hun levensverhaal.

**Mirjam Beskers** is klinisch psycholoog/psychotherapeut bij Centrum voor Psychotrauma Mediant en eigenaar van Psychotherapiepraktijk Achterhoek, **Silvia Pol** is klinisch psycholoog/psychotherapeut bij Scelta en p-opleider GGNet en **Saskia Kelders** is hoofddocent en onderzoeker aan Universiteit Twente, faculteit Behavioural Management and Social Sciences en Psychology, Health & Technology.

### **Dankbetuiging**

Onze dank gaat uit naar de cliënten, professionals en managers die zo ruimhartig waren om tijd en ruimte te maken om hun ideeën, ervaringen en wensen te delen en zodoende deze studie mogelijk te maken, maar ook naar GGNet en de Universiteit Twente die hiervoor de benodigde middelen beschikbaar hebben gesteld.

## Literatuur

---

- Abele, A.E. & Bruckmüller, S. (2011). The bigger one of the 'Big Two'? Preferential processing of communal information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(5), p. 935-948.
- Abele, A.E. & Wojciszke, B. (2007). Agency and communion from the perspective of self versus others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, p. 751-763.
- Abele, A.E. & Wojciszke, B. (2014). Chapter four – Communal and agentic content in social cognition: A dual perspective model. *Advances in experimental social psychology*, 50, p. 195-255.
- Adler, J.M., Chin, E.D., Kolisetty, A. & Oltmans, T.F. (2012). The distinguishing characteristics of narrative identity in adults with features of Borderline Personality Disorder. An empirical investigation. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), p. 498-512.
- Adler, J.M., Lodi-Smith, J., Phillippe, F.L. & Houle, I. (2016). The incremental validity of narrative identity in predicting well-being: A review of the field and recommendations for the future. *Personality and Social Psychology Review*, 20(2), p. 142-175.
- American Psychiatric Association (2014). *Beknopt overzicht van de criteria (DSM-5). Nederlandse vertaling van de desk reference to the diagnostic criteria from DSM 5*. Amsterdam: Boom.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, p. 11-23.
- Beckwith, H., Moran, P.F. & Reilly, J. (2015). Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review. *Personal Mental Health*, 8(2), p. 91-101.
- Beernink, J. & Westerhof, G.J. (2021). Effectiveness of a life story intervention for adults with intellectual disability and depressive and trauma-related complaints. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33, p. 1340-1347.
- Bluck, S. (2001). Autobiographical memories: Building blocks of life narratives. In G. Kenyon, B. de Vries en P. Clark. *Narrative gerontology, theory, research and practice* (p. 63-87). New York: Springer Publications Company.
- Bohlmeijer, E. (2007). Herinneringen, levensverhalen en gezondheid. In E. Bohlmeijer, L. Mies & G. Westerhof. *De betekenis van levensverhalen: theoretische beschouwingen en toepassing in onderzoek en praktijk* (p.29-40). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bohlmeijer, E. & Westerhof, G. (2010). *Op verhaal komen*. Amsterdam: Boom.
- Brettschneider, C., Riedel-Heller, S. & König, H.H. (2014). A systematic review of economic evaluations of treatments for borderline personality disorder. *PLoS ONE* 9(9): e107748. doi:10.1371/journal.pone.0107748
- Brugman, G.M. (2007). Het levensverhaal als constructie. In E. Bohlmeijer, L. Mies & G. Westerhof. *De betekenis van levensverhalen: theoretische beschouwingen en toepassing in onderzoek en praktijk*. (p 41-60). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.



- Delespaul, Ph., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W. & Os, J. van (2016). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en beter organisatie*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- Gemert-Pijnen, J.E.W.C. van, Nijland, N., Limburg, M. van, Ossebaard, H.C., Kelders, S.M., Eysenbach, G. & Seydel, E.R. (2011). A holistic framework to improve the uptake and impact of ehealth technologies. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), p. 1-19.
- Guisinger, S. & Blatt, S.J. (1994). Individuality and relatedness: Evolution of a fundamental dialectic. *American Psychologist*, 49(2), p. 104-111.
- Huang, Y., Kotov, R., Girolamo, G. de, Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C. & Kessler R.C. (2009). DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 195(1), p. 46-53.
- Lieblich, A. & Josselson, R. (2013). Identity and narrative as root metaphors of personhood. In J. Martin & M.H. Bickhard (Eds.). *The psychology of personhood. Philosophical, historical, social developmental, and narrative perspectives* (p. 203-222). Cambridge: Cambridge University Press.
- McAdams, D.P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: William Morrow.
- McAdams, D.P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5, p. 100-122.
- McAdams, D.P. (2006). The role of narrative in personality psychology today. *Narrative Inquiry*, 16(1), p. 11-18.
- McAdams, D.P. (2015). *The art and science of personality development*. New York: Guilford Press.
- McLeod, J. (2003). *An introduction to counselling*. Berkshire: Open University Press.
- Mul, J. de (2000). Het verhalende zelf. Over persoonlijke en narratieve identiteit. In M. Verkerk (red.). *Filosofie, ethiek en praktijk. Liber amicorum voor Koo van der Wal*. Rotterdam: Rotterdamse Filosofische Studies. Opgehaald van: <http://www.demul.nl/nl/publicaties/publicaties-per-categorie/boekbijdragen/item/495-het-verhalende-zelf-over-persoonlijke-en-narratieve-identiteit>.
- Os, J. van (2015). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- Payne, M. (2006). *Narrative therapy. An introduction for counsellors*. London: Sage Publications.
- Pennebaker, J. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8, p. 162-166.
- Pol, S.M., Schug, F., Chakhssi, F., Bohlmeijer, E.T. & Westerhof, G.J. (aangeboden<sup>a</sup>). Changing narratives: a study on agency and communion in life stories of patients with personality disorders.
- Pol, S.M., Ullrich, C., Chakhssi, F., Loderus, Z. & Westerhof, G.J. (aangeboden<sup>b</sup>). An empowering story: An evaluation of a recovery focused narrative group intervention for patients with personality disorders.
- Polkinghorne, D. (2004). *Practice and the Human Sciences: The case for a judgement-based practice of care*. Albany: State University of New York Press.

- Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Derhi, O., Yanos, P.T. & Lysaker, P.H. (2010). Talking about life and finding solutions to different hardships: a qualitative study on the impact of narrative enhancement and cognitive therapy on persons with serious mental illness. *J Nerv Ment Dis*, 198(11), p. 807-812.
- Ryff, C.D. & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Journal Psychological Inquiry*, 9(1), p. 1-28.
- Singer, J.A., Blagov, P., Berry, M. & Oost, K.M. (2013). Self-defining memories, scripts, and the life story: Narrative identity in personality and psychotherapy. *Journal of Personality*, 81(6), p. 569-582.
- Slade, M. (2009). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *Health Service Research*, 10, p. 1-14.
- Soeteman, D.I., Hakkaart-van Roijen, L., Verheul, R. & Busschbach, J.J. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2), p. 259-265.
- Soeteman, D.I., Verheul, R. & Busschbach, J.J. (2008). The burden of disease in personality disorders: diagnosis-specific quality of life. *Journal of Personality Disorder*, 22(3), p. 259-268.
- Sools, A. & Schuhmann, C. (2014). Theorizing the narrative dimension of psychotherapy and counselling: A big and small story approach. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44, p. 191-200.
- Sools, A. (2012). Narratief onderzoek. *Kwalon*, 17(1), p. 27-35.
- Spence, D.P. (1989). Narrative appeal vs. historical validity. *Contemporary Psychoanalysis*, 25, p. 517-523.
- Tuyl van Serooskerken, M. van, Sools, A. & Westerhof, G.J. (2018). Participatie, herstel en narratieve toekomstverbeelding in een re-integratie behandelprogramma voor cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 44(5), p. 281-298.
- Vandersteenkiste, T., Morrens, M. & Westerhof, G.J. (2021). Images of recovery: A photovoice study on visual narratives of personal recovery in persons with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 57, p. 1151-1163.
- Westerhof, G.J. & Bohlmeijer, E.T. (2012). Life stories and mental health: The role of identification processes in theory and interventions. *Narrative works: issues, investigations, and intervention*, 2(1), p. 106-128.
- Ybarra, O., Chan, E., Park, H., Bernstein, E., Monin, B. & Stanik, C. (2008). Life's recurring challenges and the fundamental dimensions: An integration and its implications for cultural differences and similarities. *European Journal of Social Psychology*, 38, p. 1083-1092.
- .....



# De protagonist als schepper van zijn eigen universum

*Een toepassing van Moreno's creativiteitstheorie in psychodrama.*

Dit artikel is een bewerking van het werkstuk dat de auteur maakte voor het vak Filosofie van psychodrama van de post-hbo-opleiding NBES tot Certified Practitioner. Aan de hand van de theorie van Moreno bespreekt zij een casus.

Door Christina Millet

**D**e theorie van creativiteit en spontaniteit van de Roemeens-Amerikaanse psychiater Jacob Levi Moreno (1889-1974) stond van begin af aan centraal in psychodrama. Moreno, vader van psychodrama, groepspsychotherapie en sociometrie, grondlegger van de American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama (ASGGP) en mede-oprichter van de International Association for Group Psychotherapy and Group Processes (IAGP) was een geniale en charismatische man. Hij heeft een uitgebreid en soms best complex oeuvre achtergelaten dat zijn tijd ver vooruit was, maar dat tegelijkertijd ook een zekere mate van overzicht, eenheid en coherentie mist. Hierdoor heeft het even geduurd tot sommige van zijn theorieën door een breder publiek werden begrepen (Marineau, 1989, p. 1). Gedurende zijn leven heeft hij meerdere pogingen ondernomen om een wetenschappelijke definitie te geven van creativiteit en spontaniteit. Sommige schrijvers vinden dat het Moreno uit puur wetenschappelijk oogpunt niet helemaal gelukt is deze termen te definiëren en dat zijn geschriften veel inconsistenties vertonen. Nolte (2014, p. 80) schrijft: *'Moreno appears to have had difficulty in communicating precisely what he meant by*

*spontaneity (...) his discussions leave inconsistencies and make it difficult for us to grasp just what Moreno had in mind by the concept of spontaneity.'*

Misschien komt dat doordat Moreno niet bezig was de begrippen in definities vast te zetten, maar ze telkens vanuit een ander perspectief wilde benaderen.

Desalniettemin is het de moeite waard te laten zien hoe Moreno's creativiteitstheorie niet alleen werkbaar, maar zelfs essentieel is voor het proces in psychodrama, zoals ik hieronder zal beschrijven, mede aan de hand van een casus uit de praktijk.

### **De mens als kosmische medeschepper**

Moreno stelt dat elke wetenschap over de mens zou moeten beginnen met kennis over het universum (Moreno, 1955). Het universum, aldus Moreno (1954, p. 11), bestaat uit oneindig veel creativiteit. In *Das Testament des Vaters* schrijft Moreno, aldus Nolte (2014), dat ieder individu zichzelf als een mag god zien, met een oorspronkelijke capaciteit om zijn eigen wereld te scheppen en vorm te geven. Hij moet zich verantwoordelijk maken als kosmische medeschepper van het universum en erkennen dat iedereen evenzo god is. Nolte (2014, p. 41) citeert Moreno:

*'Although the Absolute Creator is involved in every creative act, he is perceived as sharing his creativity with his creations. His relationship with the universe is seen as one that emphasizes fellowship and coexistence, co-responsibility rather than dominance or sovereignty. Every new living thing that emerges into the universe is endowed with creative ability and becomes, with God, a co-creator of the ever-changing universe. There is thus a*

*universal interdependence between God and the beings of the universe.'*

### De Canon of Creativity

In de tweede editie van zijn boek *Who shall survive* beschrijft Moreno (1954) voor het eerst zijn Canon of Creativity, waarin hij het verband tussen creativiteit, spontaniteit, opwarming en de 'culturele conserves' uiteenzet. Creativiteit en spontaniteit ziet hij als twee verschillende categorieën, hoewel ze met elkaar verbonden zijn. Een mens kan heel spontaan zijn maar niet creatief, maar ook heel creatief en niet spontaan (p. 11).

### Creativiteit

Creativiteit is eindeloos potentieel, een soort oer-substantie die alles bevat: alles wat ooit geschapen is en in de toekomst geschapen zal worden, alsmede alles wat geschapen had kunnen worden, maar niet geschapen werd, en wat in de toekomst geschapen zou kunnen worden, maar niet geschapen zal worden (Nolte, 2014, p.73). De eigenschappen van een creatieve daad zijn volgens Moreno (1946/1985, p. 35):

- spontaniteit;
- een gevoel van verrassing;
- iets dat van buiten de werkelijkheid komt en gericht is op het veranderen van de werkelijkheid;
- het is een unieke daad of actie (in tegenstelling tot het ondergaan van iets);
- het drukt zich ook uit middels lichaamstaal.

### De conserve

Een belangrijk aspect in de Canon is het concept van de culturele conserve. Elke creatieve daad leidt tot een resultaat of product dat Moreno een conserve noemt. Het is

een tijdelijke vorm of structuur waarin de creatieve energie bewaard wordt, vergelijkbaar met de natuurkundige wet van behoud van energie 'die stelt dat de totale hoeveelheid energie in een geïsoleerd systeem te allen tijde constant blijft. De betekenis hiervan is dat energie niet kan worden gecreëerd of vernietigd, maar alleen kan worden omgezet van de ene in de andere vorm' (Wikipedia, 2002).

*'De mens zal zijn  
spontaniteit zo lang  
vrezen, tot hij deze  
leert beheersen en sturen'*

Conserven brengen een zekere stabiliteit in het universum, omdat deze tijdelijk permanent zijn en een zekere voorspelbaarheid hebben. In het bereik van de menselijke creativiteit ontstaan er bijvoorbeeld culturele of intellectuele conserven zoals taal, gereedschap, religie, kunst, boeken, wetten, enzovoort. Ze maken de menselijke cultuur en samenleving mogelijk. Op psychologisch vlak kunnen we onder andere bepaalde gedragspatronen als conserven beschouwen. Wanneer mensen te veel op de conserven leunen, bijvoorbeeld door steeds naar oude theorieën of gewoontes te leven, leidt dat tot rigiditeit en intolerantie, en zal er weinig ruimte zijn voor creatieve ideeën en vernieuwing.

#### Spontaniteit

Spontaniteit is het principe dat het creatieve proces weer op gang brengt. Zonder deze

vorm van niet-conserveerbare energie, de spontaniteit, zou de creatieve kracht van het universum niet geactiveerd kunnen worden en zou die tot stilstand komen (Moreno, 1954). Spontaniteit werkt als een katalysator in het hier en nu, 'ze drijft het individu tot een adequate reactie op een nieuwe situatie, of tot een nieuwe reactie op een oude situatie' (Moreno 1954, p. 13).

Volgens Moreno (1954, p. 18) is de mens bang voor zijn spontaniteit, zoals zijn voorouders bang waren voor het vuur, tot ze leerden om zelf vuur te maken. 'De mens zal zijn spontaniteit zo lang vrezen, tot hij deze leert beheersen en sturen.'

Een universum kan dicht of open staan voor vernieuwing en verandering. Bij een gesloten universum is de categorie van het moment, het *nu*, betekenisloos, het is maar een woord. Er is in dat geval geen mogelijkheid tot spontaniteit en creativiteit en dus ook geen groei. Een open universum daarentegen biedt ruimte voor verandering en vernieuwing (Moreno, 1946/1985, p. 103).

#### Het opwarmingsproces

Het opwarmingsproces is de 'operationele' uitdrukking van spontaniteit (Moreno, 1953, p. 46). Het is de voorbereiding op actie, het proces van toegang krijgen tot spontaniteit (Nolte, 2014, p. 85).

In psychodrama betekent het opwarmingsproces het voorbereiden van de individuele cliënt en de groep tot meer contact met de binnenwereld en met elkaar, en tot het maken van een beweging richting risico nemen en exploratie van het nieuwe (Blatner, 1996, p. 43) om oude situaties met nieuwe ogen te kunnen bekijken en nieuwe oplossingen of strategieën te kunnen vinden. Stap voor stap kunnen ze zich zodoende

losweken van hun hinderlijke conserven, zoals starre overtuigingen en vastgeroeste rolpatronen, om een actieve, creatieve vormgever van hun eigen wereld te worden, oftewel 'schepper te worden van hun eigen universum'. Omdat de mens echter bang is voor zijn spontaniteit en graag vasthoudt aan de conserven, kan onverwacht spontaan spel dat de therapeut aandraagt in zo'n geval eerder angst oproepen. Wanneer je als psychodramatherapeut een warming-up bedenkt die niet organisch uit het groepsproces voortkomt, kunnen de cliënten daar makkelijk met weerstand op reageren. Een goede opwarming zou daarom angst-reducerend en vertrouwen-opwekkend moeten zijn. *'The most successful psychodramas occur when protagonists achieve the spontaneity state ...[it] tends to happen when the protagonist experiences a high level of trust in the director.'* (Nolte, 2014, p. 186). Vertrouwen is de basis voor de opwarming tot spontaniteit, niet alleen tussen protagonist en director, maar ook tussen de groepsleden onderling.

Volgens Moreno is het doel van opwarmen niet 'om van de patiënten acteurs te maken, maar om ze ertoe te brengen op het podium dat te zijn wat ze zijn, alleen dieper en duidelijker dan ze in het echte leven lijken te zijn' (Hutter & Schwehm, 2012, p. 471). Hiermee bedoelt hij dat zich in het spel veel meer aspecten van de mens en zijn situatie kunnen ontvouwen, dan in de werkelijkheid van het dagelijks leven het geval is.

Opwarming vindt overigens niet alleen vooraf aan de psychodrama-actiefase plaats, maar ook binnen de actiefase zelf, waarbij cliënt en therapeut zich langzaam

opwarmen tot het nemen van een volgende of meer verdiepende stap. Zo kan een scène uit het heden de protagonist opwarmen tot het naar voren laten komen van een stuk verleden.

## *De procedure van de protagonistkeuze maakt hem boos. Hij uit zijn boosheid dan niet, maar haakt af*

In de volgende casus wordt geïllustreerd hoe Moreno's creativiteitstheorie de praktijk van psychodrama verheldert.

### **De casus van Jan**

*Jan is een man van in de dertig. Hij heeft in zijn jeugd geleden aan emotionele verwaarlozing en heeft als volwassene last van recidiverende depressieve episodes. Jan loopt vast in zijn opleiding en in contacten met anderen. Hij is al enkele maanden in behandeling, maar heeft nog niet zo veel ingebracht bij psychodrama. Hij is wel heel actief aanwezig en zet zich met hart en ziel in voor de psychodrama's van zijn groepsleden. In het begin heeft hij een keer zijn familiesysteem in beeld gebracht (dat is standaard de eerste inbreng), waarbij zijn eenzaamheid en emotionele verwaarlozing schrijnend naar voren kwamen. Ook heeft hij meegedaan met een oefening met poppenkastpoppen. Ieder groepslid mocht daarbij een probleem of thema kiezen en een passende poppenkastpop erbij zoeken. Eén voor één mocht ieder groepslid achter een geïmprovi-*

*seerde poppenkast gaan staan en de pop ten tonele voeren. Er ontstond dan een gesprek, waarbij het publiek – de therapeut en de groepsleden – de pop interviewden.*

*De pop van Jan was boos en verscheen op het poppentoneel met een nors klinkend 'Laat me met rust!' wat hij steeds herhaalde. We kwamen in gesprek met de pop en het bleek dat de norske, boze Jan, een bange, verdrietige Jan beschermdde. De norske Jan verzachtte tijdens dit gesprek opvallend en werd coöperatief toen we hem verzekerden dat hij mocht blijven, dat hij goed werk deed, en dat de bange Jan meer tevoorschijn mocht komen, zonder dat hij weg zou moeten.*

Deze korte inbreng was in zekere zin al een opwarming voor de onderstaande sessie met Jan, die op een andere dag plaatsvond.

*Jan heeft in de voorgaande sessies vaak zijn beurt voorbij laten gaan. De procedure van de protagonistkeuze maakt hem boos. Hij uit zijn boosheid dan niet, maar haakt af. Dit keer heeft Jan zich voorgenomen om wél iets in te brengen, ook al vindt hij het heel moeilijk. Hij zegt dat hij van de protagonistkeuze het gevoel van 'Laat me met rust!' krijgt. Er melden zich echter ook twee andere kandidaten. Dat maakt het niet makkelijk voor hem. Zijn neiging is om de ander voor te laten gaan, ook al wil hij stiekem eigenlijk heel graag.*

In dit voorgaande stuk komen we de eerste conserve tegen: de ander gaat voor. Deze conserve biedt hem een zekere veiligheid, een sociale gewenstheid, maar maakt hem ook erg ongelukkig, onvrij en boos, want hij kan daardoor de zorg en aandacht niet ontvangen die hij werkelijk nodig heeft. Vanuit mijn rol als psychodramatherapeut vond ik

dat het goed voor hem was om te pogen voor zichzelf op te komen en voor de dag te komen met zijn gevoelens. Dit resulteerde in de volgende interventie.

*De drie kandidaten gaan in een binnenkring zitten en mogen in discussie met elkaar over wat ze in te brengen hebben en waarom het belangrijk is dat het vandaag zal gebeuren. De andere groepsleden, de koorleden, mogen dubbelen. Ik vraag hun om te focussen op positieve dubbels, vanuit de kracht die eenieder laat zien. Jan krijgt veel dubbels die hem aansporen voor zichzelf te kiezen en die hem stilzetten bij zijn gevoel. Het wordt gaandeweg voor iedereen duidelijk dat Jan zou moeten inbrengen, behalve voor een van de andere kandidaten, Hans, die stug blijft vasthouden dat hij de beurt wil krijgen om aan de slag te gaan met zijn interne zelfkritiek. De derde kandidaat heeft zich al teruggetrokken. Uiteindelijk vind ik dat het lang genoeg geduurd heeft. Hans ontbreekt het aan sociale intuïtie en afstemming, en hij wil elke keer wel inbrengen, dus ik intervenueer door de groepsleden te vragen om achter de kandidaat te gaan staan die de meeste 'protagonistenenergie' heeft, dat wil zeggen, de persoon die het meest opgewarmd is voor een thema of de persoon die opgewarmd is voor een thema dat belangrijk is voor de groep op dat moment. Ze gaan allen achter Jan staan.*

Doordat hij tijdens dit proces al veel dubbels heeft ontvangen en bij zijn gevoelens stil heeft moeten staan, is Jan al behoorlijk opgewarmd en heeft hij authentiek contact met zijn emoties. Er is geen aparte opwarmingsactiviteit nodig. We gaan over naar de actiefase, waarin we de belevingswereld van Jan in scène gaan zetten.



*Jan voelt zich daar helemaal niet goed bij. Hij zegt dat Hans aan de beurt had moeten komen. Hij voelt zich weer heel boos en gespannen. Ik vraag hem of de boosheid niet een dekmantel is voor een ander gevoel. Hij zegt: 'Ja, verdriet.' (We zien hier hetzelfde patroon optreden als in de eerdere sessie met de pop). Zijn onderzoeksvraag voor deze inbreng wordt: wat gebeurt er in het contact met de ander dat hem zo boos maakt?*

*Ik vraag hem om een situatie. Hij noemt een situatie bij de module 'boosheid in contact' (een module die hij, apart van de andere groepsleden, tijdelijk één keer per week volgt): hij had een conflict met een groepsgenoot, die gewoon zijn beurt nam, zonder rekening te houden met de anderen. De therapeut adviseerde Jan om gewoon meer ruimte te pakken. Jan voelde zich verontwaardigd door dit advies. Moet ik dan een onbeschoft iemand worden? Zo wil ik helemaal niet zijn! We zetten de situatie neer en bouwen de groepsscène op. Hij kiest groepsgenoot Hans (de enige andere man in de groep) voor de rol van de groepsgenoot uit de modulegroep waarmee hij een conflict had. Daardoor lijkt de gespeelde situatie best op de situatie tijdens de protagonistkeuze.*

Hoewel de situaties op elkaar lijken, bevinden we ons nu in de surplus realiteit van het creatieve spel. We spelen *alsof* we in de modulegroep zitten. Dit is niet hetzelfde als toen Jan in de echte modulegroep zat, en ook niet hetzelfde als toen Jan en Hans met elkaar ijverden om protagonist te zijn. De term surplus realiteit, een term van Moreno, duidt aan dat de onzichtbare dimensies van de persoonlijke ervaring van de protagonist tot expressie kunnen komen. Alle gevoelens, gedachten, lichamelijke sensaties, onuitge-

voerde bewegingen, fantasieën, associaties, hallucinaties en herinneringen die aan een concrete situatie verbonden zijn, kunnen binnen het spel tot hun recht komen. In de woorden van Moreno (1953): *'It can be well said that psychodrama provides the subject with a new and more extensive experience of reality, a surplus reality...'* (p. 85).

## ***De kat is een levendig symbool voor ingrediënten die Jan nodig heeft om zijn vastgeroeste universum om te vormen***

*Jan kiest een paar antagonisten, die in het spel worden neergezet en door hem worden ingesproken; ze krijgen een paar korte zinnen om te zeggen. Ook de therapeut van de modulegroep wordt als antagonist neergezet. De overige groepsleden worden als stoelen neergezet. De scène wordt in het kort gespeeld. Jan zit op zijn plek in de scène. Hij voelt zich boos, en moet daarbij aan zijn moeder denken. We zetten de kritische stem van moeder schuin achter hem neer met behulp van cliënt/antagoniste Roos, die met de armen over elkaar in een dominante houding komt te staan en zegt: 'Zoals die andere jongen het doet mag het niet, hoor! Je moet voor elkaar zorgen, voor de ander zorgen. Je mag jezelf niet naar voren schuiven, dat is egoïsme.' Jan voelt een druk in zijn buik, alsof de stem van moeder hem letterlijk naar beneden duwt. Het maakt hem heel verdrietig. Hij voelt zich niet gezien en geliefd.*

Het is te merken dat de concentratie op zijn interne proces, de interne spanning en de opwarming die nodig is voor de spontaniteit die tot iets nieuws kan leiden, op een hoogtepunt is. Ik vind het tijd om een hulpbron, krachtbron of bron van liefde en steun erbij te halen. Ik nodig hem uit tot een creatieve daad.

*Ik vraag hem of er iemand in zijn leven is (geweest) waar hij wel liefde en steun uit haalt. Hij noemt zijn kat, Jasper. Jasper leeft in werkelijkheid niet meer, maar de kat betekent nog steeds heel veel voor Jan. Een groepsgeenoot mag Jasper spelen. Jan doet het voor en speelt Jasper na: Jasper was een boef – er moest zelfs een slot op de koelkast. Maar Jasper, daar kon je mee spelen! Hij liet alles met zich doen en hij accepteerde Jan zoals hij was. Jasper staat voor alles wat er niet geweest is. Het gevoel van Jasper voelt warm in zijn borstkas, zegt Jan. Hij zit op de grond, het positieve gevoel van Jasper te zijn en te voelen.*

Hier is pure spontaniteit in werking getreden! Er ontstaat een nieuwe oplossing bij een oude situatie. De kat is een levendig symbool voor speelsheid, vrijheid en affectie, belangrijke ingrediënten die Jan nodig heeft om zijn vastgeroeste universum om te vormen.

*Na een poosje vraag ik hem om uit de rol van Jasper te komen en weer als zichzelf op zijn plek te gaan zitten in de scène. Ik vraag hem te luisteren naar de beide stemmen die hij links en rechts achter zich heeft, die van moeder en die van Jasper. De stem van moeder blijkt qua invloed stukken sterker dan die van Jasper. We laten Jasper dichterbij komen.*

*Dat is iets beter, maar Jan heeft niet het gevoel dat hij een keuze kan maken naar welke stem hij wil luisteren.*

Hier zit hij weer vast in zijn conserve, het zonder discriminatie luisteren naar de kritische stem van zijn moeder.

*Ik laat hem uit de scène stappen om te spiegelen, met een stand-in die zijn plek inneemt.*

Ook het spiegelen is een techniek die opwarmend werkt.

*Nu wordt Jan boos. Ik vraag hem wat 'boos' wil zeggen.*

Hiermee nodig ik hem hernieuwd uit tot spontaniteit en creativiteit. We maken impliciet van 'boos' een personage.

*'Boos' wil de stem van moeder aanspreken. Hij zegt tegen haar: 'De wereld zit niet zo in elkaar, zoals je zegt.' Met behulp van een aantal dubbels bedankt hij haar voor alles wat ze voor hem heeft gedaan, en zegt hij stellig dat hij nu minder naar haar wil gaan luisteren omdat hij zelf de dingen anders wil zien en doen.*

Ook hier een creatieve daad: Jan begint de dirigent te worden van zijn innerlijk orkest.

*Hij staat aanvankelijk in dezelfde houding als 'moeders stem': armen over elkaar. De vaste dubbel zegt: 'Wat zouden mijn handen willen doen?' Hij doet de handen spontaan in zijn broekzakken. Zijn borstkas is daardoor onbeschermd. Dat voelt wat onveilig, zegt hij. Maar hij zet door. Ik zeg tegen hem dat hij binnen zijn eigen*

*hoofd de macht en de vrijheid heeft om tegen de stem precies te zeggen wat hij van haar wil.*

*Ik nodig hier cliënt Jan expliciet uit vormgever van zijn eigen wereld te worden.*

*Jan pakt deze uitnodiging aan en vraagt de stem van moeder om een eind verder weg te gaan staan en geeft precies aan waar. Ze hoeft niet helemaal weg.*

*Opnieuw nodig ik hem uit om op zijn plek in de scène te komen zitten, met alleen Jasper vlak naast hem. Het voelt nu heel anders. Er is meer ontspanning. Hij voelt een 'wind' die hem 'voortduwt', zegt hij. Middelsterk, fijn. Ruimte. We nemen de tijd om dit gevoel goed bewust te voelen, ook hoe het in het lijf voelt.*

*Jan zegt vervolgens uit zichzelf heel rustig, vastberaden en zacht tegelijk tegen de anderen in de scène: 'Ik wil nu de beurt'. We markeren dit moment, ik vat nog alles voor hem samen en we gaan opruimen.*

*Bij het ontrollen komt er bij de deelnemers het volgende naar voren: De jongen waar hij het conflict mee had zegt: 'Ik heb nog wat te leren.'*

*De therapeute zegt: 'Ik wil je geen kwaad doen, ik wil je stimuleren dat je het zelf gaat doen.'*

*Kat Jasper vond het fijn om er voor hem te zijn.*

*De stem van moeder zegt het goede voor hem te willen en dat het helemaal niet zo erg was dat ze een eindje verder weg moest.*

*De stand-in zegt goed gevoeld te hebben dat het fijn was dat moeder een eindje verder weg ging.*

*De vaste dubbel (co-therapeut) geeft een ontroerende weergave van het geheel.*

## Sharing

Na de actiefase en het ontrollen volgt er bij psychodrama standaard een fase van 'sharing', waarin groepsleden hun eigen beleving en herkenning uit kunnen spreken. Dit is niet alleen voor de groepsleden belangrijk, maar ook voor de protagonist, die hierdoor weer wordt opgenomen in de groep. Onder andere komt het volgende kwam in de casus van Jan aan de orde:

## *De protagonist heeft even een andere zijnstoestand kunnen ervaren*

*Hans, die het heel moeilijk heeft gevonden dat hij niet aan de beurt kwam en dat anderen niet voor hem hebben 'gekozen', glimlacht en vertelt over de herkenning die hij beleeft in het spel van Jan. Hij heeft door het toekijken geleerd dat hij zijn eigen kritische stem een eindje verder weg mag gaan zetten, dat inspireert hem om er ook aan te gaan werken.*

*Roos, die de stem van moeder had gespeeld, zit in haar afscheidsfase. Ze barst in tranen uit: terwijl ze in haar rol als moeder even op een afstandje van de groep had gestaan was het tot haar doorgedrongen dat ze er binnenkort niet meer bij zal zijn. Ze voelt zich zeer verbonden en zal psychodrama heel erg missen.*

Door het gezamenlijke spel en het bewegen in de ruimte hebben de groepsleden van Jan meegeleefd, mee-ervaren, en deels ook dingen ervaren die niet rechtstreeks met de inhoud van het spel te maken hebben, maar

wel als thema's in de groep leefden, zoals in het geval van Roos.

## Conclusie

Door een intensief opwarmingsproces en steun vanuit de groep wordt de protagonist geholpen zijn aanvankelijke weerstand en angst te overwinnen. Hij wordt daarbij voorbereid om in zijn psychodramaspel spontaan en authentiek te zijn, wat het mogelijk maakt om zijn starre patronen of conserven los te laten en tot een meer veelzijdige beleving van zichzelf, zijn situatie en zijn opties te komen.

We zien hoe een aanvankelijk onbevredigende situatie uit het dagelijks leven die in scène werd gebracht, door de surplus realiteit van het spel verrijkt is met een aantal dimensies:

- het bewustzijn van de oorsprong van de kritische overtuigingen (moeders stem);
- contact met de eigen creativiteit en spontaniteit, en met een gevoel van acceptatie (de kat);
- een nieuwe, meer volwassen inzet van

boosheid (die niet meer in het wilde weg wordt geuit of in dienst van de afweer, maar gericht op de beperkende overtuigingen);

- en nieuw en doorleefd gevoel van ruimte en vrijheid.

De protagonist heeft zijn creativiteit in kunnen zetten om zijn eigen universum een nieuwe, beter werkende vorm te geven. Hij heeft even een andere zijnstoestand kunnen ervaren. Door deze ervaring in beeld, gevoel en lichaam te verankeren, wordt de kans verhoogd dat hij zich de nieuw geleerde strategieën en vaardigheden zal kunnen herinneren en zal kunnen generaliseren naar zijn dagelijks leven (*transfer of learning*). Hoewel hier de focus ligt op een individueel proces, is het veel meer dan dat: het is een proces dat zonder medewerking van de groep niet mogelijk was geweest, en waar ieder groepslid op een eigen manier van heeft geprofiteerd. Daarnaast heeft het spel voor meerdere groepsleden de functie gehad van opwarming voor hun eigen thema's en hierop volgende sessies.

**Christina Millet** ([c.millet@planet.nl](mailto:c.millet@planet.nl)) is NVGP- en CP-psychodramatherapeut en vaktherapeut Beeldend. Zij werkt bij GGZCentraal, Centrum voor Psychotherapie, afdelingen Zwaluw en Enk voor (jong)volwassenen met complexe persoonlijkheidsproblematiek te Ermelo.

## Literatuur

---

Blatner, A. (1996). *Acting In: Practical applications of psychodramatic methods*. New York: Springer.

Hutter, C. & Schwehm, H. (2012). *J.L. Morenos Werk in Schlüsselbegriffen*. Wiesbaden: Springer.

Marineau, R.F. (2004). In Holmes, P., Karp, M. & Watson, M. (eds), *The Cradles of Moreno's contributions*. New York: Routledge.

Marineau, R.F. (1989). *Jacob Levy Moreno 1889-1974. Father of psychodrama, sociometry and group psychotherapy*. London and New York: Tavistock/Routledge.

Moreno, J.L. (1953). *Who shall survive? Foundations of sociometry, group psychotherapy and psychodrama*. New York: Beacon.

Moreno, J.L. (1954). *Die Grundlagen der Soziometrie. Wege zur Neuordnung der Gesellschaft*. Köln und Opladen: Westdeutscher Verlag.

Moreno, J.L. (1946/1985). *Psychodrama. First volume. Fourth edition with new introduction*. Ambler, PA: Beacon House.

Moreno, J.L. (1971). *The Words of the Father. Preface*. New York: Beacon House.

Moreno, J.L. (2012). In Hutter, C. & Schwehm, H. (red), *J.L. Morenos Werk in Schlüsselbegriffen*. Wiesbaden: Springer.

Nolte, J. (2014). *The philosophy, theory and methods of J.L. Moreno, the man who tried to become God*. New York, Abingdon: Routledge.

Wikipedia (2002, 3 augustus): [https://en.wikipedia.org/wiki/Conservation\\_of\\_energy](https://en.wikipedia.org/wiki/Conservation_of_energy).

.....







# AGPA Connect 2023

Een verslag van het AGPA-congres 'Group as a catalyst for reimagining and embracing our future', dat in New York werd gehouden van 6 tot 11 maart.

Door Silvia Pol

Opnieuw New York! Geweldig om een uitnodiging van de American Group Psychotherapy Association (AGPA) te ontvangen om opnieuw een open sessie aan te bieden rond de Nederlandse Praktijrichtlijnen voor Groepsbehandeling samen met Willem de Haas, Anne-Marie Claassen, Charles Huffstadt en Laura van Groenendaal. Dit was ons vierde bezoek aan de AGPA. De eerste keer was het met een korte presentatie, daarna tweemaal een online presentatie, en nu een open sessie direct na de eerste keynote-lezing, en dat in het mekka van de groepstherapie. AGPA Connect is een belangrijke ontmoetingsplaats voor groepstherapeuten in de Verenigde Staten en daarbuiten, en biedt deelnemers uit diverse klinische disciplines de mogelijkheid om hun kennis, vaardigheden en training in groepspsychotherapie en aanverwante velden verder te ontwikkelen. Het congres is verdeeld in drie secties: het One-Day Special Institute, instructie- of ervaringsgroepen gewijd aan één onderwerp en aangeboden door prominente clinici, het Two-Day Institute bestaande uit kleine ervaringsgroepen geleid door ervaren groepstherapeuten, en de Three-Day Conference waarin behalve lezingen ook open sessies, workshops, wetenschappelijke presentaties en panels over speciale onderwerpen op het programma staan. Het bood een rijke ervaring om hier aanwezig te kunnen zijn. Gary Burlingame, president van de AGPA,



opende de conferentie met een warm welkom aan allen. Hierna volgt een korte samenvatting van de drie keynote-lezingen, tezamen met enkele persoonlijke indrukken.

## **Othering**

Dr.ds. Ronald Hopson, klinisch psycholoog en predikant in de United Church of Christ, richt zich in zijn werk op de psychologie van religie, pastorale zorg, seksualiteit en ras. In zijn lezing *Embracing the other: The fundamental work of a working group* ging hij in op de weerstand tegen diversiteit die zich manifesteert in 'othering'. Hij vertelde hoe zwarte mensen ruim anderhalve eeuw na de afschaffing van de slavernij (1865) en decenia na de afschaffing van de apartheid (1994) op institutioneel niveau nog altijd ernstig gehinderd worden door racisme en witte suprematie. Zwarte burgers hebben nog altijd minder toegang tot gezondheidszorg,

## *Aan ons rollenspel werd enthousiast meegedaan door de aanwezigen, onder wie Molyn Leszcz*

tot goed onderwijs en tot goede banen. Zij lopen eerder het risico in aanraking te komen met politiegeweld en belanden eerder in een dodencel. Hopson sprak over de grote maatschappelijke kosten van *othering* en hoe het ieders verantwoordelijkheid is dit onrecht te beëindigen. Het omarmen van de ander en het afstand nemen van een vertrouwd en sterk begrensd zelf, ondersteunen vitaliteit en beschermen tegen

destructiviteit die voortkomt uit de tegenstelling tussen het zelf en de ander. Dit laatste ligt immers aan de basis van *othering*, onverdraagzaamheid en zondebokvorming. Het proces van verandering wordt geholpen door het ervaren van *prosocial shame*, schaamte die ons helpt te begrijpen dat we iets verkeerd hebben gedaan, een emotie die ons de weg wijst naar een andere manier van omgaan met een situatie. Hopson kreeg een staande ovatie voor de belangrijke boodschap die hij met onze deelde.

## **Zwarte Piet**

Er was belangstelling voor onze open sessie '*Dutch design: growing resilience and compassion in group therapy; group dynamic theory and a learning lab*'. We introduceerden in vijf korte presentaties de keuze van de NVGP voor het hanteren van de groepsdynamica naast het interpersoonlijk model, het bijzondere karakter van het werken in een multidisciplinair team, en de voordelen en soms ook nadelen van een co-therapierelatie. Bij het thema destructieve processen en negatieve effecten van groepsbehandeling stonden we stil bij de prominente rol van Nederland in de slavenhandel. Het publiek bleek hiermee zeer bekend en het was passend dat we benoemden hoe schaamtevol we dit hoofdstuk uit onze geschiedenis vinden. Het thema '*diversity and inclusion*' kreeg aandacht in de bespreking van het hoopvolle bewustwordingsproces dat we in Nederland doormaken, waarbij Zwarte Piet steeds vaker plaatsmaakt voor een Roetpiet. Aan het rollenspel werd enthousiast meegedaan door de aanwezigen, onder wie Molyn Leszcz, de vorige president van de AGPA. De sessie was levendig, bewogen en leerzaam.

## **Destructief en herstellend leiderschap**

Prof.dr. Vamik Volkan is emeritus hoogleraar psychiatrie, psychoanalyticus en (co-)auteur van meer dan zestig psychoanalytische en psychopolitieke boeken. Daarnaast is hij voormalig voorzitter van het International Dialogue Initiative en is hij vijf maal genomineerd voor de Nobelprijs voor de Vrede. Zijn lezing ging over identiteitsproblemen bij grote groepen, interacties tussen politieke leiders en volgelingen, en sociaal welzijn. De vraag 'waarom oorlog?' beantwoordde hij met nieuwe psychologische kennis over de persoonlijkheidsorganisaties van politieke leiders, de aantekelijkheid van gedeelde beelden rond het traumatische verleden van voorouders,

en de reactie daarop, die kan bestaan uit ontmenselijking van anderen. Met een *Large Group* bedoelt hij de tientallen tot miljoenen individuen die elkaar in merendeel nooit zullen ontmoeten maar die zich met elkaar identificeren door hun etniciteit, religie, nationaliteit of ideologie. Deze gezamenlijke identiteit wordt gedefinieerd als *Large Group Identity*, en gaat om de subjectieve ervaring van grote aantallen mensen die met elkaar verbonden zijn door een persisterende gelijkheid, terwijl ze ook kenmerken delen met individuen uit andere groepen. De leider die gericht is op herstel probeert de narcistische investering van volgelingen in de identiteit van een grote groep te vergroten, zónder daarbij andere groepen kwaadaardig te devalueren of te kwetsen.



Vlnr: Charles Huffstadt, Laura van Groenendael, Willem de Haas, Silvia Pol en Anne-Marie Claassen

Een destructieve leider daarentegen richt zich op het versterken van de identiteit van de grote groep door het onderdrukken of zelfs het vernietigen van vijandige of gedevalueerde andere groepen. Hij besprak de rol van gedeeld trauma in de geschiedenis van Rusland, het transgenerationale trauma dat Poetin met zich meedraagt, en de propaganda die refereert aan de Tweede Wereldoorlog waarmee Rusland het narratief heeft gevormd voor de gewelddadige invasie van Oekraïne. Poetin versterkt de identiteit van zijn volk door een andere groep aan te vallen en te devalueren, en daarmee is hij een voorbeeld van een destructieve leider. De Egyptische president Anwar Sadat toonde zich een herstellend leider toen hij in 1977 als eerste Arabische leider een bezoek bracht aan Israël, het land waarmee Egypte technisch gezien nog in een staat van oorlog verkeerde. Zijn bezoek vormde de start van geslaagde vredesbesprekingen. Onderdeel daarvan vormden ontmoetingen in gespreksgroepen tussen Egyptenaren en Israëli om elkaar beter te leren kennen zodat men elkaar niet langer als vreemden zou blijven zien. Volkan had zich destijds vereerd gevoeld dat hij daarbij aanwezig mocht zijn. De uitdaging is een voldoende sterke identiteit te vormen zonder de andere groep te devalueren. Waar te veel afstand is ontstaan, is het van belang om devaluerende en persisterende beelden te doorbreken en op zoek te gaan naar positieve indrukken en ervaringen, en vooral ook overeenkomsten. In zijn carrière heeft hij veel politieke crises maar ook positieve ontwikkelingen van nabij meegemaakt. Hij uitte echter bezorgdheid over de huidige tijd als het gaat om de ontwikkeling van Large Group Identities.

## Eco-engagement

Dr. Renée Lertzman is onderzoeker, universitair docent en *eco-engagement strategist*. Zij gebruikt psychologische inzichten voor het ontwikkelen van methoden die helpen om actie te ondernemen ten aanzien van klimaat- en duurzaamheidskwesties. Lertzman werkt daartoe samen met bedrijven en organisaties die zich willen versterken in duurzaam verantwoorde initiatieven, met effectievere campagnes en het inzetten van creativiteit en innovatie om de milieucrisis waarmee we geconfronteerd worden aan te pakken. De confrontatie met klimaatverandering – met in het kielzog daarvan de thema's rechtvaardigheid, biodiversiteit en ecologische zorgen – is ontmoedigend. Duidelijk is dat klimaatverandering en gezondheid, ook geestelijke gezondheid, met elkaar verbonden zijn. Wat zijn de voorwaarden waaronder we de milieucrisis onder ogen kunnen komen, en op een zinvolle manier kunnen omgaan met alles wat er op het spel staat? In haar lezing *'Navigating the trance of group delusion: Connecting the climate and community dots'* besprak ze de rol van professionals in de geestelijke gezondheidszorg en in het bijzonder in groepen, bij het bevorderen van 'eilanden van gezond verstand' en het onder ogen zien van deze moeilijke realiteit, zodat we met moed en kracht een onzekere toekomst tegemoet kunnen gaan. Ze stelde dat het van belang is ontmoediging geen ruimte te laten, maar vanuit vastberadenheid activiteiten te ondernemen die een bijdrage leveren in de goede richting. *'Healthy functioning groups are needed for this challenge.'* Een belangrijke boodschap waar we vanuit onze professie aan kunnen bijdragen.

## Dilemma

Ook de dagen na de conferentie was het onderwerp *Diversity and Inclusion* in mijn beleving alom aanwezig. In boekhandel The Strand lagen boeken die confronteerden met de dominantie van het witte schoonheidsideaal en de uiterst negatieve invloed hiervan op het zelfbeeld van zwarte vrouwen, die een andere lichaamsbouw kunnen hebben. In het Design Museum bezocht ik een tentoonstelling over de rol die design kan hebben ten aanzien van diversiteit en inclusie en het uitdragen van democratische waarden. Conflict Kitchen is een afhaalrestaurant waar alleen maaltijden kunnen worden besteld van landen waarmee de Verenigde Staten in conflict is. Op de wikkel zijn recepten te vinden, informatie over het land en

haar bewoners, over de geschiedenis van het conflict en de wijze waarop de bewoners van het land aankijken tegen de Verenigde Staten.

Op het nieuwe World Trade Center-metrostation kon iedere voorbijganger, New Yorker of bezoeker, volwassene of kind, een eigen verhaal opschrijven om gehoord te worden in wat de persoon die dag bezighield.

Het dilemma na deze conferentie is: AGPA Connect vaker bezoeken vanwege de inspiratie en kennis die hier aanwezig is, of met de derde lezing in gedachten afzien van een dergelijke reis om het milieu te sparen? Lertzman had de conferentie graag online willen bijwonen, maar ik moet bekennen dat de gezamenlijke ervaring op deze conferentie en in deze stad onvergetelijk was. Dank reisgenoten!

*Silvia Pol is klinisch psycholoog/psychotherapeut. Ze is onderzoeker bij Scelta Apeldoorn, P-opleider GGNet, supervisor (groeps)psychotherapie en cognitieve gedragstherapie en redactielid van Groepen.*

# 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 bovenschrijft. 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: Tjihuis (1991a) of Tjihuis (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](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.

