

Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie

Groepen

MBT bij psychosegevoeligheid

Supportgroep Oekraïense tieners in Delft

Groepen maart 2023 jaargang 18 nummer 1



Nederlandse vereniging voor
groepsdynamica en groepspsychotherapie



Nederlandse vereniging voor
groepsdynamica en groepspsychotherapie



Inhoudsopgave

Redactioneel	5
Salvatore Vitale	
IN MEMORIAM	
Morris Nitsun, een zachtmoedige rebel	11
Monique Leferink op Reinink	
COLUMN	
Verbroken verbinding: vinger aan de pols!	17
Sandra Schruijer	
MBT voor mensen met een psychosegevoeligheid	23
Jonas Weijers, Coriene ten Kate, Irma Siecker en Yvonne Noij	
Komt een groepspsychotherapeut in een groep...	41
<i>Een verslag van een naastengroep als deelnemer</i>	
Katelijne Robbertz	
INTERVIEW	
'Terugkeer kan een grote uitdaging worden'	57
<i>Een gesprek met Felicia Stoutjesdijk en Iryna Norkina</i>	
Frits van Hest	
Psychosociale zorg voor Oekraïense tieners in Delft	63
Felicia Stoutjesdijk en Iryna Norkina	
VOOR U GELEZEN	
Een zoektocht naar heelheid in het aangezicht van de dood	74
Monique Leferink op Reinink	



Portret van drie jongens

In het Nederlands Fotomuseum in Rotterdam is sinds begin 2021 de vaste tentoonstelling *Eregalerij van de Nederlandse fotografie* te zien. In 99 foto's wordt het verhaal verteld van de ontwikkeling van de Nederlandse fotografie sinds 1842. De uitleg bij de tentoonstelling beschrijft dat het speciaal gaat om foto's die betekenisvol zijn of zijn geweest voor die ontwikkeling, waarbij de foto's zijn gekozen op basis van artistieke en maatschappelijke relevantie, vernieuwing en meerstemmigheid (Nederlands Fotomuseum, 2022).

Recent bezocht ik op een regenachtige zondagmiddag dan eindelijk het Fotomuseum, op een prachtige locatie in Rotterdam, de Wilhelminakade, waar rijke historie en moderne hoogbouw elkaar afwisselen op de Kop van Zuid. Het museum bevindt zich schuin tegenover de Cruise Terminal Rotterdam, vroeger de aankomst- en vertrekhal van de Holland-Amerika Lijn en nu industrieel erfgoed, en op steenworp afstand van Hotel New York, het voormalige hoofdkantoor van de Holland-Amerika Lijn. Het is de plek waar vroeger veel Europese migranten vertrokken naar Noord-Amerika op zoek naar een beter leven.

Geen betere locatie en ambiance om rustig de historie van de Nederlandse fotografie tot

me te nemen. Van oude zwart-witfoto's met beelden van Amsterdam uit de negentiende en twintigste eeuw, aangrijpende foto's over de Watersnoodramp in Zeeland en van mijnwerkers in Limburg tot moderne en bekende beelden van internationaal bekende fotografen als Paul Huf, Erwin Olaf en Anton Corbijn. Halverwege de tentoonstelling vroeg ik me af of het toeval was dat op deze historische locatie voor migratie van Europeanen naar Noord-Amerika juist ook veel foto's over migranten en vluchtelingen waren opgenomen. Zo laten de foto's van Ad van Denderen die hij onder andere maakte in de documentaireserie *Go No Go* in vaak rauwe zwart-witbeelden zien hoe migranten onder erbarmelijke omstandigheden Europa binnenkomen (Van Denderen, 2003). Stacii Samidin uit Rotterdam, die overal ter wereld steden bezoekt en foto's maakt van 'moeilijke' buurten, wil daarmee mensen in aanraking brengen met bepaalde gemeenschappen en stereotypen doorbreken. De Nederlandse Viviane Sassen, die in Afrika is opgegroeid, wil met haar foto's een tegenhanger bieden aan de westerse stereotype beelden van Afrikanen door alledaagse Afrikanen op een ongewone manier te fotograferen. Voor mij zijn dit qua fotografie hoogtepunten, maar tegelijkertijd ook dieptepunten vanwege de problematiek die achter de foto's schuilgaat.



Fred Fischer: Portret van drie jongens (Curaçao 1950-1959)

Een van de foto's die er voor mij direct uitsprong en hoop gaf tegenover de foto's van vluchtelingen was het *Portret van drie jongens* van Fred Fischer (1905-1981), een Joodse Oostenrijker die in 1933 naar Nederland vluchtte. Hij belandde op Curaçao en legde het dagelijkse leven op het eiland vast. In de foto viel mij de glimlach van de jongens op en de middelste jongen die zijn armen over de schouders van zijn vrienden heeft gelegd. Vriendschap zoals je die in de kindertijd kent. Voor mijn gevoel jonge kinderen zonder vooroordeel en zonder veroordeling wegens cultuur, geloof of huidskleur. Thuisgekomen vroeg ik me echter af of dit ook daadwerkelijk zo was. Zijn jonge kinderen wel zo vrij van 'kleur'? Ik zocht het op. Schakenbos (2022) beschreef recent in een bespreking van het boek van Helen Morgan (2021) met de titel *The work of whiteness - A psychoanalytic perspective* hoe onderzoek laat zien dat witte kinderen zich al jong bewust zijn van verschillen in sociaal-maatschappelijke positie tussen verschillende etnische groepen. Opvallend genoeg leken deze kinderen deze kennis verborgen te houden voor volwassenen, waarschijnlijk omdat ze begrepen hadden dat hierover praten taboe is.

Judi Mesman, hoogleraar interdisciplinaire studie van maatschappelijke uitdagingen bij de Universiteit Leiden, geeft in haar boek *Opgroeien in kleur* (2021) een uitgebreid overzicht van de wetenschappelijke stand van zaken over het ontstaan van (vroeg) racisme. In haar boek en onderzoek laat zij zien dat baby's van drie maanden die tot de etnische meerderheidsgroep behoren, al een voorkeur hebben voor gezichten van hun eigen etnische groep. Dit neemt vervolgens alleen maar toe en de piek in vooroordelen

jegens andere etnische groepen ligt tussen het vijfde en zevende levensjaar. Gelukkig neemt dit ook weer wat af tussen acht en tien jaar en worden kinderen iets flexibeler in hun denken over sociale categorieën (Mesman, 2021).

Enigszins teleurgesteld door deze bevindingen kreeg ik ook hoop, omdat blijkt dat witte baby's die opgroeien in een etnisch diverse buurt en baby's van een etnische minderheidsgroep geen voorkeur voor gezichten van hun eigen etnische groep hebben. Het vaker zien van mensen met een andere kleur zorgt ervoor dat deze voorkeuren niet ontstaan. Hier liggen dus mogelijkheden en de oplossing. Veel en vroeg diversiteit zien draagt bij aan het afnemen van vooroordelen (Chao & Schilpenoord, 2022). Ik was weer enigszins gerustgesteld en kon weer hoopvol naar de jongens op de foto kijken.

Wat heeft dit met ons tijdschrift *Groepen* te maken? Net als deze tentoonstelling in het Fotomuseum laat ons tijdschrift door de jaren heen zien wat er speelt binnen ons vakgebied en de maatschappij. Met bijdrages die creatief, maatschappelijk relevant en vernieuwend zijn en ons een ander perspectief kunnen bieden.

Zo ook weer in dit nummer. Uiteraard staan we stil bij het plotselinge overlijden van Morris Nitsun op 10 november 2022. Voor veel collega's van de NVGP bekend vanwege zijn werk *The Anti-Group* en zijn aanwezigheid op het NVGP-congres van 2014 en het NVP-congres van 2017. Voor een aantal collega's is zijn overlijden ook een persoonlijk verlies omdat zij jarenlang iedere maand deelnamen aan een door Nitsun geleide groepsanalytische groep in Nederland. Monique Leferink op Reinink schreef een

In Memoriam waarin ze terugblijkt op de vernieuwing die Morris Nitsun steeds heeft gezocht en in veel opzichten ook heeft gebracht. Tevens staat zij aan de hand van een boekverslag van zijn laatste en meest persoonlijke boek *A psychotherapist paints* stil bij zijn levensgeschiedenis en professionele carrière. Persoonlijk is ook het artikel van Katelijne Robbertz, die nu zelf deelneemt aan een groep en haar ervaringen beschrijft in een naastengroep voor partners van mensen met kanker. In haar column schrijft Sandra Schruijer over persoonlijk contact in de zorg. Aansluitend bij de actualiteit van het afgelopen jaar, de oorlog in Oekraïne, zijn er twee artikelen. Frits van Hest doet ter inleiding verslag van zijn gesprek met de auteurs Felicia Stoutjesdijk en Iryna Norkina van het artikel over psychosociale zorg voor Oekraïense tieners in Delft. In hun artikel gaan zij in op hun

ervaringen met de ontwikkeling en de implementatie van een Supportgroep voor 12 tot 18-jarige vluchtelingen uit Oekraïne. Tot slot in dit nummer een vernieuwende en zeer veelbelovende toepassing van MBT bij mensen met een psychosegevoeligheid (MBTp). Jonas Weijers en zijn collega's Coriene ten Kate, Irma Siecker en Yvonne Noij van GGZ Rivierduinen gaan niet alleen in op de wetenschappelijke onderbouwing van MBTp, maar staan ook stil bij de praktische toepassing ervan en het verschil ten opzichte van reguliere MBT.

Natuurlijk raad ik iedereen aan dit nummer weer van A tot Z te lezen, maar daarnaast ook op een zondagmiddag een bezoek te brengen aan het Nederlands Fotomuseum in Rotterdam.

Salvatore Vitale

Literatuur

Chao, L. & Schilperoord, A. (2022). Reflectie op kleur. Lessen voor antiracisme in de praktijk. *LVB onderzoek & praktijk*, 20(2), p. 24-31.

Denderen, A. van (2003). *Go No Go*. Amsterdam: Mets & Schilt Uitgevers.

Mesman, J. (2021). *Opgroeien in kleur. Opvoeden zonder kleur*. Amsterdam: Uitgeverij Balans.

Morgan, H. (2021). *The work of whiteness - A psychoanalytic perspective*. London/New York: Routledge.

Nederlands Fotomuseum (2022). Eregalerij van de Nederlandse Fotografie. Verkregen op 20-02-2022 van <https://www.nederlandsfotomuseum.nl/tentoonstelling/eregalerij-van-de-nederlandse-fotografie/>

Schakenbos, M. (2022). De kleur van psychoanalyse. *Tijdschrift voor Psychoanalyse & haar toepassingen*, 28(2), p. 133-134.



Morris Nitsun (1943-2022), een zachtmoedige rebel

Vlak voor het uitkomen van zijn laatste boek overleed Nitsun Morris, een groot vakman die bewoog tussen destructie en creatie.

Door **Monique Leferink** op Reinink

De dood van Morris Nitsun, psychotherapeut en groepsanalyticus, is een groot verlies. In de eerste plaats voor zijn partner, zijn familie en vrienden. Daarnaast voor de leden van de Group Analytic Society International (GASi) en de International Association for Group Psychotherapy and Group Processes (IAGP), de vele kunstenaars met wie hij samenwerkte en alle cliënten en opleidingen voor wie hij van betekenis was.

Morris Nitsun staat bekend als een rustige, vriendelijke en bescheiden man. Vier jaar lang leidde hij iedere maand op zaterdag een groepsanalytische groep in Amsterdam of Haarlem, waaraan ik samen met een aantal collega's heb deelgenomen. We leerden hem kennen als diepmenselijk en zeer betrokken, open, wijs, intelligent, creatief en als iemand met een groot gevoel voor schoonheid en voor de betrekkelijkheid van het bestaan. Hij genoot ervan door het raam van de bovenverdieping van het grachtenpand in Amsterdam naar buiten te kijken, naar hoe het licht in de verte over de daken van de huizen viel. Zijn verlangen naar schoonheid zien we eveneens terug in de vele schilderijen die hij maakte: landschappen, zeegezichten en stillevens. Tot hij vlak voor de coronapandemie het roer omgooide en in zijn schilderijen op een zeer intuïtieve en expressieve manier naar buiten begon te brengen wat er innerlijk in hem leefde.

Zijn levensgeschiedenis en professionele geschiedenis heb ik eerder al geschetst in het In Memoriam in de Nieuwsbrief van de NVGP van 21-11-2022 en opnieuw, meer uitvoerig, in mijn bespreking van zijn laatste boek in dit nummer: *A psychotherapist paints, Insights from the border of art and psychotherapy*.

In deze nagedachtenis wil ik stilstaan bij de vernieuwing die Morris Nitsun steeds heeft gezocht en in veel opzichten ook heeft gebracht. Hij was iemand die, hoewel bescheiden, ook tegen heersende opvattingen in durfde te gaan. In die zin kun je hem zien als een zachtmoedige rebel, iemand die wist wat hij wilde bereiken, al moest dat tegen de stroom in, een rebel met een doel.

Terugblikkend op zijn leven valt me een aantal dingen op. Als kind in een Joods gezin, waarin beide ouders door de Holocaust een zeer belaste voorgeschiedenis hadden, opgroeiend in de benauwende atmosfeer van de apartheid in Zuid-Afrika, begon hij naast zijn school en studie te schilderen. In zijn eerste schilderij met olieverf, *Preparing a meal* (1960) maakt een ouder echtpaar gezamenlijk het eten klaar. Hier zien we de ambivalente blik van een adolescent, enerzijds betrokken en warm, anderzijds met afstand. Een afstand die hij vervolgens letterlijk zou nemen door na het winnen van een beurs voor een kunststudie, naar Londen te vertrekken. Nitsun was toen 23 jaar oud. Het hem terneerdrukkende Zuid-Afrika stond waarschijnlijk zijn verdere ontwikkeling in de weg, geschokt als hij was door de apartheid, de repressie en de strikte regels van het Joodse geloof, die hem geen enkele ruimte gaven voor het ontdekken van zijn (homo)seksualiteit.

In Londen koos hij voor een baan als klinisch psycholoog, waarin hij al snel succes had en veel erkenning kreeg. Daarnaast deed hij een parttime opleiding in de schilderkunst die hij bekostigde met zijn studiebeurs.

Na in psychoanalyse te zijn geweest, koos hij ervoor de analytische opleiding te doen. Aanvankelijk werd hij geweigerd, vanwege zijn homoseksualiteit. Later, toen visies wat veranderden en hij zich niet uit het veld liet slaan, werd hij alsnog aangenomen. Het was het begin van een lange, zeer vruchtbare carrière, zowel nationaal als internationaal.

Zijn professionele doorbraak vond plaats in 1996 met het boek *The Anti-Group: Destructive forces in the group and their creative potential*. Daarin reageerde Nitsun op Foulkes, die in zijn ogen de groep teveel idealiseerde. Nitsun staat in dit boek stil bij tal van elementen die, wanneer niet tijdig ondervangen, zich kunnen ontwikkelen tot een destructieve kracht in de groep. Met dit boek brak hij internationaal door vanwege zijn vernieuwende en baanbrekende visie op de schaduwzijde van groepen. Met het wijzen op de destructieve kracht die er in groepen kan ontstaan, schudde hij de groepstherapeutische wereld wakker. Tegelijkertijd bood hij hoop: in deze destructieve krachten school een potentieel, een vermogen tot groei. De basis voor het ontstaan van dit boek ligt waarschijnlijk in zijn vroege, persoonlijke ervaringen met geweld tijdens de apartheid. Hierdoor kwam hij al jong in aanraking met polarisatie en destructie. Vernieuwend is ook zijn benadrukken van de creativiteit die schuilt in destructie. Creatie werd een reddingsboei,

in zowel zijn persoonlijke als professionele leven.

Opvallend genoeg volgden hierna twee boeken die juist de aantrekkingskracht van een groep benadrukten: *The group as an object of desire: Exploring sexuality in group psychotherapy* (2006) en *Beyond the Anti-Group: Survival and transformation* (2015).

Een heen en weer bewegen tussen destructie en verlangen lijkt kenmerkend voor veel van Nitsuns werk, zowel in de boeken die hij schreef als in zijn schilderkunst. In zijn laatste boek, *A psychotherapist paints*, waarin zijn levensgeschiedenis, zijn werk als psychotherapeut en zijn kunst prachtig

samenkomen, noemt hij opnieuw hoe destructie altijd voorafgaat aan creatie.

Hiermee is creatie voor hem een onuitputtelijke bron van hoop, zoals hij ook laat zien in de reflectie op zijn vrij recente serie schilderijen rond het thema 'nature'.

Op het NVGP-congres in 2014 konden we zien hoe vaardig Nitsun een groep leidde, anti-groep-elementen wist te ondervangen en hoe de groep op die manier onbelemmerd verder kon met het proces. Silvia Pol (2015) deed hier destijds in *Groepen* verslag van. In een lezing op het congres van het Israeli Institute of Group Analysis (IIGA) in Gonen



(Leferink op Reinink, 2016) pleitte Nitsun voor meer creativiteit in onze professionele organisaties, zodat deze niet verworden tot nietszeggende bolwerken. Hij ried psychotherapeutische organisaties onder meer aan prijsvragen uit te schrijven voor het beste essay. Een idee voor de NVGP?

In zijn latere jaren, mede beïnvloed door het boeddhistische gedachtegoed, stond Nitsun stil bij het belang van vergeving. Op het NVP-congres in 2017 hield hij de lezing *From hate to forgiveness in individuals, groups, and society*. In een daaraan gekoppelde middagworkshop liet hij deelnemers stilstaan bij wat zij precies aan gedachten en gevoelens ervoeren wanneer zij gekwetst waren en hoe zij dit in het contact met de betreffende ander konden uiten. Salvatore Vitale (2018) deed hier destijds in *Groepen* verslag van.

In de tuin van zijn huis in Hove stond een boeddhabeeld. Nitsun had het in Indonesië besteld. Toen het aankwam bleek het beeld evenwel erg donker, waarop hij besloot het goud te verven. Ieder ochtend keek hij, terwijl hij ontbeet, door het raam naar de Boeddha, die nu een stuk gelukkiger leek. Maar Boeddha maakte ook Nitsun gelukkiger.

In zijn reflecties bij 'Nature' in zijn laatste boek, een serie schilderijen ontstaan vanuit zijn wandelingen in de natuur, noemt hij hoe hij zich aangetrokken voelt tot het boeddhistisch gedachtegoed waarin vergankelijkheid zo centraal staat. Vergankelijkheid, van waaruit ontstaan plaatsvindt, ontstaan dat tot vergankelijkheid leidt, een eeuwige beweging in een onlosmakelijke, voortdurende verstrengeling, Nitsun ervoer het als troostend.

Met zijn laatste boek brengt Nitsun een prachtige en indrukwekkende integratie van alle aspecten van zichzelf en zijn levensgeschiedenis tot uitdrukking. In dit laatste, postuum verschenen werk laat hij zien hoe hij met zijn niet aflatende moed de integratie van verschillende aspecten in zichzelf heeft gezocht en gevonden, hoe hij tegen heersende opvattingen in durfde gaan, hoe zijn jeugdherinneringen diep verankerd waren en hij steeds weer op zoek bleef gaan naar vernieuwing en creatie.

Morris Nitsun heeft ons veel gegeven. Nu is het aan ons zijn visie door te geven.

De wereld van dauw

is een wereld van dauw

maar toch, maar toch

(Issa)

Literatuur

Leferink op Reinink, M. (2016). Exchange & growth in groups. Verslag van de derde internationale IIGA-conferentie. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 11(3), pp. 38-44.

Nitsun, M. (1996). *The Anti-Group: Destructive forces in the group and their creative potential*. London: Routledge.

Nitsun, M. (2006). *The group as an object of desire: Exploring sexuality in group psychotherapy*. London: Routledge.

Nitsun, M. (2015). *Beyond the Anti-Group: Survival and transformation*. London: Routledge.

Pol, S. (2015). Opnieuw aan het denken gezet. Verslag van de lezing en masterclass van Morris Nitsun op het NVGP-congres 'De groep dichtbij, dicht bij de groep' op 14 november 2014. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 10(1), pp. 13-18.

Vitale, S. (2018). Werken met haat en vergeving in individuele- en groepstherapie. Een verslag van de workshop van Morris Nitsun. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 13(1), pp. 63-67.

Verbroken verbinding: vinger aan de pols!

Op de laatste avond van een prettig bezoek aan een besneeuwd Helsinki gleed ik uit en brak ik mijn pols. Naar een vreemd ziekenhuis, midden in de nacht. Ondanks de drukte werd ik snel en goed geholpen. De breuk was complex en een operatie onafwendbaar. De instructie was me meteen de volgende dag te melden bij mijn ziekenhuis in Nederland. 'On Sunday?' Jazeker. Rechtstreeks uit Schiphol, inmiddels door de pijnstillers heen, vervoegde ik mij op de spoedafdeling. De eerste reactie aldaar was: 'Nou, dáár gaan we vanavond niets aan doen.' Ik zei niet te verwachten dat er geopereerd ging worden, maar dat ik de instructies van de Finse arts opvolgde. 'Ja, dat zeggen ze allemaal', was de spottende reactie. De dienstdoende verpleegkundige hoefde de röntgenfoto's uit Helsinki niet te zien, maar permitteerde zich wel en passant te betwijfelen of er überhaupt geopereerd zou worden. Ook wist ze als een soort helderziende te constateren dat ik mijn arm in het vliegtuig verkeerd had gepositioneerd. En met zwellingen zouden ze zéker niet gaan opereren. Ik vroeg iets tegen de pijn. Kennelijk een lachwekkende vraag – ik moest maar een paracetamolletje halen in de supermarkt. En maandagochtend de poli bellen.

Na een pijnlijke nacht belde ik de poli. 'Nee, zo werkt het niet mevrouw, waarom dit ziekenhuis?!' Ik: 'Dit is mijn ziekenhuis,

waar ik al twintig jaar kom, wilt u mijn patiëntnummer?' Mijn antwoord bleek niet te voldoen. 'Heeft de Finse dokter een verwijzing voor dit ziekenhuis geschreven? Nee? Dan moet u eerst naar de huisarts.' Ik belde mijn huisarts en vroeg om een verwijzing. Maar de assistente wilde een afspraak plannen. 'Ik wil geen afspraak, ik wil een verwijzing!' Inmiddels huilde ik van onmacht en wanhoop. 'Niet van verdriet', zei ik erbij, hetgeen de assistente hoorbaar opluchtte, waarop ze vervolgde met 'U móet langskomen, anders krijgt u géén verwijzing.' Speciaal voor mij had ze drie uur (!) later een afspraak bij de huisarts ingepland, zodat zij mijn pols kon inspecteren. 'En ze komt er niet aan!' schreeuwde ik. Gelukkig luisterde de huisarts: ze bleef weg van mijn pols en maakte een afspraak met de chirurg. Mijn wederwaardigheden van de vorige dag vond ze 'jammer'. Een 'communicatieprobleem'. Ik zag het anders. Ik werd afgepoeierd. En ja, ik werd behandeld... als een kleuter. Sowieso is huisartsenbezoek tegenwoordig een dingetje, althans in mijn ervaring. Om een afspraak te krijgen moet je eerst langs Fort Knox: de assistenten die de ongetwijfeld drukke agenda's als een Cerberus bewaken en je ongetwijfeld onbedoeld de indruk geven een zeurende lastpak te zijn. Je krijgt een standje als je een formulier in hun ogen een kwartier te vroeg ophaalt. Je kunt vertrekken als je vriendelijk vraagt een loslatend en postoperatief aangebracht

armverband opnieuw te verbinden omdat je een half uur later moet lesgeven – ze kan immers ‘niet plotseling alles uit haar handen laten vallen’ (gelukkig was er een behulpzame apothekersassistente een deur verder). En als je bij een falende coronapas navraag doet of de coronavaccinatie wel aan het RIVM is doorgegeven, beleggen zowel arts als assistent als vanzelfsprekend de fout bij het RIVM – achteraf bleek dat de praktijk nalatig was geweest.

Veronderstellen, afschuiven, je het gevoel geven dat je onterecht bij de zorg aanklopt, ontbrekende empathie. Een verbroken verbinding of eigenlijk niet aangegaan contact. Vooral bij medewerkers in grensrollen – assistenten, planners, receptionisten – lijkt hun worsteling met een veelheid aan verzoeken en de mondigheid van de hedendaagse burger zich te uiten in onpersoonlijk en afhoudend optreden. De patiënt verwijt de zorgverlener afpoeiergedrag en de medewerker zegt last te hebben van de eisende reacties van de patiënt. Een zich gemakkelijk versterkende negatieve spiraal. En dat in een ingewikkelde relatie waarin sprake is van macht en afhankelijkheid en waar sowieso al dan niet afgeweerde agressie op de loer ligt. Hoe, in de woorden van Edith Eger (2020), niet te reageren maar te resonderen? En hoe ontvankelijk te zijn voor de behoeftige patiënt maar ook aandacht te hebben voor de onder druk staande medewerker?

De hierboven beschreven ervaringen dienen uiteraard te worden beschouwd in de context van schrijnende personeelstekorten en een fenomenale werkdruk als gevolg daarvan. De coronapandemie kwam daar nog eens over heen. Medewerkers staan enorm onder

druk die ze onbewust en onbedoeld doorgeven aan patiënten. Hoe aandacht en empathie op te brengen voor de patiënt als je zelf niet gezien of gewaardeerd wordt? Bijvoorbeeld door leidinggevenden die zelf ook weer onder druk staan? Ik moet denken aan een vriendin die als vrijwilligster naar Centraal Afrika vertrok om zorg te verlenen in een lokaal ziekenhuis. Van de spaarcentjes van haar kinderen kocht ze kleurboeken en kleurpotloden voor de kleintjes aldaar. Wat trof haar verbazing bij een volgend bezoek: de moeders waren ermee aan het kleuren. De vraag is of de noden van de zorgmedewerkers worden onderkend. Krijgen zij de aandacht die ze verdienen? Hoe worden zij ondersteund in hun werk en het niet-aflatend beroep dat op hen wordt gedaan met de verwachting altijd te leveren?

*Professionaliteit gaat
ook over houding:
het aangaan van contact
en ontvankelijkheid
voor de ander*

Betere arbeidsvoorwaarden, meer personeel en hogere waardering voor de zorg zijn essentieel. Maar dat is niet stante pede geregeld. Daarnaast, ondanks de moeilijke hedendaagse omstandigheden waarin zorgmedewerkers werken en de begrijpelijke sociale afweer (Menzies-Lyth, 1960), zijn er voorbeelden waar de druk kennelijk dusdanig wordt gehanteerd dat ze niet (onbewust) wordt afgewenteld op de patiënt. Zo herkent een deel van mijn sociale omgeving mijn

ervaringen; een ander deel minder, zeker als het over huisartspraktijken gaat. Maar ook ik heb positieve ervaringen, zoals in dat Finse ziekenhuis, waar ik gezien werd, er ruimte was voor grapjes en gesprekjes en waarbij een zorgverlener mij om vier uur in de ochtend naar buiten begeleidde om een taxi te vinden. Of de huisartsenpraktijk van mijn moeder, die ik als dochter vaak heb gebeld en waar ik altijd met geduld en aandacht te woord werd gestaan. Het kan dus anders.

Het is te gemakkelijk om de verantwoordelijkheid te leggen bij de vermeende 'professionaliteit' van de individuele medewerker, zoals vaak wordt gedaan. Sowieso is het veelal niet duidelijk wat met 'professionaliteit' wordt bedoeld. Voor mij gaat het over meer dan kennis en vaardigheden. Het gaat ook over houding: het aangaan van contact en ontvankelijkheid voor de ander, empathie, reflectief en reflexief vermogen. En juist die aspecten staan onder druk. Niet omdat medewerkers niet deugen, maar omdat spanningen die ontspruiten aan de complexe realiteit deze houding kunnen ondermijnen. Voor velen staat professionaliteit voor de welbekende 'McDonald's-smile', waarbij emoties nooit getoond mogen worden. Maar dat is onmogelijk en zelfs onwenselijk. Juist in een organisatie- of afdelingsklimaat waarin de bij de werkdruk behorende emoties mogen worden gevoeld en geventileerd, opdat er in gezamenlijkheid op kan worden gereflecteerd, is de kans het kleinst dat deze emoties worden uitgegeerd in het contact met de patiënt.

Jan Carlzon (1989), voormalig ceo van Scandinavian Airline Systems, gebruikte de term 'moments of truth' voor het contact tussen een SAS-medewerker en een klant. Want dáár gebeurde het, dáár werd kwaliteit geleverd en waarde toegevoegd, of niet. Het was aan het management om de medewerkers hierin te ondersteunen – het begrip 'de omgekeerde piramide' was van hem. Ook de kwaliteit van de hier-en-nu-ontmoeting tussen zorgverlener en patiënt is cruciaal, naast die van het medisch handelen. De uitkomst van het medisch handelen staat niet los van het vertrouwen van de patiënt in de zorgverlener(s). De patiënt in de ogen kijken in plaats van het computerscherm ertussen zetten, met aandacht luisteren naar zijn of haar unieke verhaal in plaats van meteen grijpen naar het protocol. Maar ook begrip voor en uitleg van de grenzen van wat de medewerker op dat moment wel en niet kan betekenen. Met waarderende opmerkingen van beide kanten. De zorgorganisatie zou medewerkers hierin moeten faciliteren. Maar ook zorgverlener en patiënt kunnen er samen aan werken door stil te staan, al is het kort, bij de kwaliteit van hun ontmoeting. Ondanks de nood van de patiënt en de afgeweerde spanning van de zorgverlener, hebben ze samen een kans om de hier-en-nu-ontmoeting te vermensenlijken.

Hoe liep het af met de polsbreuk? Geassembleerd en verbonden in een geslaagde operatie uitgevoerd door een kundige arts, en inmiddels herstellende met de hulp van een aandachtige ergotherapeute. Er gaat gelukkig ook veel goed. Mijn respect voor zorgverleners is groot.

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

Literatuur

.....

Carlzon, J. (1989). *Moments of truth*. New York: Harper-Collins.

Eger, E. (2020). *The gift*. New York: Scribner Book Company.

Menzies-Lyth, I. (1960). Social systems as a defense against anxiety. *Human Relations*, 13, p. 95-121.

.....

MBT voor mensen met een psychosegevoeligheid

De auteurs van dit artikel ronden in 2020 de eerste RCT naar de effectiviteit van MBT voor mensen met psychosegevoeligheid (MTBp) af. De doelgroep heeft een beperkt epistemisch vertrouwen en mentaliserend vermogen en wellicht moet groeps therapie (MBT dan wel anderszins) bij uitstek in zijn behandelaanbod worden opgenomen, omdat sociale deprivatie en vervreemding een grote rol speelt in het ontstaan van psychoses. Er zijn wel verschillen tussen MTB en MTBp. Zo kan niet alleen de presentatievorm van mentaliserende tekorten anders zijn, ook wordt van therapeuten dikwijls gevraagd zich anders te verhouden tot de psychosegevoelige cliënt. De auteurs bespreken de verschillen uitgebreid.

Door Jonas Weijers, Coriene ten Kate,
Irma Siecker en Yvonne Noij

Mentaliseren is het vermogen om te begrijpen dat ons gedrag en dat van anderen beïnvloed wordt door subjectieve belevingen als gedachtes, gevoelens, wensen en herinneringen (Bateman & Fonagy, 1999). Mentaliseren is een multidimensioneel construct bestaande uit afzonderlijke aspecten, zoals *theory of mind* (het vermogen je een beeld te kunnen vormen van de geest van anderen), empathie (het vermogen mee te voelen met de ander), mindfulness (het vermogen je gewaar te worden van je eigen actuele mentale toestand) en reflectief vermogen (het vermogen te kunnen nadenken over de eigen mentale toestand). Goed mentaliseren is het vinden van een balans, of eerder een goede samenwerking, tussen deze aspecten. Mentaliseren is niet alleen van belang om tot een beter begrip te komen van onszelf en anderen, maar ook om onze emoties te reguleren en om onze relaties relatief soepel te laten verlopen. In de theorie over mentaliseren staat het reflectief vermogen centraal, dat afneemt naarmate de emotionele spanning toeneemt. Dit principe zal voor iedereen uit ervaring bekend zijn. Als we woedend zijn op iemand, wordt het lastig diens goede kanten op waarde te schatten. Als we ons onrechtvaardig behandeld voelen, is het dikwijls lastig om ons eigen aandeel nog te zien. Er is tevens wetenschappelijk bewijs dat nadenken lastiger wordt wanneer wij overweldigd

raken door emotie. Bij overmatige emotionele stress, wordt de regulering van de hersenactiviteit door de prefrontale cortex, het 'denkende brein', ondermijnd en overgenomen door subcorticale structuren, ook wel het 'emotionele brein genoemd' (Arnsten, 2009). Dit proces stelt ons in staat snel en instinctief te reageren op situaties, maar gaat ten koste van 'hogere orde' cognitieve processen zoals zelfreflectie, een kernaspect van mentaliseren. Hoe we de wereld en de ander zien wordt dan bepaald door hoe wij de wereld willen zien, we staan niet meer open voor andere perspectieven, wat het bemoeilijkt om te komen tot een sociaal geconstrueerde, gedeelde opvatting van de realiteit.

Deze menselijke tendens onderstreept het belang van sociale interactie in ruimere zin en groepstherapie in engere zin. Als sociale wezens zijn wij mensen namelijk aangewezen op de hulp van anderen bij de verwerking van pijnlijke emoties en anderen helpen ons om ons beeld van de werkelijkheid niet volledig te laten kleuren door onze verlangens en behoeftes. Het vermogen om te reflecteren laat ons immers vaak in de steek wanneer de pijn te groot is. We hebben de input van anderen nodig om ons begrip van onszelf en de ander continu bij te stellen, omdat we dat alleen niet kunnen bolwerken. We hebben het nodig te praten over onze gevoelens en af te stemmen met anderen om een voldoende helder en coherent beeld te behouden van de (sociale) realiteit.

Voor mensen die in de groep Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA) vallen, onder wie mensen met een ernstige borderline persoonlijkheidsstoornis of een psychosegevoeligheid, is het contact aangaan met anderen een lastig gegeven. Het vermogen

om open te staan voor andermans inzichten, hangt naast het vermogen emoties te reguleren namelijk af van het vermogen te vertrouwen dat anderen a) iets zinnigs te melden hebben over onze eigen subjectieve ervaringen en b) welwillend van aard zijn. Dit heet 'epistemisch vertrouwen'. EPA-cliënten hebben een chronisch gebrek aan epistemisch vertrouwen en zien anderen dus als onbetrouwbare informatiebronnen. Zij leren doorgaans minder goed van anderen en neigen echt contact met anderen te vermijden, waardoor er zich een risico ontwikkelt op het ontstaan van psychische en sociale problemen.

De therapeut wordt in eerste instantie tegemoet getreden met sceptis en wantrouwen

Dat het EPA-cliënten aan epistemisch vertrouwen ontbreekt, heeft voor een deel te maken met vroegkinderlijke, negatieve ervaringen en de daaruit voortvloeiende onveilige gehechtheidsstijlen. Epistemisch vertrouwen wordt in de jeugd jaren ontwikkeld wanneer er sprake is van veilige gehechtheid. Vroegkinderlijke onveilige gehechtheidsrelaties resulteren in een gebrek aan vertrouwen in jezelf en de ander. Uit onderzoek blijkt dat EPA-cliënten vaak een veilige hechtingsomgeving ontbeerden, met een onveilige gehechtheidsstijl als gevolg (Voestermans e.a., 2020).

Veilige gehechtheid bevordert ook de ontwikkeling van mentaliseren. In een veilige omgeving durven kinderen te exploreren en

de inhoud van hun eigen geest en die van anderen te onderzoeken. Wanneer er sprake is van mishandeling, misbruik of verwaarlozing, is het te pijnlijk voor het kind om zich te verplaatsen in de ander, wat ten koste gaat van de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen (Fonagy & Allison, 2014). Het epistemisch wantrouwen, onveilige hechting en beperkt mentaliserend vermogen zijn factoren die veranderingsgerichte psychotherapie bemoeilijkt. Het is onze ervaring dat er veel moed nodig is om kwetsbare, schaamtevolle, persoonlijke onderwerpen uit te werken met een (in eerste instantie) onbekende hulpverlener. Deze therapeut wordt in eerste instantie namelijk tegemoet getreden met (al dan niet openlijke) scepsis en wantrouwen. In het verleden werden daarom mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis of een psychosegevoeligheid gelabeld als 'niet reagerend' op veranderingsgerichte psychotherapie.

Bij psychosegevoeligheid

Er is weinig bekend over epistemisch vertrouwen bij cliënten met psychosegevoeligheid. Onderzoek heeft echter wel aangetoond dat de gehechtheidstijl van 70% tot 89% van psychosegevoelige cliënten gekenmerkt wordt door wantrouwen jegens de ander (Gumley e.a., 2014). Waarschijnlijk staat (vroegkinderlijk) trauma aan de wieg van die onveilige gehechtheidstijl. Een meta-analyse uit 2012 toonde aan dat cliënten met psychosegevoeligheid driemaal vaker het slachtoffer waren van mishandeling of misbruik in de kindertijd (Varese, 2012). Later in hun leven hebben cliënten met een psychosegevoeligheid een grotere kans om gebeurtenissen mee te maken die het

vertrouwen in anderen schaden, omdat zij in de regel regelmatig geconfronteerd te worden met ervaringen van buitensluiting (Selten & Cantor-Graae, 2005). Anderen, ook behandelaren, worden gewantwoord, wat traditionele psychotherapeutische behandelingen bemoeilijkt.

Niet alleen het vermogen te vertrouwen op anderen, maar ook het vermogen te mentaliseren is beperkt in deze doelgroep. Chris Frith (1992), opperde als eerste dat een beperkt vermogen om zich een voorstelling te kunnen maken van de eigen geest en die van anderen zelfs hét onderliggend kernsymptoom van psychose is. Immers, achtervolgings-, betrekings- en vervolgingswanen hangen per definitie samen met een onvermogen om te kunnen interpreteren wat anderen denken of voelen. Affectvervlakking komt mogelijk voort uit het onvermogen te begrijpen dat bepaalde gebaren, uitdrukkingen en intonaties mentale toestanden communiceren (Frith, 1992). Als laatste draagt een verminderd mentaliserend vermogen bij aan het beperkte sociaal functioneren van deze doelgroep. Een beperkt mentaliserend vermogen maakt sociale interactie overwelkend complex en onbegrijpelijk, wat ertoe leidt dat cliënten zich terugtrekken uit sociaal contact of dat ze buitengesloten worden. De hypothese van Frith (1992) is inmiddels robuust ondersteund door empirisch onderzoek, maar is intussen ook wat bijgeschaafd. Recent onderzoek laat zien dat het mentaliserend vermogen van mensen met een psychosegevoeligheid op meerdere gebieden beperkt is, zelfs beperkter dan dat van andere EPA-doelgroepen zoals cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (Ridenour, 2021). Meerdere meta-analyses concludeerden dat cliënten met psychose-

gevoeligheid slecht presteren op diverse aspecten van mentaliseren, zoals het innen van andermans perspectief (Sprong e.a., 2007), het begrijpen van emotionele expressies van anderen (O'Driscoll e.a., 2014) en het herkennen en verwoorden van de eigen emoties (Brunelin e.a., 2007; Trémeau 2006). Deze beperkingen zijn gerelateerd aan zowel positieve (McLeod e.a., 2014) als negatieve symptomen (McLeod e.a., 2014; Weijers e.a., 2018). Tegenwoordig wordt het mentaliserend vermogen meer en meer beschouwd als een beschermende factor tegen het ontstaan van psychoses. Een adequate ontwikkeling van mentaliserend vermogen bij kinderen die stemmen horen, vermindert de kans dat zulke symptomen zich vervolgens ook tot waanideeën ontwikkelen (Bartels-Velthuis e.a., 2011). Vermoedelijk stelt mentaliseren mensen in staat om andere perspectieven in te nemen ten opzichte van hun subjectieve ervaringen en zodoende de soms vervreemde ervaringen te herinterpreteren.

MBT

Onderzoek heeft aangetoond dat cliënten met een beperkt mentaliserend vermogen effectieve behandeling kunnen volgen. Fonagy en Bateman hebben vanaf 1999 met longitudinaal onderzoek laten zien dat mentaliseren bevorderende therapie (MBT) goede effecten kan sorteren bij cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS). Het kerndoel van MBT is om het mentaliserend vermogen te bevorderen. Dit betekent dat in de therapie wordt geoefend met het handhaven en vergroten van het reflectief vermogen, terwijl emoties bewust gevoeld worden binnen een therapeutische

relatie. Therapeut en cliënt werken samen om *arousal* te reguleren en gevoelens te begrijpen en valideren. Samen met de therapeut (en de groepsgenoot) probeert men stil te staan bij en te reflecteren op automatische reflexen, kernaannames en emoties van de cliënt en groepsgenoten. Leren stilstaan bij de belevingen van jezelf en anderen is centraal in deze vorm van therapie. Deze *evidence based* MBT-behandeling veroorzaakte een kentering in het denken over en psychotherapeutische behandeling van cliënten met een BPS in de geestelijke gezondheidszorg, vooral omdat cliënten met deze diagnose eerder door sommigen als chronisch en onbehandelbaar beschouwd werden.

In MBT staan vier hoofdprincipes centraal: een 'niet-wetende' betrokken therapeutische houding, focus op het interpersoonlijke proces, een focus op actueel affect, en zorgvuldige aanpassing van het interventieniveau aan het spanningsniveau van de cliënt. Ten eerste wordt in de MBT-behandeling benadrukt dat therapeuten een 'niet-wetende' betrokken houding aannemen, met oprechte interesse in de huidige ervaring van de cliënt en een authentiek contact aangaan. Belangrijk is om geen eigen interpretatie aan de cliënt op te dringen. De therapeut maakt menselijk contact met de cliënt die eigen betekenisvolle belevingen en intenties heeft, die de therapeut samen met de cliënt tracht te begrijpen vanuit de subjectieve ervaringen van de cliënt (Debbané e.a., 2016; Fonagy e.a., 2017). Hoewel dit binnen psychotherapeutische behandeling vanzelfsprekend is, is dit niet altijd zo vanzelfsprekend in de psychosezorg. Ten tweede focust de therapeut op het interpersoonlijke proces tussen therapeut en

cliënt en tussen cliënten onderling. Wanneer de cliënt zich voldoende 'gementaliseerd' oftewel in het contact begrepen voelt, door zijn therapeut of groepsleden, kan de cliënt zich veilig en verbonden genoeg gaan voelen om weer te kunnen leren van andermans perspectieven en de eigen houding ten opzichte van de sociale wereld herinterpreteren (Fonagy & Allison, 2014). Ten derde focust de therapeut zich vooral op de actuele affectieve ervaring van de cliënt, minder dan op de inhoud van het verhaal. Door de cliënt te helpen te reflecteren op de huidige gevoelde ervaring, kan de dominantie van emotie-gedreven processen verminderen ten behoeve van een complexere modus van informatieverwerking, te weten: 'gementaliseerde affectiviteit' (Debbané e.a., 2016). De therapeut nodigt de cliënt uit om woorden te gaan geven aan de eigen binnenwereld. Het idee is hier dat wanneer een cliënt kan reflecteren op zijn emoties terwijl die ervaren worden, de grip van emotie op het denken wat losser wordt en dit de cliënt in staat stelt om wat flexibeler te worden in diens overtuigingen. Zo oefent de cliënt met het zich niet mee laten voeren, maar wel bewust ervaren van eigen emoties. Ten vierde wordt de complexiteit van interventies aangepast aan de emotionele spanning die de cliënt ervaart. Interventies zijn ingetogen en to-the-point. Fonagy en Bateman (2006) schrijven daarover: 'Psychotherapeuten van allerlei oriëntaties proberen vaak diepzinnige inzichten te verschaffen met betrekking tot psychische problemen, maar doen dat op een moment waarop de capaciteit voor effectief, expliciet mentaliseren praktisch ontoegankelijk is.' Te weinig emotionele spanning levert te weinig materiaal op om actief te kunnen

reflecteren, terwijl een teveel aan spanning het reflectief vermogen ondermijnt. Bij een gebrek aan spanning kan confrontatie helpen, terwijl bij te veel spanning steunende interventies zoals het valideren van emoties kan helpen. Bij een optimaal spanningsniveau kan daadwerkelijk gereflecteerd worden op emoties in het hier en nu. Karterud (2015) beschrijft enkele groepsinterventies die door de hulpverlener gebruikt kunnen worden om emoties te reguleren. Met 'kant kiezen', waarbij de therapeut het actief opneemt voor een cliënt die onder druk gezet wordt door een groep, kan een therapeut ervoor zorgen dat deze cliënt zich niet buitengesloten voelt (wat overmatig veel spanning geeft). Zo wordt benadrukt dat er meerdere kanten aan een verhaal zijn, en dat blijven mentaliseren over de beleving van mensen die buiten de boot dreigen te vallen noodzakelijk is. Met 'triangulatie' wordt een heftige emotionele interactie tussen groepsleden (of therapeut en groepslid) verdund door een ander groepslid te betrekken bij het gesprek. Met 'parkeren' krijgt iemand die het moeilijk lukt te mentaliseren even de tijd om op adem te komen en focus te herpakken.

MBTp

De belangstelling om MBT toe te passen bij psychosegevoelige cliënten (MBTp) groeit. Dit roept ook discussie op: wordt de psychosegevoelige cliënt niet overschat door MBTp aan te bieden? Het doel van MBTp is immers om mensen met beperkingen in het mentaliserend vermogen te laten reflecteren en om mensen met sociale- en bindingsangst een langdurige groepspsychotherapie te bieden. Het geven van langdurige, psycho-

dynamisch georiënteerde groepstherapie aan mensen met een psychosegevoeligheid heeft lange tijd op verzet gestuit. Psychodynamische psychotherapie zou niet bijdragen aan herstel, en bovendien gevaarlijk kunnen zijn (Lehman & Steinwachs, 1998). Genoemde bezwaren zijn dat groepstherapie deze

*Eenzaamheid blijkt
sterk gecorreleerd
aan de hevigheid van
psychotische ervaringen
in het dagelijks leven*

cliënten te sterk zou belasten, of dat ze zouden ontregelen omdat sociaal contact te veel spanning met zich meebrengt. Inmiddels heeft onderzoek aangetoond dat psychodynamisch georiënteerde psychotherapie van toegevoegde waarde kan zijn aan medicamenteuze behandeling (Rosenbaum e.a., 2012) en dat het behandelen van veelal onderliggende trauma's veilig kan en tot vermindering van psychotische klachten leidt (van den Berg, 2015).

Wellicht dat groepstherapie (MBT dan wel anderszins) bij uitstek in het behandelaanbod opgenomen moet worden voor cliënten met psychosegevoeligheid. Vele onderzoeken hebben namelijk aangetoond dat sociale deprivatie en vervreemding een grote rol speelt in het ontstaan van psychoses. Sociale uitsluiting blijkt een sterke voorspeller voor de ontwikkeling van een psychotische stoornis (Selten e.a., 2013) en eenzaamheid blijkt sterk gecorreleerd aan de hevigheid

van psychotische ervaringen in het dagelijks leven (Steenkamp e.a., 2019). Psychose valt vaak samen met een verlies van sociaal geconstrueerde betekenis (in het Engels zo mooi 'common sense' genoemd), waardoor er verminderd toegang is tot andere perspectieven die nodig zijn om tot een coherent(er) wereldbeeld te komen (Fuchs, 2015). Bovendien is functioneel herstel wel degelijk mogelijk, zo toonde een recente meta-analyse aan (Leonhard, e.a., 2017), maar daarbij zijn sociale factoren zoals verbondenheid (Eisenstadt, e.a. 2012; Hendryx, Green & Perrin, 2009) en het ervaren van sociale steun (Norman, e.a. 2013; Thomas, e.a. 2016) cruciaal.

Groepstherapie kan onzes inziens daarom bij uitstek een middel zijn om mensen met een psychosegevoeligheid weer in verbinding te brengen met de eigen binnenwereld en een gedeelde sociale werkelijkheid. Blootstelling aan andere perspectieven binnen de veilige omgeving van groepstherapie draagt bij aan leren twijfelen aan de eigen 'waarheid' en het positieve effect van sociaal leren bevordert flexibelere relationele patronen (Blom & Colijn, 2012). Karterud (2015) stelt dat therapeutische groepen gebruikmaken van de diepe behoefte aan geborgenheid in een sociale omgeving.

De MBTp groepstherapie is gericht op binding (groepscohesie) en geborgenheid (een veilige groep). Bij mentaliseren bevorderende groepstherapie staat de beleving van de cliënt centraal. De therapeut ondersteunt en helpt veranderingen van de groepsleden tot stand te brengen. Betrokkenheid bij de groep wordt gestimuleerd dankzij congruentie, betekenisverlening van wat zich in de groep en bij individuele leden afspeelt (een pendelen tussen interactie in de groep en

de individuele belevingswereld]. Zo ontstaat belangstelling van de cliënt voor zichzelf en de anderen en onderlinge manieren van omgaan met relaties. Cliënten leren elkaar beter te begrijpen. De eigen belevingswereld en de manier van omgaan met anderen staan centraal. De verhalen van lotgenoten functioneren als voorbeelden en geleerde lessen (psycho-educatie) dragen bij aan het creëren van hoop (motivatie), doen beseffen dat de eigen problemen niet uniek zijn maar juist vergelijkbaar met anderen (universaliteit), geven een gevoel van betekenis te zijn voor anderen (altruïsme en identiteit), geven een corrigerende emotionele ervaring (*exposure*) en bieden een kans om sociale vaardigheden te leren (door oefening en imitatie).

Door goed af te spreken wat de basisregels zijn van de groep, proberen we nieuwe leerervaringen te creëren waarin de cliënt zich vanuit een reflectieve houding anders leert te uiten, met oog voor zowel zichzelf als de ander. Hierdoor kan de cliënt leren hoe belangrijk het is dat er sensitief en responsief met emoties wordt omgegaan. Deze leerervaring is volgens ons in het bijzonder van belang voor de psychosegevoelige cliënt omdat zij het grootste risico lopen afgesneden te raken van sociaal contact. Door woorden te geven leren geven aan ervaringen, belevingen en gevoelens ondervangt men het proces van sociale isolatie en vervreemding.

Geleerde lessen

Onderzoek naar MBT bij psychosegevoelighed (MBTp) staat nog in de kinderschoenen – veel is nog onbekend over hoe MBT het best toegepast kan worden bij deze doel-

groep – maar internationaal wordt er meer en meer onderzoek gedaan, waaronder in Amerika (Brent e.a., 2014; Ridenour, 2020), Spanje (Lana, 2017), Engeland (Salaminios, 2021), Zwitserland (Debbané e.a., 2016) en Nederland (Weijers e.a., 2021).

Het eerste onderzoek naar MBTp toonde aan dat MBTp veilig toepasbaar is (Lana, 2017). Dit onderzoek heeft laten zien dat MBTp groepstherapie als zeer acceptabel en heilzaam wordt ervaren door cliënten zelf. In deze studie was de incidentie van zogenoemde *adverse events* (hospitalisering, crises, suïcidaal gedrag en automutilatie) erg laag.

In 2020 ronden wijzelf bij GGZ Rivierduinen en Altrecht de eerste Randomized Controlled Trial naar de effectiviteit van MBTp af. Daarin werd een controlegroep, die Flexible Assertive Community Treatment (FACT) kreeg, vergeleken met een groep die daarnaast ook MBTp kreeg. FACT-teams zijn

De vooruitgang in de MBTp groep bleek robuuster dan die van de controlegroep

gespecialiseerd in het bieden van farmacotherapie, (individuele) cognitieve gedragstherapie en steunend structurerende behandeling, alsmede trajectbegeleiding aan EPA-cliënten. MBTp werd als adjunct-behandeling naast FACT aangeboden en bestaat uit een wekelijkse groepssessie en een individuele sessie eens per twee weken. Ook uit dit onderzoek bleek dat MBT veilig in te zetten is bij psychosegevoelige cliënten:

er werden minder cliënten die de MBTp-groep actief volgden opgenomen als gevolg van een verslechtering van hun stoornis dan in de controleconditie. Het onderzoek liet verder zien dat zowel in de controlegroep als in de MBTp-groep een grote vooruitgang te zien was op onze primaire uitkomstmaat, sociaal functioneren, zonder significant verschil tussen de groepen. Wel bleek de vooruitgang in de MBTp groep robuuster dan die van de controlegroep. Een half jaar na het einde van de therapie bleven de verbeteringen behouden en waren ze toegenomen ten opzichte van de controlegroep. Daarnaast lieten cliënten die de MBTp-module hadden gevolgd een grotere vooruitgang zien op verscheidene maten van mentaliserend vermogen en lieten ze een grotere daling in sociale stress zien. Ten slotte bleken cliënten met een relatief recentere eerste psychose beter te reageren op de therapie. Een vervolgonderzoek dat momenteel wordt uitgevoerd bij GGZ Rivierduinen en Altrecht moet uitsluitsel geven of vijf jaar na beëindiging van de behandeling deze behaalde resultaten nog steeds aanwezig zijn, en of MBTp op langere termijn van toegevoegde waarde kan zijn.

Verschillen tussen MBT en MBTp

In de kern is de benadering voor psychose-gevoeligheid niet anders dan die met borderline cliënten. Centraal in MBTp staat het oefenen met het mentaliseren ten tijde van stress en emotionele spanning. Dat houdt in dat men gedurende sessies ook oefent met het vermogen om te reflecteren op de – soms (rand)psychotische – subjectieve ervaring. Daarbij is het belangrijk aandacht te hebben voor de zogenoemde prementali-

serende modi van de cliënten. Vreemde ervaringen behorend bij psychose worden vaak geïnterpreteerd als een letterlijke weergave van de werkelijkheid, oftewel de binnenwereld wordt met de buitenwereld verward, ook wel de psychische equivalentie modus genoemd. Soms worden emotionele ervaringen nauwelijks geregistreerd, afgesplitst of ontkend, wat de alsof-modus wordt genoemd. En ten slotte hebben psychose-gevoelige cliënten de neiging gedrag gelijk te stellen aan intentie, ook wel de teleologische modus genoemd. Daarbij kunnen zij bijvoorbeeld vergaande conclusies trekken uit een bepaalde blik die de therapeut toewerpt, of kunnen ze een beroep doen op de therapeut om met een oplossing te komen om zich ervan te vergewissen dat de therapeut aan hun kant staat.

De verschillende modi vragen om verschillende therapeutische interventies. Wanneer iemand zich in de psychische equivalentie-modus bevindt, is het belangrijk om allereerst stress te verminderen door middel van steunende interventies zoals het valideren van emoties. Ook is het cruciaal om te trachten iemands psychologische nieuwsgierigheid te bevorderen door actief vragen te stellen over iemands binnenwereld, of andere perspectieven te belichten. Bij de alsof-modus is het belangrijk om de beleavingswereld van de therapeut te benoemen of om stil te staan bij subtiele tekenen van emotie die zichtbaar zijn, maar nog niet door de cliënt zelf geregistreerd worden. Bij de teleologische modus gaat het er niet om snel met oplossingen te komen, maar om stil te staan bij de onderliggende behoefte aan concrete oplossingen en deze te valideren en waar het kan ook te onderzoeken. In deze zin verschilt MBTp niet van de reguliere

	<u>Alledaags</u>	<u>Borderline</u>	<u>Psychotisch</u>
Psychische equivalentie-modus	<i>Zo is mijn baas, hij denkt gewoon dat ik lui ben.</i>	<i>Mijn baas vindt mij nutteloos, ik denk niet dat ik daar mee om kan gaan.</i>	<i>Mijn baas is mijn gedachten aan het lezen, maar kan dat niet in de kamer hiernaast.</i>
Alsof-modus	<i>Ik heb je zorg niet nodig hoor, ik ben een grote jongen, ik kan het alleen aan.</i>	<i>Het maakt mij niks uit of je blijft of gaat. Ik heb toch zo weer een ander en dan word ik echt gelukkig.</i>	<i>Ik ben tot de conclusie gekomen dat menselijke relaties op kosmische schaal eigenlijk niet zoveel voorstellen.</i>
Teleologische modus	<i>Mijn moeder gaf me het grootste stuk taart. Dat geeft me toch een beetje het gevoel haar lieveling te zijn.</i>	<i>Mijn moeder gaf het grootste stuk taart aan mijn broer. Zie je wel, ze wil me ergens voor betaald zetten.</i>	<i>De blik in de ogen van mijn moeder verried dat ze er op uit is mij te vergiften.</i>

Vrij vertaald uit Debanne et al. (in press)

Tabel 1: *Prementaliserende modi op het psychopathologische spectrum, met toestemming vrij vertaald uit Debbané (submitted).*

MBT. Echter, stoornis specifieke kenmerken resulteren in de praktijk wel in verschillende benaderingen.

De prementaliserende modi kunnen zich bij psychosegevoeligheid bijvoorbeeld anders manifesteren dan bij borderline of meer alledaagse uitingen van prementaliseren, zie tabel 1.

Maar niet alleen de presentatievorm van mentaliserende tekorten kan anders zijn, ook wordt van therapeuten dikwijls gevraagd zich anders te verhouden tot de psychosegevoelige cliënt. Om te beginnen is het belangrijk dat de therapeut zich ervan vergewist dat het mentaliserend vermogen van een psychosegevoelig iemand vaak beperkter is dan dat van borderline cliënten (Ridenour e.a., 2020). Mentaliserende tekorten bij borderline cliënten lijken eerder te worden gekenmerkt door instabiliteit, terwijl cliënten

met psychosegevoeligheid mogelijk ook meer structurele tekorten hebben, vooral wanneer de pathologie chronisch van aard is. Daardoor is het vermogen te blijven reflecteren bij oplopende spanning beperkter en wordt van therapeuten gevraagd zich (in ieder geval in het begin) meer te richten op de elementaire interventies van de MBT, zoals emotionele validatie, vragen om opheldering, het leren bemerken en benoemen van emoties en samen onderzoeken wat de emoties te zeggen hebben. Hierbij genieten empathische validerende behandelvarianten de voorkeur boven de meer confronterende, overeenkomend met een eerdere richtlijn voor het toepassen van MBT bij cliënten met cluster A persoonlijkheidsstoornissen (Blom & Colijn, 2012).

In de vroege fase van de behandeling biedt de therapeut psycho-educatie over mentaliseren, gehechtheid, trauma en psychose, en

werkt de therapeut samen met de cliënt aan het opbouwen van een vertrouwensband om emotionele uitschieters op te leren vangen

*In deze groep
zal de therapeut vaker
suggesties aandragen
of helpen woorden
te geven aan sensaties*

(Weijers e.a., 2016). Gedurende de behandeling zullen de therapeut en de cliënt eerst werken aan mentaliseren op een elementair niveau. De cliënt helpen te detecteren en benoemen van de affectieve ervaring staat daarbij centraal, omdat vooral dit aspect van mentaliseren problematisch is voor cliënten met een psychosegevoeligheid (Debbané e.a., 2016). De therapeut blijft open en nieuwsgierig om zodoende de cliënt te helpen betekenis te geven aan emoties in het hier en nu. Doel is om de cliënt zelf te laten ontdekken, maar binnen de MBTp zal de therapeut vaker suggesties aandragen of helpen woorden te geven aan sensaties dan binnen de reguliere MBT. Het ontbreekt de psychosegevoelige cliënten vaker aan taal voor deze emoties.

Wanneer het vermogen om te reflecteren vertraagt, wordt er teruggespoeld naar hetgeen dat overspoelde (Debbané e.a., 2016). Om ervaringen minder als de waarheid te beleven is het nodig om op individueel niveau het emotionele proces af te remmen en het bewustzijn te richten op actuele ervaringen. Ervaringen voelen voor psychosegevoelige cliënten vaak als waarheid aan.

Het besef ontbreekt dat eigen ervaringen doorspekt zijn met aannames die voortkomen uit de subjectieve leergeschiedenis. Met MBTp wordt onderzocht wat eigen emoties over het hier en nu zeggen, terwijl we de historische betekenis ervan er ook bij betrekken waardoor de actuele beleving in proces komt en begrepen wordt. Verder betekent het beperkte mentaliserend vermogen dat de focus bij het individu komt te liggen en minder gewerkt wordt in interactie. Mentaliseren over relaties in het hier en nu kan snel te veel *arousal* geven. Brent e.a., (2014) en ten Kate (2016) raden om deze reden af om te veel te mentaliseren over de overdrachtsrelatie. Doel van de groepspsychotherapie is om verschillende perspectieven te verkennen, om zo uit te nodigen de eigen rigide perspectieven meer los te laten (Brent e.a., 2014; Weijers e.a., 2016). Het verminderde mentaliserend vermogen vraagt het intensief monitoren van spanning tussen groepsleden en soms meer top-down regulatie door actief ingrijpen van groepstherapeuten. Interpersoonlijke spanning loopt niet alleen sneller op, maar resulteert bij deze doelgroep ook sneller in (psychotische) achterdocht. Een veilige groepscohesie is van belang om het mentaliserend vermogen intact te houden. Het eerdergenoemde 'kant kiezen' (Karterud, 2015) is van extra waarde wanneer een cliënt zich door vreemd gedrag of beperkte sociale vaardigheden buiten de groep dreigt te plaatsen.

In de MBTp groep wordt coulant omgegaan met afwezigheid. Mensen met een psychosegevoeligheid houden contact meer af en staan minder stil bij de impact van hun afwezigheid op de ander. Daarbij is het een risico dat de therapeut onbewust verwaar-

lozend wordt richting de cliënt. Het is essentieel dat de groepstherapeut geduld heeft en probeert te begrijpen wat de afwezigheid verklaart en tegelijk stil staat bij eigen mogelijke gevoelens van verwaarlozing bij zichzelf. Het 'in gedachten' houden van cliënten middels telefoontjes of huisbezoeken na gemiste sessies is daarom van belang. In sommige gevallen is een herinneringsbericht voorafgaand aan de groepssessie helpend.

Verder is de emotionele expressie van psychosegevoelige cliënten anders dan die van borderline cliënten. Waar borderline dynamiek eerder beschreven is als een geluidsinstallatie waarvan de luidsprekers elkaar versterken en steeds luider en luider worden (Karterud, 2015) zijn groepen met psychosegevoelige cliënten te omschrijven als een collectie kluizen. Psychosegevoelige cliënten hebben de neiging om hechtingsgerelateerde gevoelens te deactiveren om niet overweldigd te raken door sociale interactie. Hierdoor is het voor deze cliënten lastig om emoties te uiten (ook wel 'affectvervlakking'). Toch blijkt uit onderzoek dat psychosegevoelige cliënten juist stressgevoeliger zijn (Myin-Germeys & van Os, 2007), maar dit tegelijkertijd verborgen houden voor de buitenwereld. Van buitenaf is moeilijk af te lezen wat er van binnen gebeurt. Frustraties en herinneringen spelen lang door. Dit geeft een verkeerde indruk, alsof het gaat om een gebrek aan spanning, zodat het inschatten van het spanningsniveau tijd vraagt. MBTp vraagt van therapeuten bewuster opmerken van lichte tekenen van emotionele ontregeling die specifiek zijn voor psychosegevoelige mensen, zoals vertraagde spraak, verminderde coherentie of het zich afsluiten van het contact.

MBTp, in navolging van Karterud (2015), vraagt langere behandeltime dan de gebruikelijke anderhalf jaar bij de borderline groep. Er wordt minder gebruikgemaakt van confronterende interventies, voor psychosegevoelige cliënten (en hun therapeuten) is het lastig om direct aan de pathologie te werken. De benodigde tijd om epistemisch vertrouwen op te bouwen en mentaliseren te bevorderen is langer. In onze ervaring geeft drie jaar, eenmaal per week groep, betere resultaten dan anderhalf jaar.

De echt betrokken, niet-wetende houding staat centraal in de behandeling van psychosegevoelige cliënten. Recent onderzoek toont aan dat cliënten met een psychosegevoeligheid dikwijls een gemarginaliseerde rol hebben in de samenleving en/of slachtoffer zijn van sociale buitensluiting, geweld en andere vormen van *social defeat*, en dat die ervaringen een belangrijke factor zijn in het ontstaan van psychoses (Selten e.a., 2013).

Bij MBTp is het minder haalbaar om de therapie geheel medicatie-vrij aan te bieden

Wanneer de therapeut die zich als expert opstelt en de cliënt vertelt wat te doen, loopt de therapeut onbedoeld de kans de cliënt te vernederen, wat de therapeutische relatie kan verslechteren en psychotische klachten kan versterken.

Karterud (2015) stelt dat MBT voor persoonlijkheidsstoornissen bij voorkeur met zo min mogelijk psychofarmaca geschiedt, omdat

die een (te) grote invloed heeft op de emotionele huishouding. Bij MBTp is het minder haalbaar om de therapie geheel medicatie-vrij aan te bieden. Antipsychotische medicatie is soms nodig om uitwassen van psychotische klachten te dempen. Onderzoek laat zien dat wanneer een psychose niet behandeld wordt, dit de kans vergroot op een terugkeer van een volgende psychose (Birchwood e.a., 2013), of zelfs ten goede kan komen aan het mentaliserend vermogen (Mizrahi e.a., 2007). Toch is het van belang dat behandelaren zich realiseren dat antipsychotica een dempende werking op emoties hebben. Dit kan mentaliseren sterk bemoeilijken, des te meer wanneer de dosis dermate hoog is dat de cliënt zich afgestompt en lethargisch voelt. Het is nagenoeg onmogelijk om te reflecteren op de emotionele betekenis van gebeurtenissen wanneer de bijbehorende emoties nauwelijks ervaren worden. Het is daarom belangrijk te zoeken naar een goed evenwicht tussen het vermogen te kunnen voelen en de neiging overspoeld te raken, en om medicatie in te zetten om binnen het zogenoemde *window of tolerance* te blijven. Hierdoor blijft het reflectief vermogen binnen handbereik. Het is onze ervaring dat cliënten in eerste instantie angstig zijn om te voelen, maar er gaandeweg meer behoefte ontstaat om emoties te ervaren en daartoe medicatie zo veel mogelijk af te bouwen.

Conclusie en toekomstige ontwikkelingen

Meerdere meta-analyses hebben aangetoond dat EPA-cliënten in de regel grote beperkingen vertonen op gebied van mentaliserend vermogen (zie bijv. Sprong e.a. 2007, O'Driscoll e.a. 2014, Brunelin e.a.,

2007 en Trémeau 2006). MBT is een psychodynamische groepstherapie die zich erop toelegt om het mentaliserend vermogen van deze doelgroep te verbeteren. In het geval van BPS laat onderzoek zien dat MBT het mentaliserend vermogen inderdaad versterkt, zowel onder jongeren die het risico lopen BPS te ontwikkelen (Rossouw & Fonagy, 2012) als ook onder volwassenen met BPS (de Meulemeester e.a., 2018). Bovendien toont onderzoek dat de symptomen niet alleen direct na de behandeling (Bateman & Fonagy, 1999), maar zelfs tot acht jaar na beëindiging van de behandeling duurzaam afnemen (Bateman & Fonagy, 2008). Op basis van ons eigen onderzoek concludeerden we dat MBT ook veilig ingezet kan worden bij psychosegevoelige cliënten (Weijers e.a., 2021), mits er in de aanpak rekening gehouden wordt met een aantal stoornis-specifieke aspecten. In dit artikel besteedden we aandacht aan die stoornis-specifieke aspecten, waaronder: meer aandacht voor steunende en validerende interventies en het herkennen van de specifieke stress-gerelateerde signalen van psychosegevoeligheid. Onderzoek toonde verder aan dat MBTp leidt tot verbeteringen in het mentaliserend vermogen, alsmede een vermindering van sociale stress bij deze doelgroep. De effecten van MBTp op het gebied van sociaal functioneren zijn echter bescheiden te noemen, waarbij MBTp slechts een kleine meerwaarde heeft naast de gebruikelijk FACT-behandeling. Wel vertoonde de MBTp groep een ietwat robuustere vooruitgang op het gebied van sociaal functioneren. Toekomstig onderzoek moet aantonen of deze verbeteringen, net als bij de BPS-doelgroep, blijvend zijn. Daarom onderzoeken wij momenteel of de groei in sociaal functioneren

ook vijf jaar na de beëindiging van de behandeling beklijft. Daarnaast zou onderzoek moeten uitwijzen of MBTp effectiever is met een langere duur. Op dit moment is het onze klinische impressie dat deze doelgroep inderdaad langer nodig heeft om optimaal te profiteren van de behandeling. Ten slotte suggereert ons onderzoek dat MBTp beter

werkt wanneer het vroeger in het beloop van een psychotische stoornis wordt ingezet. Op dat gebied vinden er momenteel interessante ontwikkelingen plaats in Zwitserland en Engeland, waar wordt gewerkt aan MBT-interventies die ingezet kunnen worden in de prodromale en vroege fases van psychotische stoornissen (Debbané e.a. 2022).

Jonas Weijers is GZ-psycholoog en promoveerde op het onderwerp. **Coriene ten Kate** is klinisch psycholoog/psychotherapeut en supervisor/trainer MBT. **Irma Siecker** is systeem-therapeut MBT. **Yvonne Noij** is psychotherapeut en supervisor/trainer MBT. Zij werken alle vier bij GGZ Rivierduinen.

Literatuur

Arnsten, A.F. (2009). Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 410.

Bartels-Velthuis, A.A., Blijd-Hoogewys, E.M. & Os, J. van (2011). Better theory-of-mind skills in children hearing voices mitigate the risk of secondary delusion formation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(3), p. 193-197.

Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American journal of Psychiatry*, 156(10), p. 1563-1569.

Bateman A. & Fonagy P. (2006). *Mentalisation based treatment: a practical guide*. Oxford University Press.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), p. 631-638.

Berg, D.P. van der, Bont, P.A. de, Vleugel, B.M. van der, Roos, C. de, Jongh, A. de, Minnen, A. van, & Gaag, M. van der (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 72(3), p. 259-267.

Birchwood, M., Connor, C., Lester, H., Patterson, P., Freemantle, N., Marshall, M., Fowler, D., Lewis, S., Jones, P., Amos, T., Everard, L. & Singh, S.P. (2013). Reducing duration of untreated psychosis: Care pathways to early intervention in psychosis services. *The British Journal of Psychiatry*, 203(1), p. 58-64.

Blom, J. & Colijn, S. (2012). Klinische variant van mentaliserenbevorderende therapie voor patiënten met cluster A-persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, p. 377-382.

Brent, B.K., Holt, D.J. & Keshavan, M.S. (2014). Mentalization-based treatment for psychosis: Linking an attachment-based model to the psychotherapy for impaired mental state understanding in people with psychotic disorders. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 51(1), p. 17-24.

Brunelin, J., d'Amato, T., Brun, P., Bediou, B., Kallel, L., Senn, M., Poulet, E. & Saoud, M. (2007). Impaired verbal source monitoring in schizophrenia: An intermediate trait vulnerability marker? *Schizophrenia research* 89(1), p. 287-292.

Debbané, M., Salaminios, G., Luyten, P., Badoud, D., Armando, M., Solida Tozzi, A., Fonagy, P. & Brent, B.K. (2016). Attachment, neurobiology, and mentalizing along the psychosis continuum. *Frontiers in human neuroscience*, 10, art. 406.

Debbané, M., Salaminios, G., Weijers, J., Fonagy, P., Fonseca-Pedrero, E. & Armando, M. (2022). Clinical evaluation and intervention of emerging psychosis: A mentalization-informed perspective. In *Psychosis and Personality Disorders* (p. 125-143). Cham: Springer.

Debbané, M. (submitted). *The MBT clinical approach to psychosis*. Cambridge University Press.

Eisenstadt, P., Monteiro, V.B., Diniz, M.J. & Chaves, A.C. (2012). Experience of recovery from a first-episode psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 6(4), p. 476-480.

Fonagy, P. & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), p. 372-380.

Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E. & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4(1), art. 11.

Frith, C.D. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. London: Psychology Press.

Fuchs, T. (2015). Pathologies of intersubjectivity in autism and schizophrenia. *Journal of Consciousness Studies*, 22(1-2), p. 191-214.

Gumley, A., Taylor, H.E.F., Schwannauer, M. & MacBeth, A. (2014). A systematic review of attachment and psychosis: Measurement, construct validity and outcomes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(4), p. 257-274.

Hendryx, M., Green, C.A. & Perrin, N.A. (2009). Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings. *Journal Behavioral Health Service Research*, 36(3), p. 320-329.

Karterud, S. (2015). *Mentalization-Based Group Therapy (MBT-G): A theoretical, clinical, and research manual*. Oxford University Press.

Kate, C. ten, Weijers, J.G., Smit, M. (2016). Mentaliseren bevorderende therapie voor non-affectieve psychotische stoornissen. *PsyXpert*, 12(1), p. 42-50.

Lana, F., Africa Cruz, M., Sola Victor, P. & Marti-Bonany, J. (2017). Social cognition-based therapies for people with schizophrenia: Focus on metacognitive and mentalization approaches. *Schizophrenia Treatment*, 50, p. 223-232.

Lehman, F., Steinwachs, D.M. & Co-Investigators of the PORT Project. (1998). Translating research into practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia bulletin*, 24(1), p. 1-10.

Leonhardt, B.L., Huling, K., Hamm, J.A., Roe, D., Hasson-Ohayon, I., McLeod, H.J. & Lysaker, P.H. (2017). Recovery and serious mental illness: A review of current clinical and research paradigms and future directions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 17(11), p. 1117-1130.

McLeod, H.J., Gumley, A.I., MacBeth, A., Schwannauer, M. & Lysaker, P.H. (2014). Metacognitive functioning predicts positive and negative symptoms over 12 months in first episode psychosis. *Psychiatry Research*, 54(1), p. 109-115.

Meulemeester, C. De, Vansteelandt, K., Luyten, P. & Lowyck, B. (2018). Mentalizing as a mechanism of change in the treatment of patients with borderline personality disorder: A parallel process growth modeling approach. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(1), 22.

Mizrahi, R., Korostil, M., Starkstein, S., Zipursky, R.B., Kapur, S. (2007). The effect of antipsychotic treatment on theory of mind. *Psychological Medicine*, 37, 595-601.

Myin-Germeys I. & Os, J. van (2007). Stress-reactivity in psychosis: Evidence for an affective pathway to psychosis. *Clinical psychology review*, 27(4), p. 409-424.

Norman, R.M., Windell, D., Lynch, J. & Manchanda, R. (2013). Correlates of subjective recovery in an early intervention program for psychoses. *Early intervention in psychiatry*, 7(3), p. 278-284.

O'Driscoll, C., Laing, J. & Mason, O. (2014). Cognitive emotion regulation strategies, alexithymia and dissociation in schizophrenia, a review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 34(6), p. 482-495.

Ridenour, J.M., Lewis, K.C., Poston, J.M. & Ciecalone, D.N. (2019). Performance-based assessment of social cognition in borderline versus psychotic psychopathology. *Rorschachiana*, 40(2), p. 95-111.

- Ridenour, J.M., Hamm, J.A., Neal, D.W. & Lysaker, P.H. (2020). From fragmentation to coherence: Psychodynamic psychotherapy for psychosis through the lens of metacognition. *Psychodynamic Psychiatry*, 48(4), p. 455-476.
- Rosenbaum, B., Harder, S., Knudsen, P., Køster, A., Lindhardt, A., Lajer, M., Valbak, K. & Winther, G. (2012). Supportive psychodynamic psychotherapy versus treatment as usual for first-episode psychosis: two-year outcome. *Psychiatry*, 75(4), p. 331-41.
- Salaminius, G., Morosan, L., Toffel, E., Tanzer, M., Eliez, S., Badoud, D., Armando, M. & Debbané, M. (2021). Associations between schizotypal personality features, mentalizing difficulties and thought problems in a sample of community adolescents. *Early Intervention in Psychiatry*, 15(3), p. 705-715.
- Selten, J.P. & Cantor-Graae, E. (2005). Social defeat: risk factor for schizophrenia? *The British Journal of Psychiatry*, 187(2), p. 101-102.
- Selten, J.P., Ven, E. van der, Rutten, B.P. & Cantor-Graae, E. (2013). The social defeat hypothesis of schizophrenia: An update. *Schizophrenia bulletin*, 39(6), p. 1180-1186.
- Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J. & Engeland, H. van (2007). Theory of mind in schizophrenia: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 191(1), p. 5-13.
- Steenkamp, L., Weijers, J., Gerrmann, J., Eurelings-Bontekoe, E. & Selten, J.P. (2019). The relationship between childhood abuse and severity of psychosis is mediated by loneliness: An experience sampling study. *Schizophrenia research*, 241, p. 306-311.
- Thomas, E.C., Muralidharan, A., Medoff, D. & Drapalski, A.L. (2016). Self-efficacy as a mediator of the relationship between social support and recovery in serious mental illness. *Psychiatric rehabilitation journal*, 39(4), 352.
- Trémeau, F. (2006). A review of emotion deficits in schizophrenia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(1), p. 59-70.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveerse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., Os, J. van & Bentall, R.P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), p. 661-671.
- Voestermans, D., Eikelenboom, M., Rullmann, J., Wolters-Geerdink, M., Draijer, N., Smit, J.H., Thomaes, K. & Marle, H.J. van (2020). The association between childhood trauma and attachment functioning in patients with personality disorders. *Journal of personality disorders*, 35, p. 554-572.

Weijers, J., Kate, C. ten, Eurelings-Bontekoe, E., Viechtbauer, W., Rampaart, R., Bateman, A. & Selten, J.P. (2016). Mentalization-based treatment for psychotic disorder: Protocol of a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 16(1), 191.

Weijers, J., Fonagy, P., Eurelings-Bontekoe, E., Termorshuizen, F., Viechtbauer, W. & Selten, J.P. (2018). Mentalizing impairment as a mediator between reported childhood abuse and outcome in nonaffective psychotic disorder. *Psychiatry research*, 259, p. 463-469.

Weijers, J.G., Kate, C. ten, Debbané, M., Bateman, A.W., Jong, S. de, Selten, J.P. & Eurelings-Bontekoe, E.H.M. (2020). Mentalization and psychosis: A rationale for the use of mentalization theory to understand and treat non-affective psychotic disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(3), p. 223-232.

Weijers, J., Kate, C. ten, Viechtbauer, W., Rampaart, L., Eurelings, E. & Selten, J. (2021). Mentalization-based treatment for psychotic disorder: A rater-blinded, multi-center, randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 51(16), p. 2846-2855. doi:10.1017/S0033291720001506

.....

Komt een groepspsychotherapeut in een groep...

Katelijne Robbertz, groepspsychotherapeut, docent en supervisor NVGP, werd onverwacht zelf weer groepslid. Het ging om een groep voor partners van mensen met kanker. De groep werd door niet-professionals gegeven vanuit een inloophuis. Zij deelt haar observaties over wat er gebeurde in de groep en hoe anders dat kan zijn dan de richtlijnen voorschrijven. Zij staat stil bij wat voor effecten dat heeft op de groep en op haar als groepslid. En hoe is het om na jaren weer aan de andere kant van de rolverdeling te zitten?

Door **Katelijne Robbertz**

Naastengroepen worden vooral gegeven aan naasten van patiënten in de verslavingszorg of met een persoonlijkheidsstoornis, maar ook aan partners van mensen met een lichamelijk ziekte. In een nieuwsbericht van de NOS (2022) wordt Rudolf Ponds, vicevoorzitter van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), aangehaald in verband met het tekort aan ggz-psychologen: 'Iemand kan om hulp vragen, maar een psycholoog hoeft die niet altijd te geven. Soms kun je iemand ook doorverwijzen naar een lotgenotengroep.' In meerdere folders die op internet te vinden zijn ten aanzien van groepen patiënten in de ggz (zoals in de verslavingszorg, gericht op patiënten met borderline of psychose) wordt beschreven dat een behandelinstelling de ontmoeting met andere mensen die een partner hebben met hetzelfde ziektebeeld belangrijk vindt om de thuissituatie te stabiliseren en de partner de patiënt te laten begrijpen en ondersteunen. Partners kunnen hun verhaal kwijt en merken dat men niet de enige is met een dierbare die ziek is. Andere mensen hun verhaal horen vertellen, situaties herkennen en erachter komen dat een bepaalde situatie misschien anders kan worden aangepakt zijn hier aandachtspunten. Zo vond ik een flyer van MIND over naasten (Familie en naasten, 2022). Er staan

met name tips in hoe je als naaste het gesprek aan kan gaan met de zieke, hoe je dat zelf kan aanbieden of professionele hulp kan bespreken, met het advies om niet zelf op de stoel van hulpverlener te gaan zitten. En indien je als naaste zelf behoefte hebt aan ondersteuning, hoe je je netwerk in kaart kunt brengen of ook naar een professional kan gaan. Hierbij wordt de huisarts als eerste genoemd, maar ook wordt beschreven dat het delen van ervaringen met andere naasten voor erkenning en lucht kan zorgen en dat het steunend kan zijn om te ervaren dat je niet de enige bent. Er zijn ook websites zoals 'Naasten in kracht' en er zijn verschillende organisaties die lotgenotencontact voor naasten aanbieden.

Kanker en naastengroepen

Specifiek rond de ziekte kanker publiceerde het NIP samen met het Integraal Kankercentrum Nederland (IKLN) recent drie richtlijnen Palliatieve zorg (2022). Het betreft Angst in de palliatieve fase, Depressie in de palliatieve fase, en Palliatieve zorg voor kinderen. In de eerste twee richtlijnen wordt gezegd: 'Betrek de naasten bij zorgplanning en uitvoering van de zorg, en zorg er daarbij voor dat de naasten ondersteund worden in hun lichamelijke, emotionele en informatie-behoeften.' Onder het kopje preventie staat: 'Overweeg als de patiënt ervoor open staat de mogelijkheid van lotgenotencontact.' Dat is dus gericht op de zieke, en niet op de naaste. Zij bieden ook handvatten voor Mantelzorgondersteuning in de palliatieve fase (Mantelzorgondersteuning in de palliatieve fase, z.d.).

Speciaal met betrekking tot kanker zijn er ook inloophuizen opgericht. De overkoepe-

lende organisatie ervan heet IPSO (Instellingen Psychosociale Oncologie). Er zijn in Nederland 81 centra, gerund door ruim 4500 vrijwilligers, die (ex-)patiënten, naasten en nabestaanden psychosociale zorg bieden. Recent ontving IPSO 16 miljoen van KWF kankerbestrijding voor onder andere de opleiding van de vrijwilligers en een gevarieerd(er) hulpaanbod. Zo kan men tevens betaalde krachten gaan aanstellen en kan personeelsgebrek opgevangen worden. Thans geeft 84% van de patiënten en naasten aan dat bezoek aan een IPSO-centrum hen heeft geholpen bij de kwaliteit van leven. Dat kan gaan om een goed gesprek, een beweegprogramma of lotgenotencontact. De nieuwste plannen zijn om deze centra in ziekenhuizen zelf te vestigen. De missie van IPSO is iedereen geraakt door kanker te steunen, ze willen ook aandacht geven aan de naasten van de patiënt. Ze schrijven in hun missie: 'We snappen dat bij een naaste de wereld op zijn kop gezet wordt als iemand die je lief is, je partner, wordt getroffen door kanker. De partner doet alles om de ander te steunen, maar moet verder machteloos toekijken. Naar hoe het met de naaste gaat, wordt vaak niet gevraagd'. Ook weet men dat het voor een naaste vervelend

Als naaste ben je maar de partner van

kan zijn om te praten met mensen die niet snappen wat je doormaakt. 'Een naastengroep biedt een plek om te praten over c.q. luisteren naar wat je mist, wat je bang maakt, wat je nodig hebt en hoe het jouw leven beïnvloedt. Het wordt belangrijk gevonden te delen en vertellen in een veilige

en fijne omgeving waar mensen begrijpen wat je doormaakt en je zonder schroom kunt vertellen wat dit voor jou betekent.' Er kan gesproken worden zonder veroordeeld te worden.

Net als bij veel andere ziekten gaat de aandacht van zorgverleners met name uit naar de patiënt. Als naaste ben je maar de partner van. Er zijn heel wat mensen die hun partner zoveel mogelijk uit handen willen nemen en vooral niet hun partner (en de omgeving) willen belasten met vragen of eigen gevoelens. Lang niet iedereen is sterk genoeg om dit vol te houden. De kankerstichting adviseert daarom een goed gesprek te hebben met iemand die hetzelfde heeft doorgemaakt. Aan vrienden en familie kun je niet drie keer hetzelfde verhaal vertellen, terwijl je daar wel behoefte aan hebt. In het algemeen wordt geadviseerd de omgeving mee te nemen bij een ziekte als kanker, ook omdat de naaste(n) lijden onder een gevoel van machteloosheid dat heel groot kan zijn. Er is een veelheid aan tegenstrijdige emoties. Soms wordt het dagelijks functioneren chronisch gehinderd. Sommige naasten waken machteloosheid af door zichzelf medeverantwoordelijk te maken voor het verlies en lijden vervolgens onder hun vermeende schuld. Het herkennen van dergelijke thema's bij andere naasten en het kunnen delen van de zware bijbehorende gevoelens kan goed in een naastengroep. Veelal worden deze groepen gegeven door vrijwilligers die al in brede zin het vak werkzaam waren en/of zelf ervaren zijn rond het ziektebeeld. Ze zijn bijvoorbeeld voormalig of gepensioneerd groepswerker of arts, of hadden zelf ooit kanker. Wel hebben ze een training ontvangen vanuit het inloophuis, maar het betreft geen groepspsychothera-

peuten. Als iemand in het huis een groep wil begeleiden dan is de procedure dat je eerst gastheer/gastvrouw bij het huis wordt met een basistraining die iedere vrijwilliger doorloopt. Daarna kan iemand aangeven wat hij of zij graag in het huis zou willen doen en

Bij veel huizen zijn er meerdere vrijwilligers die wachten op vrije plekken als groepsbegeleider

een van de mogelijkheden is dan het begeleiden van een groep. Voor degenen die dat al doen is er sinds kort ook nog een specifieke trainingsdag georganiseerd door de overkoepelende organisatie van inloophuizen. Bij veel huizen zijn er meerdere vrijwilligers die graag groepen willen gaan begeleiden maar nog wachten op vrije plekken als groepsbegeleider.

Achtergrond van de naastengroep

Op zoek in de vakliteratuur naar de wetenschappelijke onderbouwing van naastengroepen vond ik het mooie en complete boek van Holland (2015) met de titel *Handbook of psychooncology, Psychological care of the patient with cancer*. Hoewel dit qua medische interventies hier en daar alweer achterhaald is, wordt hierin genoemd dat men de hulpverlener (in dit geval de arts) adviseert de naaste bij het proces te betrekken. Vooral voor de patiënt wordt sociale ondersteuning van belang geacht en dan met name door zijn of haar partner of ook door medepatiën-

ten. Voorts wordt genoemd dat het moed vraagt van de patiënt en ook van de partner om slecht nieuws tot zich te nemen, omdat er sprake kan zijn van emotionele overspoeling. Op zo'n moment kan spreken met mensen die dezelfde stadia doorlopen (hebben) geruststellend zijn. Naast partnerspreken en aandacht voor de eventuele kinderen kan er ook steun ervaren worden in groepen. Men geeft aan dat er geen grotere band gevoeld kan worden dan tussen twee individuen die dezelfde stressvolle situatie meemaken. Er wordt beschreven dat de partner en familie van de patiënt ook gevolgen ervaren van de diagnose, bijvoorbeeld door medeverantwoordelijkheid te dragen bij het maken van keuzes in het ziekteproces. Vaak wordt gezien dat de familie in een aanpassingsproces komt, bestaande uit verschillende fasen. In de acute fase ziet men dat de partner zelfs meer stress kan voelen dan de patiënt en veel wil helpen. In de daaropvolgende chronische fase neemt de steun van de omgeving af en kan de partner meer geïsoleerd komen te staan. Hoe langer deze fase duurt, hoe meer klachten er ontstaan. Men poogt zich vast te houden aan een oud patroon en poogt de aandacht ook op het dagelijks leven te richten, terwijl er tegelijk onzekerheid is. Men ziet ofwel dat dit leden van een gezin meer samen kan brengen of dat er door de stress afstand ontstaat. Indien er sprake is van meer samenzijn, heeft dat een positief effect op het proces van de patiënt. Sinds de jaren '80 is men de familie meer als de behandeldeenheid gaan zien en niet alleen de individuele patiënt. Er kan dan een gezinsaanpak ingezet worden, waarbij men ook kijkt naar de gezinsgeschiedenis. In het handboek van Holland (2015) wordt ook

gesproken over psychotherapie, waarbij groepspsychotherapie expliciet genoemd wordt. Het betreft dan groepen voor patiënten en niet zozeer naastengroepen. Het kan dan zowel professionele als zelfhulpgroepen betreffen. Bij de groepen gegeven door professionals wordt daarbij vooral gebruikge maakt van open groepen waarin cognitieve gedragstherapie de hoofdmethode is, met name vanwege de korte duur en de doelgerichtheid. Er bleek aanvankelijk ten aanzien van groepen wat weerstand, omdat er zorg was over het negatieve effect op de groepsliden als gevolg van de dood van een groepslid. Yalom gaf echter in 1977 al aan dat patiënten beter met hun eigen angsten konden dealen na geconfronteerd te zijn met het verlies van anderen (Holland, 2015).

Smit stelt dat er relatief weinig onderzoek gedaan is naar peer support

Eind 2022 is Dorien Smit, onderzoeker bij ProPersona, gepromoveerd op het onderwerp lotgenotencontact bij depressie. Het proefschrift richt zich met name op herstel bij depressie en niet specifiek op naasten. Herstel is hierbij dan het (weer gaan) leiden van een zinvol leven met kwetsbaarheden, waarbij zowel persoonlijk als functioneel herstel centraal staan. Thema's als hoop, verbondenheid, identiteit, betekenisgeving en empowerment komen daarbij aan de orde als universele factoren, die een groepspsychotherapeut natuurlijk ook kent als belangrijke therapeutische factoren.

Lotgenotencontact is beschreven als het geven en ontvangen van steun waarbij de eigen ervaring wordt ingezet. Smit stelt dat er relatief weinig onderzoek gedaan is naar *peer support*, al blijft het aantal initiatieven wereldwijd groeien. Gevonden werd dat er (kleine) significante effecten waren voor *peer support*. Gepleit wordt voor meer onderzoek naar lotgenotencontacten en een beter plek voor notgelotencontact in het sociale domein van het huidige Nederlandse zorglandschap. Het advies luidt het een nuttige aanvulling te laten zijn naast de professionele behandeling.

Molyn Leszcz (2020), die ook veel in ziekenhuizen werkte met patiënten met kanker, schreef dat groepstherapie met lotgenoten helpend kan zijn. Met name universaliteit en het doorbreken van een gevoel van isolement worden hierbij genoemd, als ook *modelling*, en zien hoe anderen het redden. Uit onderzoek komt stemmingsverbetering, groei in zelfvertrouwen en een betere kwaliteit van leven naar voren. Voorts kan in een groep psycho-educatie worden gegeven. Hij richtte zich echter op patiëntengroepen en niet op naastengroepen.

Zelf hebben mijn man en ik niet ervaren dat de oncologen aandacht gaven aan hoe prettig delen met en herkenning bij anderen is. We werden niet gewezen op het bestaan van een groep, zowel voor patiënten als voor naasten. Vandaar dat wij onszelf aangemeld hebben bij een inloophuis.

De groepspsychotherapeut als groepslid

Onderdeel van de NVGP-opleiding tot groepspsychotherapeut is de verplichte deelname aan een leergroep. Dit is een belangrijk aspect van het worden van een

therapeut die groepen begeleidt. Door onderdeel te zijn van een psychotherapiegroep ervaar je als aankomend therapeut hoe een groep werkt. Niet alleen door erover te lezen, maar door het aan den lijve meemaken van groepsprocessen. Veel opleidingen zeggen dat ze door het zelf doorvoelen pas bepaalde groepszaken echt zijn gaan begrijpen. Zo heb ik dat zelf ook ervaren. Sinds 1996 ben ik groepspsychotherapeut. Ooit deed ik mee aan een leergroep gedurende twee jaar. Sindsdien heb ik vele groepen gegeven en heb ik altijd in de rol van de therapeut gezeten. Sinds 1996 ben ik ook supervisor en docent in de gz-opleiding en vervolgens ook in de opleiding voor psychotherapeuten en klinisch psychologen. In deze door de NVGP erkende basis cursus en specialistische cursus vertel ik steeds over de basisprincipes van een groep. Recent zijn deze ook opgenomen in de NVGP-praktijkrichtlijnen [Steures & Koks, 2019]. Het betreft dan vooral het belang van de kennismakingsgesprekken vooraf, de normen, de rollen, de fasen, de afstemming tussen de co-therapeuten, het opbouwen van de werkrelaties en groeps cultuur (groepscohesie), het belang van een goede start en een goed afscheid.

Recent werd ik als groepspsychotherapeut en opleider plots zelf weer groepslid, door privéomstandigheden. Nadat in november 2021 bij mijn man kanker werd vastgesteld, zijn wij in contact gekomen met een inloophuis. De diagnose deed ons leven wankelen, zeker door de slechte prognose. Mijn man nam eerst deel aan een lotgenotengroep en vervolgens aan een groep voor mensen die niet meer beter gaan worden. Ikzelf nam deel aan een naastengroep. De groepen

werden gegeven in het nabijgelegen inloopcentrum. Daar worden voorts verschillende activiteiten georganiseerd zoals koken, wandelen, creatieve activiteiten, haptonomie en diverse praatgroepen voor zowel patiënten als naasten ('voor iedereen die geraakt is door kanker'). De medewerkers zijn allemaal vrijwilligers die vaak na hun pensioen of naast hun werk, vaak tegen een kleine vergoeding, diensten aanbieden, waaronder de naastengroep.

Fasen in de groep

Deze naastengroep waaraan ik ga deelnemen zal in zes sessies bijeenkomen. Ik beschrijf mijn persoonlijke indrukken aan de hand van de ontwikkelingsfasen, zoals ook beschreven in de NVGP-praktijkrichtlijnen (Steures & Koks, 2019). In verband met de praktische leesbaarheid heb ik ervoor gekozen om een grovere indeling te gebruiken: priefase, startfase, middenfase en eindfase. Belangrijke andere aspecten van een groep zoals rollen, normen, cohesie en co-therapie komen daarbij aan bod.

Priefase

Als ik me per mail opgeef, volgt een reactie per mail met een tweetal data als optie voor een telefonische kennismaking. Covid is uit het beeld aan het verdwijnen, toch zal deze afspraak niet live maar telefonisch zijn. Zelf heb ik ook online groepstherapie gegeven in de coronaperiode, maar mijn voorkeur heeft een echte ontmoeting. Ik vind dat fijner en meen dat het beter is voor de relatievorming (lees groepscohesie). Dit gesprek voer ik nu met een onbekend gezicht en alleen met de vrouw van het begeleidende duo. Na dit gesprek besluit ik toch te gaan deelnemen.

Ondanks het feit dat ik het kennismakingsgesprek wat ongemakkelijk vond, omdat we elkaar niet live en zonder beeld spraken en ik de andere begeleider niet heb gesproken. Haar stem is rustig en prettig en de vragen die ze stelt getuigen van enige inhoudelijke kennis, al vertelt ze desgevraagd dat ze in het dagelijks leven coach is, geen groeps-(psycho)therapeut. Ik leg uit dat ik zelf groepen begeleid en dat het me bezighoudt hoe het zal zijn nu weer deelnemer te zijn. Ik vraag haar of ze mij als ik mogelijk te veel in de rol van co-therapeut kom, daarop wil wijzen. Ze gaat daarmee akkoord.

Zelf vraag ik deelnemers in mijn groepen altijd naar hun eerdere groepservaringen en doe ik op basis daarvan voorspellingen hoe het zal gaan in deze nieuwe groep. Vervolgens maak ik ten aanzien daarvan ook afspraken in het preegesprek, als iemand bijvoorbeeld zegt 'ik ben vaak erg stil' dan zeg ik 'zou het bij je leerwensen passen nu eens te gaan oefenen met jezelf meer laten horen?' Ik vraag vervolgens of ik een patiënt daartoe later in de groep mag uitnodigen. In het preegesprek voor de naastengroep noem ik dit idee nu zelf, al wordt er niet door de begeleider naar gevraagd. Zelf zou ik als ik dit preegesprek zou doen de patiënt vragen: 'Zou het kunnen dat je dit ook nog in de groep zelf vertelt?' Nu spreek ik het wel met mezelf af, om bij het voorstellen de eerste keer dit open te delen.

Ik check ook nog even bij haar wat voor groep het zal zijn, want ik ben nieuwgierig met welke andere deelnemers ik een groep zal vormen. Bij de kennismakingsgesprekken vooraf die ik zelf houd, vertel ik aan patiënten ook welke mensen ze als medegroepsleden kunnen verwachten. Het zullen

in dit geval allen naasten zijn van een kankerpatiënt bij wie net zoals bij mijn man de prognose niet gunstig is, bij wie in feite alleen een palliatief traject kan worden ingezet. Hierdoor ontstaat voor mij al vooraf cohesie. Ik zag voor me dat ik de enige was die met een slecht bericht moest worstelen en dan alleen zou horen over anderen die vooruitgaan, leek me geen fijn gevoel.

*Ik bedenk me
dat een patiënt van mij
in de groep
zou kunnen zitten*

Herkenning is meteen al prettig. Ik realiseer me dat ik dat zoek in de naastengroep: herkenning, niet de enige zijn die deze ervaring heeft. Met mijn vrienden kan ik prima ervaringen delen, maar dan gaat het gesprek nooit in twee richtingen. Ik kan dan vinden dat ik veel tijd inneem om zaken uit te leggen en soms stuit ik op onbegrip. Een dag later krijg ik een mail met alle zes de data van de groep op een rijtje. Het viel me op dat in de adresbalk de namen en de emailadressen van de andere deelnemers te lezen zijn. Ik bedenk me dat ik het lastig zou vinden als er een bekende bij is en denk misschien dat er wel een patiënt van mij bij zou kunnen zitten, omdat ik werk in het Radboudziekenhuis. Privégegevens wil ik niet zomaar openbaar gemaakt hebben en mijn goede gevoel over de groep dreigt hierdoor beteugeld te worden. De vraag komt bij me op of er steeds onhandige, onprofessionele dingen gaan gebeuren in en rondom de groep. Gelukkig herkende ik nu direct geen

naam tussen de emailadressen in de mail van de groepsbegeleider.

De prefase is belangrijk omdat daarin al voorlichting gegeven kan worden over de groep. Een goede en concrete voorbereiding is belangrijk voor het optimaal doorlopen van de verdere groepsfasen. Mijn ervaring nu is dat ik wel enige informatie heb, maar dat er toch ook nog wel veel onduidelijk is. Dit roept vragen bij me op. Mede omdat ik geen beeld heb en niets weet van de achtergrond van de andere groepsbegeleider, behalve dat dit een man is. Het geeft me een minder zeker gevoel over de groep. De vrouwelijke begeleider noemt in het telefonische gesprek wel dat ze met twee begeleiders zijn en op mijn vraag erover zegt ze dat ze samen al eerder deze naastengroep gaven. Dat geeft me wel vertrouwen. Pas later realiseer ik me dat ik best meer over hem had willen weten. Als ik mijn onzekerheid benoem, mag de twijfel er van haar gewoon zijn. Ze zegt na mijn vraag dat ik altijd tussentijds kan stoppen en niet alle zes bijeenkomsten hoeft te komen. Dat geeft mij voor het moment ruimte. Terwijl ik tegelijk bedenk dat ik juist met patiënten bespreek dat ze in ieder geval een vast aantal keer, meestal drie keer, zouden moeten komen. Dit om van een groep, zelfs al is die open, geen 'duiventil' te maken en de rust en daarmee de veiligheid in de groep te bewaken.

De beginfase

In deze (parallel)fase is de groep bezig met de normen die de groepsbehandelaar stelt. Elk groepslid is bezig met de vraag of zij bij deze groep wil horen. Het basisgevoel is onzekerheid. Hoe meer sturing er plaats-

vindt door de groepsleiders, hoe optimaler het groepsklimaat. In deze fase wordt ook (het ontstaan van) de normen, rollen en de co-therapie belicht.

Persoonlijke ervaring

Als ik een paar weken na het pre-gesprek voor de eerste sessie het huis binnenloop, zie ik wat mensen in de grote huiskamer zitten. Er wordt nog rondgelopen. Even vraag ik me af of ik wel op de juiste plek ben. Als ik het vraag, blijkt dat het geval. Men is echter nog hardop aan het nadenken of de groep aan de tafel of in de zithoek zal gaan zitten. Ik verbaas me dat dit kader niet vooraf besproken is. Als ik supervisie geef is dat vaak het belangrijkste eerste thema: is het kader helder? Op tafel liggen allerlei spullen, zoals folders en een doos met thee. Achter de muur bij de tafel hangen foto's van een vrouw met maar één borst. Er worden koffiekopjes op tafel gezet. Plots zie ik toch een bekend gezicht, van Merel, (omwille van de privacy niet haar echte naam) een vrouw die ik pas recent op mijn koor heb gezien.

Na het voorstelrondje weet ik nog steeds niet wie de co-therapeut is

Ze herkent mij ook. Na mijn aanvankelijke schrok is het toch ook wel fijn, merk ik. Het is makkelijker om tegen haar iets te zeggen en het mijn deelname aan de groep en de reden waarom ik in de groep zat, wordt 'gewoner'. Iedereen kan met kanker te maken krijgen, zichtbaar. Halverwege de eerste groepsessie loopt er een vrijwilliger, die in een andere ruimte indi-

vidueel met iemand in gesprek was, plotseling de groepsruimte in omdat hij iets zoekt. Dit gebeurt de tweede sessie nog een keer.

Als de groep begint, herken ik de stem van de vrouw die ons welkom heet van ons telefoongesprek. Ze opent, maar ik weet nog niet wie haar co-therapeut is. Het zou een man zijn, had ze aan de telefoon vooraf vertelt, maar nadat iedereen in het voorstelrondje aan het woord is geweest weet ik nog steeds niet wie van de aanwezige mannen de co-therapeut is. Iedereen vandaag had een 'naastenverhaal'. Iedereen heeft zich voorgesteld met naam en ook de relatie tot de patiënt bekendgemaakt, om welke kanker het gaat en wat de situatie is. De man die naast de begeleidster zit zegt uiteindelijk: 'O ja, ik ben hier ook de begeleider'. Een ervaringsdeskundige blijkt. Hij had in het rondje verteld dat zijn vrouw kanker heeft en dat hij het zelf ook ooit gehad heeft, maar genezen is verklaard. Eerder werkte ik zelf met ervaringsdeskundigen en vaker zag ik hun worsteling van nabijheid en afstand. Deze uitingen van hem, die bijna als een *early disclosure* voelen en het feit dat hij niet vooraf noemt dat hij de groep mede begeleidt, geeft me nu verwarring. Ik had het fijn gevonden als er bij de start meer houvast geboden werd en weet hoe belangrijk het is om de regie te nemen. Zeker in het begin van de groep (in de parallelfase). Een groepslid die precies onder de foto zit van de vrouw met één borst, blijkt de partner van een vrouw met borstkanker. Ik raak wat afgeleid door deze combinatie en vraag me af of dat ook voor hem zou gelden. Ik wil het niet meteen vragen, want ik poog niet meteen de rol van de co-therapeut in te nemen. Door al deze gedachten, groeit mijn

vrees dat ik mijn professionele blik niet goed zal kunnen loslaten. De deelnemers zijn allen in de leeftijd van 40 jaar en ouder, op mijn bekende uit het koor na. Zij blijkt 25 en de enige die niet een partner maar een moeder met kanker heeft als naaste. Zou dit wel een goede groepssamenstelling zijn voor haar? En is dat het geval voor mij, nu ik de enige blijf te zijn zonder kinderen? De groepsleden hebben allen al enige tijd terug slecht nieuws gehoord over hun partner, behalve een man die zegt dat hij pas recent het slechte bericht gehoord heeft. Hij merkt op: 'Jullie zijn allemaal verder'. Het bleef hierop stil. Ik voelde weer de neiging iets te zeggen, maar deed het niet. Zelf zou ik als therapeut gevraagd hebben: 'Hoe is dat dan voor jou?' en erna: 'Wat vinden de anderen van deze opmerking?' Eventueel gevolgd door een verbindende uitleg dat 'voor iedereen, al weet men de diagnose en prognose lang of kort, geldt dat er verdriet is en een zoektocht naar hoe verder'. In de groep blijken drie personen te zitten die de vorige groep ook al hadden gedaan. Deze groep was door de corona deels gestrand waardoor men nu opnieuw kon aansluiten. Ik voel dat het een subgroep is, doordat ze elkaar vragen naar hun vakantie-verhalen waarover ik en de rest van de groepniks weten. Dit wordt ook niet benoemd en geeft me toch een onveilig gevoel. De begeleiders doen geen specifieke cohesie-versterkende interventies, zoals overeenkomsten benadrukken en uitleg geven.

De co-therapie

De twee groepsbegeleiders zitten naast elkaar. Als groepspsychotherapeut leer je dat je als co-therapeuten tegenover elkaar moet gaan zitten in plaats als een blok

samen in de zogenoemde docentenopstelling. In mijn naastengroep blijven de groepsbegeleiders naast elkaar zitten bij elke bijeenkomst. Een keer neemt de begeleidster deel op de iPad, omdat zij keelpijn heeft. De iPad wordt echter wel naast de begeleider gezet en ook zo blijven ze naast elkaar zitten. Juist door tegenover elkaar plaats te nemen houd je meer overzicht over de groep. Er zijn uiteindelijk twee sessies met maar één begeleider, maar dat werd wel steeds aangekondigd en dat was prettig.

De normen

Bij de tweede sessie is er een nieuwe deelnemer. Althans voor mij nieuw, maar wel bekend bij de drie deelnemers die eerder de groep samen hebben gevolgd. Het was me na de eerste bijeenkomst niet bekend dat zij ook nog zou aansluiten en dit overvalt me. Hierdoor is er opnieuw een voorstelrondje en het is fijn om de namen weer te horen, want ik heb niet alle namen onthouden. Hierbij valt het me op dat de nieuwe persoon als eerste wordt gevraagd iets te vertellen. In mijn werk als groepspsychotherapeut laat ik de nieuwe deelnemer zich juist als laatste voorstellen. Dan kan diegene eerst al wat sfeer proeven en de kat uit de boom kijken. Zo is het mogelijk veiliger voor de nieuweling, maar ook voor de andere groepsleden doordat ze eerst hun eigen sfeer kunnen neerzetten.

Elke bijeenkomst van de naastengroep beginnen we meestal zo'n tien minuten te laat. De groep start dan met gerommel rond thee en koffie. Zelf ben ik ook een paar keer te laat omdat ik uit mijn werk kom en me moet haasten. Het is daarom fijn dat we niet op tijd beginnen en het maakt dat ik hier ook makkelijker mee omga. Terwijl ik zelf als

groepstherapeut streng(er) ben in de tijd. Bij een latere sessie staat er niet, zoals steeds wel, koffie en thee klaar en een andere vrouw die in het pand loopt, brengt de potten even later, als we al begonnen zijn met het groepsgepraak. Voor mij doet het onverwacht binnenlopen van iemand tijdens de groep een inbreuk op mijn gevoel van veiligheid.

Terwijl ik naar de wc liep, ging het groepsgepraak toch half door

Steeds heb ik tussen de sessies in Merel gesproken bij het samen wegfietzen en op het koor. We spraken dan ook wel over wat er in de groep gebeurd was. Er is nooit in de groep afgesproken dat je elkaar niet privé zou mogen zien en er is nooit afgesproken dat wanneer je elkaar ziet dit weer in de groep bespreekt. Dit is wel zoals ik het als groepspsychotherapeut bespreek in mijn groepen, voor de veiligheid. Het leek hier toch niet storend te zijn geweest. Mogelijk ook omdat ik het vaak wel even kort weer meldde.

Als groepspsychotherapeut hecht ik veel waarde aan deze regel, maar nu merkte ik dat de ruimte doordat deze regel er niet is me wel goed bevalt. Zo kan ik nog zaken kwijt bij Merel die in de groep bleven liggen. En ik durf bij Merel meer na te vragen dan ik (al) in de grote groep durf. Gek genoeg sta ik er niet veel bij stil of anderen dat misschien ook onderling doen. Ik ben er onbewust blijkbaar vanuit gegaan dat als ik het later open vertel, anderen ook zullen delen als het speelt.

De pauze is steeds rond 11 uur maar vaak later en vaak pas als een groepslid erom vraagt of al opstaat om naar de wc te gaan of drinken te pakken, van tafel of uit het keukentje. Rond 11 uur is er aldus steeds onrust. Ik kon het de eerste keer niet laten om navraag te doen: 'Is er eigenlijk een pauze?'. Het antwoord was: 'ja, nou we kijken altijd even...'. Ik besloot bij gebrek aan structuur aan te geven wel behoefte aan pauze te hebben. Terwijl ik naar de wc liep, ging het gesprek toch half door en kwam ik terug in een voortkabbelend gesprek. Het-geen ik jammer vond. Er is ook geen vaste eindtijd van de pauze en we beginnen weer als iedereen weer zit.

Als de groepssessie voorbij is, blijven er steeds enkele groepsleden napraten. Een ander groepslid, Merel en ik moeten meteen weg om weer aan het werk te gaan en vertrekken meestal vlot. Een keer was ik iets vergeten en liep daarom terug de groepsruimte in. Ik merkte toen op dat men nog aan de praat was en had toch even de twijfel of het ook nog over mij ging.

In de tweede sessie ervoer ik als positief dat er gevraagd werd of je nog op iets wilde terugkomen naar aanleiding van de eerste keer. Helaas kwam deze vraag niet standdaard bij het begin van elke sessie terug. Als groepspsychotherapeut vraag ik bij elke groep naar de voorafgaande sessie en/ of tussentijdse zaken die men wil delen. In een latere sessies werd wel een keer gevraagd of er nog nieuws is. Ik vind deze kapstokken als deelnemer aan de groep prettig, omdat ik er voor hoe het de drempel verlaagt om iets te delen. Als we vaker bijeen zouden komen, de groep meer in de opnemingsfase of wederkerigheidsfase zou komen, zou deze structurende interventie mogelijk

minder van belang zijn. De groepsleidster vroeg aan het einde van de eerste bijeenkomst hoe we de sessie ervaren hadden. 'Beter dan verwacht' zei een van de oudgedienden en voegde eraan toe: 'Al vind ik de groep nu wel groot met ons achten'. Ik keek even op, wetende dat dit juist het ideale aantal is. Was het goed geweest dergelijke info vooraf te geven? Voor mij mezelf luidde het antwoord dat ik al wel verbinding had gevoeld. Ergens was ik enigszins verbaasd, omdat er aan een aantal randvoorwaarden niet was voldaan. Ik vroeg me af of deze dan eigenlijk niet zo van belang zijn?

De middenfase

In deze fase is de wens van de groep meer invloed te krijgen. Er kan meer gewerkt worden door de groep zelf en doelen kunnen worden gerealiseerd. Er zijn rijpere vormen van interactie en er is toegenomen intimiteit, soms empathie. De groep neemt meer zelf de verantwoordelijkheid.

Persoonlijke ervaring

Als we al een aantal keer bijeengekomen zijn als groep, ervaar ik een paar keer dat de begeleiders op dezelfde wijze als bij de start pogen structuur te brengen waar het wat mij betreft niet meer nodig is. Zo mag iedereen een plaatje uit wat foto's die op tafel liggen uitkiezen en erbij vertellen waarom je juist die foto koos. De foto's worden geïntroduceerd in het gedeelte na de pauze, waarbij het ervoor niet helder was dat we zo'n opdracht zouden gaan doen. In de sessies waren we tot nu toe naar mijn idee steeds via de vrije associatie goed aan de praat. Zelf had ik geen behoefte aan extra structuur door foto's of thema's. De vraag van de begeleiding of we in de groep thema's zullen

bespreken, keert een paar keer terug. De groep geeft aan het wel fijn te vinden om zonder thema's te werken. Ook ik vind het wel prettig zoals het nu gaat.

Deze structuur-interventies komen juist als we al vier bijeenkomsten gehad hebben en van de parallelfase naar de opnemingsfase gaan. Was dit een klein autoriteitsconflict? De sessie erop komt ter sprake dat we elkaar in de groep advies kunnen geven zonder zelf iets al goed te doen. Voor mij als groepstherapeut herkenbaar omdat ik deze uitleg zelf ook vaak in mijn eigen groepen geef. Dat is het mooie van een groep. Je kunt bij een ander soms dingen beter zien dan bij jezelf. Alleen iets zeggen als je er zelf goed in bent, zou weinig reacties geven en geen goede groep opleveren.

Bij een andere sessie is de begeleider verbaasd dat ik aanwezig ben. Hij zegt te denken dat ik me afgemeld had. Waarschijnlijk verwacht hij me met een groepsgenoot die zich wel heeft afgemeld. Daardoor voel ik mij toch wat ongezien.

Inhoudelijke onderwerpen

In deze werkfase worden allerlei onderwerpen besproken. Een onderwerp betreft dat men het zwaar kan vinden om mantelzorgert te zijn. Ik zeg: 'Je doet het nooit goed'. De groep reageert met: 'Je doet het altijd goed!', waarna de begeleidster deze opmerking herhaalt. Hierdoor kan het extra bij me binnenkomen en ervaar ik het als een positieve interventie. Als het gaat over reacties van familie en vrienden komt ter sprake dat de omgeving niet altijd begrijpt wat en hoeveel de naasten en de patiënt vaak in korte tijd meemaken. Ik breng in dat Erik Muller (2022) een boek heeft geschreven met de titel *Gelukkig heb je je wenkbrauwen nog over*

wat mensen in de omgeving aan fijne maar zeker ook aan minder fijne opmerkingen kunnen maken. Voor mij een prettig onderwerp om met gelijkgestemde in deze naastenroep te bespreken.

*In de groep snappen ze
dat je in deze
stressvolle tijden ook
met je zieke partner
kunt botsen*

Een ander terugkerend onderwerp in onze naastengroep is dat vrienden soms dingen niet begrijpen die de groep wel begrijpt. Ten aanzien van wat we meemaken met betrekking tot onze vrienden herkennen we allemaal dat het moeilijk aangeven is dat je het er niet over wilt hebben, omdat er de angst is dat de ander er vervolgens nooit meer naar vraagt. Tevens is het lastig dat mensen die nooit naar je vragen plotseling op een feest als ze toevallig naast je staan er wél iets over vragen. Herkenbaar is ook dat je als naaste weleens tegen iets van de patiënt aanloopt, maar als je daar aan vrienden iets over vertelt zijn zij vaak begripvol voor de zieke. De deelnemers in de groep snappen dat je in deze stressvolle tijden ook met je zieke partner kunt botsen en hoe in een relatie spanningen kunnen komen als je de hele dag allebei niet op je best bent. De omgeving zegt juist: 'Je hebt nog maar kort tijd dus je moet gaan genieten'. In de groep vinden we dat allemaal ook een goed plan, maar in het dagelijks leven is dat niet altijd zo makkelijk.

We bespreken ook hoe de naaste en de patiënt allebei een eigen pad hebben en elkaar maar deels begrijpen. Beiden lopen samen op maar ook een stuk alleen. Er is veel erkenning ten aanzien van dit gevoel van alleen zijn. Wat mij betreft geldt tevens dat we als partners ook veel over onszelf leren in deze crisistijden. In de groep helpen we elkaar door onze kwetsbaarheid te laten zien en doordat ons verdriet er mag zijn. Al is iedereen met kanker anders en hoe je ermee omgaat persoonlijk, toch is er in de groep veel herkenning.

Wanneer we het onderwerp ouders en kinderen bespreken gaat de begeleidster zelf huilen. Ik kijk ervan op, maar vind het ook mooi transparant. Toch zou ik het zelf niet snel doen en leren wij in de opleiding enige distantie te houden en je eigen thema's elders in leertherapie en supervisie door te werken. Toch heeft het nu in deze groep een mooi effect. Zeker als ze uitlegt waarom het onderwerp kinderen haar persoonlijk zo raakt.

Rollen

Naast mijn mogelijke rol van onofficiële co-therapeut zag ik (nog) geen andere rollen. Maar mogelijk zouden die ontstaan zijn indien we langer bijeen zouden komen, immers als je een groep zijn eigen gang laat gaan zie je dat de groep zelf rollen gaat organiseren.

De eindfase

In groepstherapie kan er in de eindfase meer onzekerheid, maar ook teleurstelling en boosheid ontstaan indien het over afronden gaat. Het kan dan vaak lastig zijn, zeker als men niet geleerd heeft goed afscheid te nemen, maar ook juist heel leerzaam.

Persoonlijke ervaring

Tussen twee sessies door komt er een email dat een van de groepsleden niet meer zal komen, omdat haar man inmiddels is overleden. We hadden wel de recente sessies kunnen volgen hoe het plotseling achteruit ging, maar het is toch schrikken. Zelf denk ik aan mijn en ieders voorland. In de betreffende email worden ook enkele telefoonnummers gedeeld om steun te betuigen (wederom zonder waarborging van de privacy). Na een paar sessies wordt er met wat data geschoven als blijkt dat op een datum er meer mensen niet kunnen, onder wie ikzelf. Omdat het vinden van een datum best lastig is, stel ik voor het over de vakantie heen te tillen en het een terugkombijeenkomst te noemen. Helaas krijg ik later per mail de datum van deze terugkombijeenkomst door en blijk ik niet te kunnen in verband met onderwijs geven over groepen (!). Ik zal dus de laatste sessie missen. Bij de een na laatste sessie heb ik daarom afscheid genomen.

Ondanks de gebreken in de structuur heb ik het ervaren als een fijne groep

Afscheid nemen vind ik als groepstherapeut altijd een belangrijk thema waar ik ruim de tijd voor neem in mijn lessen en supervisies. Naar mijn mening zou er meer aandacht aan besteed kunnen worden. De man die in het eerste gesprek zei dat hij nog maar pas aan het verwerken was, laat weten ook niet aanwezig te zijn bij de terugkombijeenkomst. Hij heeft, vertelt hij desgevraagd, geen idee wat hij aan de groep heeft gehad. Toch is hij wel

steeds gekomen, maar hij wil niet ook nog eens een keer na de vakantie komen. Hij heeft stroopwafels ter afscheid meegenomen. Een mooi afscheidsritueel. Al is het niet over afscheidsrituelen gegaan. Ik realiseer me dat ik niks heb en er zelfs niet aan gedacht heb iets mee te nemen! Ik kan nu alleen woorden geven en bedank de begeleiders en ook de groepsgenoten. Ook doe ik navraag of ik te veel co-therapeut bent geweest. Men vindt dat ik echt wel deelnemer ben geweest en me open heb gesteld, maar heeft soms ook wel gemerkt dat ik stuurde. Met name als het gaat over de kaders, zoals over de pauze en de planning. Ik leg aan de groep uit hoezeer ik deze van belang acht. De begeleidster zegt dat ze ook met eerdere groepen de ervaring heeft dat mensen willen delen en dat er makkelijk een sfeer ontstaat waarin men zich opent. Ook ik heb de ervaring dat men wil verbinden. In deze groep geeft ook de gezamenlijkheid in de levensomstandigheden, namelijk de naaste met kanker, een snelle verbinding. Daar dit iets is wat in het hart raakt, helpt dat ook bij de verbinding. De groep wil veelal (groepsnorm) dat iedereen er wat aan heeft. Als je weet dat er weer een sessie aankomt, ordent dat je gedachten al, en bereidt het je voor op weer persoonlijke dingen gaan delen. Zo ervaren andere groepsleden dit ook.

Conclusie

Terugkijkend heb ik deze naastengroep ervaren als een fijne groep, ook al was er amper specifieke aandacht voor de cohesie en het kader. Toch heb ik aan den lijve ondervonden dat er ook zonder deze structuur te bieden verbinding kan komen en er

toch goed inhoudelijk gewerkt kan worden. Er waren ook fasen te herkennen met hun specifieke kenmerken. Natuurlijk moet hier de kanttekening bij gemaakt worden dat de deelnemers allen geen patiënten zijn, geen pathologie als zodanig hebben, maar redelijk gezond zijn.

Na de laatste sessie – die ik moest missen – krijg ik nog een mail van de begeleidster dat ik daarbij gemist was. Het is fijn te horen dat de anderen blijkbaar ook cohesie zijn gaan ervaren. Tevens schrijft ze dat het idee is ontstaan om de groep langer te laten doorlopen en er dus nog vervolgssessies gepland gaan worden. Mogelijk dan wel minder frequent. Ik antwoord dat ik er dan graag bij ben.

Al met al een zeer interessante ervaring, zowel vakinhoudelijk als persoonlijk. Zelfs zonder de zo dikwijls benadrukte groepsdynamische zaken als een gedegen kennismakingsgesprek, het aangeven, uitleggen en handhaven van groepsregels, het stilstaan bij normen, rollen en fasen en een evenwichtig co-therapieschap, kan naar mijn ervaring een groep toch veilig en goed zijn. Hoewel de veiligheid geen speciaal item was voor de begeleiding, is er mijns inziens wel cohesie en vertrouwen onderling ontstaan. Klaarblijkelijk is er inderdaad iets wanneer (welwillende) mensen in een groep bijeen komen dat maakt dat er verbinding ontstaat. De volgend vergelijking schoot me te binnen: een (al veilig) land verkennen zonder reisleiding kan ook een mooie reis worden.

Naschrift

Inmiddels heb ik gratis een kleine groepsdynamica-cursus aangeboden aan het

inloopcentrum, ook om bepaalde basisthema's aan de groepsvrijwilligers te verhelderen. Ik vond het fijn te horen dat ze er open voor staan, maar hoorde tegelijkertijd van hen dat 'geen kennis ook vrijheid geeft'. Voor mij speelt dat ik andere, later startende groepen gun nog meer uit een al prachtig concept te halen. Het deelnemen aan deze naastengroep heeft mij ondersteund en het schrijven van dit artikel hielp tevens bij mijn persoonlijke proces.

Enige maanden nadat ik aan deze groep deelnam, heb ik me voor een tweede ronde aangemeld voor de naastengroep. De groep bestaat uit dezelfde vrouwelijke begeleider, een nieuwe mannelijke begeleider, een oud bekend groepslid en zes nieuwe groepsleden. Ter voorbereiding gelukkig nu geen namen van iedereen in de mail en wel een live gesprek vooraf met beide begeleiders. Wat de verdere sessies gaan brengen moet ik op het moment van schrijven nog gaan zien, maar de eerste ronde heb ik blijkbaar dusdanig steunend ervaren dat ik me weer voor deze tweede opgaf. Met vol vertrouwen hoop ik weer op een mooie groepsreis te gaan.

Graag draag ik dit artikel op aan mijn man Robert, aan alle vrijwilligers van de IPSO-huizen en aan iedereen die geraakt is door kanker.

Katelijne Robbertz is klinisch psycholoog/psychotherapeut, specialistisch groepspsychotherapeut, supervisor en opleider NVGP. Ze werkt op de afdeling psychiatrie van het Radboudumc en als hoofddocent groepsdynamica op het RCSW voor de GZ-, KP- en PT-opleidingen.

Literatuur

Drie richtlijnen palliatieve zorg gepubliceerd. (2022, 30 november). NIP. [https://psynip.nl/nieuws/drie-richtlijnen-palliatieve-zorg-gepubliceerd/Familie en naasten](https://psynip.nl/nieuws/drie-richtlijnen-palliatieve-zorg-gepubliceerd/Familie%20en%20naasten). (2022, 12 december). <https://mindplatform.nl/thema/familie-1>

Holland, J.C. & Rowland, J.H. (eds.) (2015). *Handbook of Psychooncology, Psychological care of the patient with cancer* (third edition). New York: Oxford University Press.

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

Muller, E. (2022). *Gelukkig heb je je wenkbrauwen nog! Wat je liever niet en beter wel kunt zeggen tegen iemand met kanker*. Soest: Uitgeverij Boekscout.

Leszcz, M.D. (2020). Group therapy for patients with medical illness. *The American Journal of Psychotherapy*, 73(4), 131-136.

Mantelzorgondersteuning in de palliatieve fase. (z.d.). Paliaweb. <https://paliaweb.nl/zorgpraktijk/mantelzorgondersteuning-in-de-palliatieve-fase>

NOS (2022, 28 november). Lange wachtlijsten voor psychologen 'veelkoppig monster'. <https://nos.nl/artikel/2454284-lange-wachtlijsten-voor-psychologen-veelkoppig-monster>

Smit, D. (2022). *Experiential knowledge and peer support for recovery in depression*. (proefschrift). Nijmegen: Radboud Universiteit.

‘Terugkeer kan een grote uitdaging worden’

De NVGP heeft steeds meer belangstelling gekregen voor groepsdynamiek binnen en tussen grote groepen. Zo is op initiatief van Monique Leferink op Reinink de nieuwe sector MAG (Maatschappij als Groep) opgericht. De oorlog in Oekraïne laat zien hoe dynamiek in grote groepen, zelfs op wereldschaal, impact heeft op middelgrote groepen als Nederlandse gemeenten, scholen en beroepsverenigingen van psychologen en op individuen in onze persoonlijke omgeving. In deze inleiding op het artikel van Felicia Stoutjesdijk en Iryna Norkina over psychosociale zorg voor Oekraïense tieners in Delft doet Van Hest verslag van zijn bezoek aan de auteurs.

Door Frits van Hest

Delft. Wanneer je onder een Delfts blauwe hemel op de fiets langs de oude grachten rijdt, te midden van toeristen die hun bewondering uiten over de schoonheid van de stad, kan een gevoel van nationale trots je bevangen. Dat overkwam mij althans. Ongewild, want rationeel heb ik niets met nationale trots of identiteit. ‘Wat een gaaf land hebben we toch’, citeerde ik al fietsend Mark Rutte in mezelf. Ik was op weg naar de praktijk van Felicia Stoutjesdijk. Daar wilde ik de Oekraïense psychologe Iryna (roepnaam Ira) Norkina uit Kyiv interviewen, collega in de praktijk van Felicia. Ik kwam haar op het spoor via WereldPsychologen waar ik me met vijfhonderd (!) andere collega’s had aangemeld om Oekraïense vluchtelingen psychosociaal te ondersteunen. WereldPsychologen realiseerde zich al snel dat onder de Oekraïners collega-psychologen te vinden moesten zijn en dat hun inzet een meerwaarde zou hebben in de opvang van hun landgenoten. Bij navraag bleek dat er zich onder de honderd Oekraïense collega’s in Nederland zeker twee bevonden die aan hun landgenoten psychosociale zorg in groepsverband aanbieden. Norkina is een van hen. Aangekomen in de vriendelijke praktijkruimte van Stoutjesdijk, valt me op dat beide collega’s ondanks de zware tijden optimisme, energie, daadkracht en creativiteit uitstralen.

Een jonge therapeut uit Kyiv

Iryna Norkina, zesentwintig, studeerde aan de Taras Shevchenko Universiteit in Kyiv. Ze liep haar stage in het Pavlov-ziekenhuis aldaar. Ze behaalde haar vierjarige bachelorsdiploma psychologie en twee masters: in klinische psychologie en in 'family and children psychology'. Ze is lid van de World Association of Positive Psychotherapy (WAPP) en van de Ukrainian Association of Cognitive and Behavior Therapy (UACBT). Nederland kende zij vanuit een cursus die ze eerder volgde aan de VU.

Vóór de oorlog werkte zij in Kyiv in het Centre of Family and Children Psychology. Sinds de start van de oorlog biedt zij crisis-interventie in oorlogssituaties; zij werkte en werkt face-to-face en online met kinderen, jongeren en hun ouders uit conflict/oorlogsgebieden. Ze geeft bijvoorbeeld adviezen en workshops over hoe te overleven in schuilkelders, of wanneer je door de oorlogshandelingen (tijdelijk) moet verhuizen.

Toen de oorlog in Kiev dichtbij kwam, besloot ze in maart 2022 om samen met 33 psychologiestudenten naar Nederland te vluchten, waar ze in november 2022 haar opleiding tot psychotherapeut (online) afrondde. Kilian Wawoe, docent Human Resources Management aan de VU te Amsterdam hielp haar aan onderdak en aan werk. Nu werkt ze bij Maartje Lindeman Psychotherapiepraktijk en van daaruit is ze tijdelijk onder contract bij de gemeente Delft om psychosociale zorg te bieden aan Oekraïense kinderen en jongeren. Haar diploma's zijn in Nederland erkend door de Dienst Uitvoering Onderwijs (Duo), een onderdeel van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Norkina's familie bleef achter

in Oekraïne. Ze heeft dagelijks contact met hen via internet of mobiele telefoon.

Collega Norkina is psychologe, zeker, maar als Oekraïense ook een 'wounded healer'. Zij zorgt goed voor zichzelf doordat zij zelf psychotherapie heeft, een intervisie steungroep, groepssupervisie en steun van haar psychotherapie-opleidingsgroep. Ook maakt zij dankbaar gebruik van alle steun en het opleidingsaanbod dat diverse Nederlandse collega's haar aanbieden.

Twee groepen Oekraïners

Over groepsprocessen in de maatschappij vertelt zij dat de Oekraïners door de oorlog hun gevoel van identiteit enorm versterkt hebben. Daarnaast ziet zij een verschil in de manier van adaptatie ten opzichte van de oorlog tussen twee groepen Oekraïners; zij die in Oekraïne zijn gebleven en zij die naar het buitenland zijn gevlucht. Degenen die in Oekraïne bleven, leven sterk in het moment, en lijken inmiddels gewend te zijn aan de situatie zoals die is: 'Oh, er is een bombardement, naar de schuilkamer!', 'Het is over, dus zo snel mogelijk alle noodzakelijke dingen doen. Boodschappen, profiteren van de stroomvoorziening zolang die nog werkt, internet gebruiken.' De vluchtelingen moeten omgaan met gevoelens van machteloosheid, angst voor de toekomst en zorgen over de achterblijvers. Iryna verwacht dat het belangrijk is om stil te staan bij deze verschillen in adaptatie. Nu al ziet zij bij haar cliënten die zijn teruggekeerd dat het leven in Oekraïne complex voor hen is omdat zij zich na terugkeer opnieuw moeten aanpassen aan de voor hen nieuwe oorlogssituatie. 'Dat kan een grote uitdaging worden', aldus Iryna Norkina.

Met zijn drieën

‘Via Maartje Lindeman leerde ik haar kennen’, vertelt Felicia Stoutjesdijk. ‘Omdat ik ervaring heb in het werken met Roemeense kinderen en behandelingen van (adoptie-, pleeg- en andere) kinderen en jongeren met trauma- en gehechtheidsproblemen, vroeg de gemeente Delft mij om samen met Mariës Ruepert, GZ-psycholoog met ook een eigen praktijk, een programma op te zetten voor de ruim veertig Oekraïense kinderen die in Delft op school zaten. De gemeente had via de scholen signalen gekregen dat hulp gewenst was.

‘Met zijn drieën zetten wij een groepsaanbod op om de kinderen psychosociale ondersteuning te bieden. Wij baseerden onze supportgroepen op het evidence-based programma PM+ van de WHO voor volwassenen en het eveneens evidence-based programma Children and War. Het PM+ programma is bedoeld om hulpmiddelen en oefeningen aan te bieden om een stressstoornis, een depressieve stoornis of PTSS te voorkomen; om mensen te helpen hun sociale contacten te onderhouden en te verbeteren en om wat ze geleerd hebben te blijven toepassen.

‘Onze expertises vulden elkaar goed aan. Allen zijn we ervaren op het gebied van cognitieve gedragstherapie, schematherapie en werken we met kinderen en jongeren die opgroeien in een complexe thuissituatie.

Mariës is daarnaast gespecialiseerd in traumatherapie. Ik heb zeven jaar in Roemenië gewerkt in diverse kindertehuizen, weet iets van de culturen uit Oost-Europa en ben juist meer thuis in non-verbale methodiek zoals Theraplay. Dat is een speelse methode om de band tussen ouder en kind te versterken. Onder leiding van een Theraplay Practitioner

volgen ouder en kind samen een serie semi-gestructureerde sessies, waarin activiteiten worden aangeboden die interactief, fysiek, eenvoudig en vooral leuk zijn (www.theraplay.nl). En Iryna is ervaren in het werken met landgenoten uit oorlogsgebieden. Sinds oktober 2022 participeert ze als junioronderzoeker in de Universiteit van Utrecht aan een onderzoek naar rouw bij Oekraïners in het project *Supporting bereaved people from Ukraine*.

Taalgebruik

Ik spreek mijn enorme bewondering uit voor hoe Norkina en haar landgenoten in het leven staan. Wat ons brengt bij hoe zij culturele verschillen ervaart en het verschil tussen Nederlanders en Oekraïners met betrekking tot identiteit en cultuur. Dat kan gaan over het verschil in omgangsvormen tussen leerlingen en docenten of tussen zorgverleners en patiënten – denk aan de beleefdheidsvormen die we in Nederland hebben afgeschaft. Of over semantische

‘Wij Oekraïners zijn veel meer gericht op het snel vinden van oplossingen’

verschillen tussen woorden in verschillende talen. Zo ontstond er tussen Norkina en Stoutjesdijk een discussie over de betekenis en affectieve lading van het Engelse woord ‘adversity’ uit het draaiboek van PM+. Tegenspoed hebben we allemaal, maar in hoeverre dit woord de affectieve lading van een oorlogssituatie dekt, was een discussie

waard. Ik merk op dat mij de worsteling om een juiste vertaling voor woorden te vinden niet onbekend voorkomt. In de groepstherapie met vreemdelingen is taal en taalgebruik tussen therapeut en anderstaligen altijd een belangrijk aandachtspunt (Van Hest & Vitale, 2022). De vertaling 'tegenspoed' voor gebeurtenissen in een oorlogssituatie vind ik wel erg zwak klinken. 'Ingrijpende gebeurtenissen' is misschien een beter alternatief.

Norkina moet lachen als ik opper dat ze de Nederlanders misschien wel 'ruw' zal vinden. 'Nee', ontkent ze, 'maar wel direct en open en gericht op protocollen en procedures. Wij Oekraïners zijn veel meer gericht op het snel vinden van oplossingen: is er een probleem, los het dan op!' Ik herken wat ze zegt. Tegelijkertijd ben ik onder de indruk

van hoe ook Stoutjesdijk vanuit haar vrijgevestigde praktijk creatief en flexibel gericht zoekt naar praktische oplossingen voor niet alledaagse problemen en ik bedenk dat dat toch ook een voordeel van de vrije markt kan zijn, waar protocollen, procedures en registraties anders gewaardeerd worden dan in een doorgeorganiseerde ggz, en zonder dat collega's die daar werken de professionalisering van ons vak tekortdoen.

Bij ons afscheid bedenk ik hoe toevallig het is dat onze namen hetzelfde betekenen. Mijn ouders gaven mij, oorlogskind uit de jaren veertig van de vorige eeuw, de naam Frits, wat hetzelfde betekent als Irina – met wie ik me op geen enkele manier verder wil vergelijken. 'Vrede' werden we allebei genoemd. Was dit het diepste verlangen van onze ouders?

Frits van Hest is klinisch psycholoog/psychotherapeut (n.p.). Hij werkte bij Phoenix, psychiatrisch centrum voor vluchtelingen en asielzoekers en in detentiecentra voor vreemdelingen.

Literatuur

.....
Hest, F. van & Vitale, S. (2022). Groepspsychotherapie in een cultuurdiverse omgeving. In: P.J. Verhagen & A. ter Haar (red.), *Leerboek Groepspsychotherapie* (p. 263-275). Amsterdam: Boom | de Tijdstroom.
.....

Psychosociale zorg voor Oekraïense tieners in Delft

Een Nederlandse en een Oekraïense therapeut – een interview met hen staat op de vorige pagina's – tekenen in dit artikel hun ervaringen op met de ontwikkeling en de implementatie van een Supportgroep voor 12 tot 18-jarigen uit Oekraïne, een preventief hulpaanbod voor vluchtelingen.

Door Felicia Stoutjesdijk
en Iryna Norkina

Op 24 februari 2022 viel Rusland Oekraïne binnen, wat een stroom Oekraïense vluchtelingen tot gevolg had. Gemeente Delft werd verzocht Oekraïense mensen onderdak te verlenen. De jongeren, 12-18 jaar, kregen vanuit de ISK (Internationale Schakelklas) in samenwerking met Team Jeugd/Delft Support in opdracht van de gemeente Delft onderwijs en dagactiviteiten aangeboden op de middelbare school Christelijk Lyceum Delft. Al snel werd duidelijk dat psychosociale ondersteuning wenselijk was.

Team Jeugd/Delft Support heeft eind april 2022 twee vrijgevestigde therapeuten uit Delft, Mariës Ruepert en Felicia Stoutjesdijk, gevraagd om deze zorg vorm te geven in overleg met Delft Support en de school. Stoutjesdijk zag op LinkedIn dat een collega EMDR-training ging geven aan 33 Oekraïense psychologiestudenten die in Nederland werden opgevangen en kwam via haar in contact met Iryna Norkina. Aangezien Stoutjesdijk noch Ruepert Oekraïens spreken, leek het hen wenselijk om een Oekraïens sprekende collega als co-trainer erbij te vragen. Norkina bleek geen student, maar een getalenteerde collega. Mariës Ruepert is GZ-psycholoog BIG, EMDR Europe Practitioner VEN, EMDR Europe Consultant i.o. en psychotrauma-therapeut NtVP, werkzaam in haar eigen praktijk Pro Psychologica.

Met z'n drieën hebben zij, in samenwerking met Delft Support en School, in een vrij korte tijd de psychosociale zorg aan ruim veertig Oekraïense jongeren vormgegeven. Zij baseerden de Supportgroep op twee programma's; Problem Management Plus, PM+ (World Health Organisation, 2020) en 'Children and War' (Children and War Foundation, 2018) aangevuld met expertise uit eigen praktijk van de trainers.

PM+ is een evidence-based programma ontwikkeld door de World Health Organisation (WHO). De WHO heeft een variant van PM+ voor volwassenen ontwikkeld (PM+, STRENGTHS), voor jongeren van 16 tot 24 jaar (REMAIN), en voor kinderen <16 jaar (EASE).

'Children and War' is een evidenced-based programma ontwikkeld door The Children and War Foundation van Noorwegen en geïntroduceerd door Unicef.

Bij de start is onderzocht van welke wetenschappelijk onderbouwde methodiek er een draaiboek beschikbaar was. Omdat in mei 2022 alleen het draaiboek PM+ voor volwassenen was vrijgegeven door WHO en geen andere draaiboeken waren gevonden, is ervoor gekozen om deze te combineren met het programma van Children and War, aangevuld met oefeningen die de trainers vanuit hun eigen achtergrond kenden (onder meer GroepsTheraplay, NET, positieve psychotherapie, videomateriaal).

In de periode 30 mei tot en met 29 juli 2022 hebben de eerste 41 Oekraïense jongeren de Supportgroep aangeboden gekregen. In september 2022 vonden de exitinterviews en de nameting plaats. Het aanbod bestond uit vier Supportgroepen (6 groepssessies en 1 bijeenkomst voor ouders/verzorgers, indivi-

duële intakes en exitgesprekken, voor- en nameting), een bijeenkomst voor alle betrokken docenten en hulpverleners van school en Delft Support, afstemming tussen diverse partijen en adviezen over vervolg na de zomervakantie 2022. De ervaringen met de ontwikkeling en implementatie van dit groepsaanbod is te lezen in dit artikel.

De coördinator maakte zich zorgen over de jongeren, maar ook over zijn docententeam

Oekraïense jongeren in de Delft

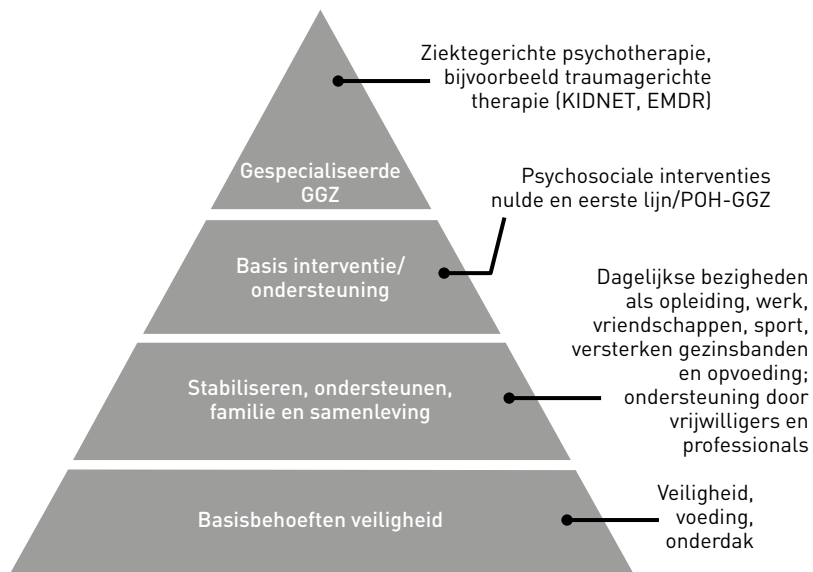
Team Jeugd/Delft Support heeft tot taak om er in opdracht van de gemeente Delft voor te zorgen dat gevluchte kinderen, jongeren en hun ouders uit Oekraïne, opgevangen in Delft en omstreken, toegang krijgen tot hulp, ondersteuning en onderwijs. De jongeren kregen vanuit de Internationale Schakelklas (ISK) in samenwerking met Team Jeugd/Delft Support en Delft voor Elkaar onderwijs en dagactiviteiten aangeboden. Er zijn inmiddels 41 Oekraïense jongeren opgevangen door de ISK (Internationale Schakelklas Delft). Charles Barto, gepensioneerd schooldirecteur SC Delfland, teruggekeerd als de coördinator van de Oekraïense scholieren, belde wekelijks met Delft Support. Hij maakte zich grote zorgen over deze jongeren, maar ook over zijn docententeam. Door de verhalen die hij had gehoord over wat de jongeren hadden meegemaakt, kreeg

hij het idee dat zij PTSS konden hebben en/of dringend hulp nodig hadden. Ook het gedrag van sommige jongeren baarde hem zorgen. Zo waren sommige jongeren wel aanwezig in de klas, maar deden zij niet mee met de les, ze staarden voor zich uit of vertoonden opstandig gedrag. Een ander kind knutselde een geweer bij de kunstles. En één meisje had voor de oorlog door Covid haar moeder verloren en praatte nergens over. De coördinator uitte zijn zorg over jongeren die bezorgd waren over hun achtergebleven familieleden (meestal hun vaders). Zij wisten niet of hun huis nog heel was en misten hun lievelingsknuffel of muziekinstrument die ze in hun haast niet mee hadden kunnen nemen. Sommige jongeren hadden tijdens bombardementen moeten vluchten en over dode lichamen moeten stappen. Deze jongeren hadden meer nodig dan school kon bieden, was de redenatie van de coördinator.

Het team van leerkrachten bestond voor een deel uit Nederlandse docenten die hun reguliere les (gym, kunst) openstelden of uit (soms teruggekeerde) gepensioneerde docenten die Nederlandse of Engelse les gaven. Een ander deel van de docenten was afkomstig uit Oekraïne of Rusland, en zij gaven de vakken wiskunde, scheikunde, natuurkunde, biologie. De indruk van de coördinator was dat menig docent belast was door de verhalen van de jongeren (mogelijk secundair getraumatiseerd) en ook door het feit dat zij zagen dat de jongeren geen psychosociale hulp kregen. Zo ontstond het idee voor dit project.

Psychosociale hulp

Wanneer over psychosociale hulp aan vluchtelingen wordt gesproken wordt doorgaans gewezen op de interventiepiramide (IASC Reference Group MHPs, 2010).



Figuur 1. IASC Reference Group MHPs, 2010

Van Schie en van den Muijsenbergh (2017) omschrijven deze interventiepiramide als een bekend model voor psychosociale zorg voor vluchtelingen. De basis van deze piramide (zie figuur 1) wordt gevormd door veiligheid, de laag daarboven door het versterken van gezinscohesie, het voorkomen van geweld en het ondersteunen van maatschappelijke deelname. De laag daar weer boven bevat generalistische hulp/gesprekken en de top van de piramide is gereserveerd voor psychotherapie en/of systeemtherapie binnen de specialistische ggz-zorg. Deze hulp kan parallel aan elkaar verlopen. Een groot deel van de zorg vindt dus plaats buiten de muren van de ggz en binnen de nulde (GGD, school) en eerste lijn. Ondersteuning, gericht op stabilisatie en het verkrijgen van een nieuwe maatschappelijke status, is de essentie van de benadering. Het reduceren van psychosociale nood en context-gerelateerde problemen en het vergroten van de veerkracht vormen de kern. Ook wanneer zich psychopathologie ontwikkelt, blijft aandacht nodig voor beïnvloedbare context-gerelateerde factoren die kunnen leiden tot meer stabiliteit. Hierdoor blijft de focus gericht op het versterken van de veerkracht en de omgeving in plaats van op de psychopathologie. Deze focus mag echter niet leiden tot het onthouden van specialistische psychotherapie indien de ontwikkeling van een kind stagneert of de problemen toenemen (van Schie en van den Muijsenbergh, 2017, P. 14 en 15).

Tijdens een eerste overleg tussen Team Jeugd/Delft Support, school en een van de trainers (Felicia Stoutjesdijk) werd uitgewisseld wie wat wist van evidence-based psychosociale hulp aan vluchtelingenkinderen

en -jongeren. School en Team Jeugd/Delft Support werden door de trainer bewust gemaakt van het feit dat wat zij aanboden goed aansloot op de eerste en de tweede laag van de interventiepiramide en dat het indrukwekkend was wat zij al hadden opgezet. Zo zorgden zij voor een veilige schoolomgeving waarin onder andere een

Vergeet ook niet de taalbarrière, culturele verschillen en de onbekendheid met ons Nederlandse systeem

buddysysteem was opgezet waarbij elke Oekraïense jongere aan een Nederlandse jongere was gekoppeld. Er werd dagelijkse bezigheid geboden op het gebied van opleiding, sport en spel, gezorgd voor fietsen en voor fietsles en de jongeren een Chromebook. Er kwamen medewerkers van Delft voor Elkaar langs om buitenschoolse activiteiten aan te bieden als museumbezoek, kennismaking met sportclubs en buurthuizen en zij zorgden voor vakantieactiviteiten. Een aantal jongeren ging zelfs mee op werkweek naar Limburg met Nederlandse leeftijdgenoten.

De Supportgroep werd gezien als een aanbod dat aansloot op de derde laag van de interventiepiramide. Dit aanbod gaf de coördinator het nodige vertrouwen dat zijn zorgen over de jongeren gehoord werden. Om de signalen van belasting van de docenten en betrokken hulpverleners serieus te nemen werd een intervisiebijeenkomst

georganiseerd waarin betrokkenen geïnformeerd werden over de inhoud van de Supportgroep, een introductie kregen met betrekking tot traumasensitief lesgeven en de mogelijke psychische problemen bij vluchtelingenkinderen en -jongeren, en bovenal de aanpak tot nu toe geëvalueerd werd. Naast het aanbod van de Supportgroep en de intervisiebijeenkomst werd door de drie trainers ook afgestemd met betrokkenen van Team Jeugd en de school, werd ondersteuning geboden bij het tot stand brengen van doorverwijzingen naar ggz-hulp voor twee jongeren voor wie de Supportgroep onvoldoende was, en werden signalen vanuit de ouders en jongeren voor hulpvragen na de Supportgroep (te weten behoefte aan oudergroepen gericht op traumasensitief ouderschap, behoefte aan follow-up van de groep, vervolg op buddysysteem, e.d.) doorgegeven aan Team Jeugd/Delft Support; ook stelden zij zich beschikbaar voor volgende groepen aan jongeren en/of hun ouders van nieuwe vluchtelingen uit Oekraïne.

Supportgroep

De Supportgroep is een training die ingezet wordt als een preventieve psychologische interventie. Zij is in eerste instantie ontwikkeld voor tieners (12-18 jaar) getroffen door oorlog in Oekraïne, die derhalve zijn blootgesteld aan tegenspoed. Bij tegenspoed kan gedacht worden aan de gebeurtenissen zoals hiervoor beschreven, maar vergeet ook niet de taalbarrière, culturele verschillen en de onbekendheid met ons Nederlandse systeem waarbij onder andere de bureaucratie weleens tot verwondering kan leiden. De jongeren krijgen in de training handvatten over hoe je om kan gaan met tegenslag.

De Supportgroep is ontworpen om

- de veerkracht, het probleemoplossende vermogen en de copingvaardigheden van de deelnemers te versterken en
- te helpen bij het omgaan met gevoelens van depressie, angst en stress, ongeacht of de deelnemers zijn blootgesteld aan tegenspoed of niet.

De Supportgroep kan worden gebruikt om diverse aspecten van de geestelijke gezondheid en het psychosociaal welzijn te verbeteren, hoe ernstig de problemen ook zijn. Het is een interventie in de derde laag van de interventiepiramide bij vluchtelingen, dat wil zeggen dat de interventie bedoeld is voor mensen met milde stressklachten, die (nog) geen PTSS of andere stress-gerelateerde DSM-classificatie hebben.

De Supportgroep richt zich op het versterken van vaardigheden om met emotionele en praktische problemen om te gaan. De interventie kan niet worden ingezet als therapie, maar therapeutische vaardigheden bij minimaal één van de trainers wordt door de ontwikkelaars wel als wenselijk gezien.

Hoe werkt de Supportgroep?

- Het is een training van zes sessies en één oudersessie.
- Duur per sessie: 1,5 uur.
- Vooraf vindt een individueel intakegesprek plaats en worden screeningslijsten ingevuld.
- Na afloop vindt een eindgesprek plaats waarin besproken wordt hoe de deelnemer aan de slag is gegaan met geboden handvatten en hoe hij/zij hiermee verder kan gaan.
- Er is een voor- en nameting
- Afgesproken werd dat zodra een jongere meer intensieve vorm van hulp nodig bleek

te hebben, Team jeugd/Delft Support deze jongere zou ondersteunen bij het vinden van een behandeling binnen de gespecialiseerde ggz. Een van de voorwaarden was dan ook dat Delft Support zou zorgen voor een team traumatherapeuten die indien nodig konden worden ingezet.

Tijdens deze training wordt informatie (psycho-educatie) gegeven en worden oefeningen gedaan. Oefeningen worden wekelijks herhaald om de motivatie om thuis te oefenen en in te zetten te vergroten. De jongeren krijgen hun oefeningen in hand-outs mee naar huis. In de groep wordt aandacht besteed aan serieuze zaken, maar is ook voldoende ruimte voor aandacht voor elkaar, onderlinge steun en het gezamenlijk doen van leuke activiteiten. Het programma kan ook individueel worden aangeboden.

De volgende strategieën worden behandeld:

- 'Knowledge is Power' – psycho-educatie over normale reacties op abnormale omstandigheden.
- 'Managing Stress' – hulpmiddelen worden aangereikt om stress en fysieke spanning te reduceren.
- 'Managing Problems' – hulpmiddelen worden aangereikt om praktische problemen te ordenen en op te lossen.
- 'Get going, keep doing' – uitleg en hulpmiddelen worden aangereikt om symptomen van depressie te verminderen door actiever te worden.
- 'Dealing with Stress & Avoidance' – uitleg en hulpmiddelen worden aangereikt om de dynamiek achter gezonde en ongezonde vermijding te snappen en om een patroon van vermijding te (kunnen) doorbreken.
- 'Strengthening social support' – helpt om

het sociale steunnetwerk in kaart te brengen en te vergroten.

- 'Staying well and looking to the future'
 - helpt om geboden strategieën tijdens stressmomenten te blijven gebruiken en ook anderen hierbij te helpen.

Enkele voorbeelden van oefeningen en videomateriaal

Tijdens de psycho-educatie over normale reacties op abnormale omstandigheden is de video in Oekraïens over Window of Tolerance (Augeo Foundation & Stichting Kinderpostzegels (z.d.)) bekeken en nabesproken. Ook werd aan de hand van een oefening met een bol wol beeldend gemaakt hoe je hoofd vol kan zitten met diverse tegenslagen waardoor opletten in de klas, bijvoorbeeld, minder goed lukt. De trainers noemden een aantal voorbeelden van tegenslagen als plots moeten verhuizen, veel huiswerk hebben, gemis van of zorgen over dierbaren in Oekraïne, stomme huishoudelijke taken moeten doen van je moeder, niet weten wat je volgende woonplek gaat zijn. Door alle deelnemers één voorbeeld te laten noemen terwijl ze een stuk van het touwtje vasthielden ontstond een web dat door de (Nederlandse) co-trainer bijeen werd geraapt om daarna het verschil te laten zien tussen het bijeengeraapte chaotische bolletje in de ene hand en het nog nette bolletje wol in de andere hand. Zowel in de oudergroep als bij de jongeren werd snel herkend dat de meeste hoofden er als het chaotisch bolletje wol uitzagen. Bij Managing Stress werd uitleg over stress gegeven aan de hand van de video *Natal Stress in English – FFF* (Safeplace, 2016). Er werd een ademhalingsoefening ingezet die wekelijks werd herhaald, de Jacobson

Relaxation-techniek werd geoefend en er werd een link meegegeven van een video hiervan (Safeplace, 2016).

Bij Managing Problems werd een oefening gedaan uit het PM+-programma (World Health Organisation, 2020) waarbij diverse problemen werden genoemd en de deelnemers moesten kiezen of dit een oplosbaar of onoplosbaar probleem was door aan de ene of de andere kant van het klaslokaal te gaan staan. Culturele verschillen werden duidelijk bij het probleem 'enorm veel huiswerk, te veel om af te krijgen', toen de Nederlandse co-trainers zeer verbaasd waren dat de jongeren én hun Oekraïense collega aan de onoplosbare kant gingen staan. In Oekraïne is het onderwijssysteem zo ingericht dat het huiswerk per vak vast staat en niet onderhandelbaar is. Bij het probleem 'er is een oorlog in Oekraïne' ontstond een interessante discussie in de groep doordat er jongeren waren die dit als een oplosbaar probleem zagen. Enthousiaste ideeën werden gedeeld over geld inzamelen waarmee drones gekocht konden worden en het leger ondersteund zou kunnen worden bij het verslaan van het Russische leger. Uiteraard werd ook stil gestaan bij de cirkel van invloed van de jongeren en hun veiligheid daarin. Probleemoplossend vermogen werd vergroot door over een relatief klein probleem ('sleutel van gastgezin vergeten' of 'naar strand willen, zwemspullen wel hebben maar niet weten hoe daar te komen') te brainstormen en tot plan van aanpak te komen.

Processtructuur

Uit pragmatische en inhoudelijke overwegingen werd gekozen voor werken met groepen. Hierdoor kon na een relatief korte

ontwikkelperiode een zo groot mogelijk aantal jongeren de psychosociale ondersteuning krijgen die volgens onderzoek effectief is en die het risico op verdere psychische problemen zou kunnen voorkomen. Organisatorisch lukte het om drie groepsessies voor de zomervakantie te hebben en drie tijdens de vakantie. Het schoolgebouw werd hiervoor speciaal voor de groep open gehouden. De groep werd als onderdeel van het ISK-schoolcurriculum aangeboden. De exitinterviews werden door Iryna Norkina na de zomervakantie gehouden. Bij de 12- tot 14-jarigen is de indruk dat de intrinsieke motivatie groot was. De meeste van hen kwamen ook tijdens de zomervakantie. Bij de 15 tot 17-jarigen was een grotere no-show, zeker tijdens de zomervakantie. De hypothese is dat dit kwam omdat een aantal van deze jongeren werkten en dat een aantal terugkeerde naar Oekraïne tijdens de zomer. Een andere oorzaak lijkt te liggen in communicatieproblemen rond roosterwijzigingen. Mogelijk zal bij een aantal motivatie

Zelfs vluchtelingen bij elkaar in de klas wisselden eerder nauwelijks ervaringen uit

een rol hebben gespeeld. De indruk is dat het programma en het feit dat een van de trainers een psycholoog was die de taal van de jongeren sprak, maakte dat er voldoende veiligheid werd ervaren om ervaringen te delen.

Resultaten

Vanaf mei 2022 tot en met juli 2022 zijn 41 jongeren gezien voor intake en werden de zes groepsessies en één ouder-groepsessie aangeboden. Voor- en nameting zijn gedaan. Na de zomer zijn 34 jongeren gezien voor exitinterviews. Dat zeven jongeren niet zijn gesproken voor exitinterviews is voor een groot deel te verklaren door terugkeer naar Oekraïne. Twee jongeren hebben individuele behandelcontacten gehad. En bij nog twee is door Iryna Norkina telefonisch contact gehouden voor het geval zij gemotiveerd zouden raken voor behandeling, maar dat is uiteindelijk niet nodig gebleken. Tijdens de exitinterviews gaven de jongeren over het algemeen aan veel aan de groep te hebben gehad; oefeningen worden nog steeds ingezet, stressmanagement is verbeterd, emotionele problemen zijn verminderd. Men heeft het als zeer plezierig ervaren om met lotgenoten ervaringen uit te wisselen. Bij de intakes vertelden de jongeren dit niet tot nauwelijks te doen, ook al zaten ze bij elkaar in de klas, terwijl daar wel behoefte aan was. Men heeft de groep ervaren als 'fun, useful and interesting'. Er zijn ook behoeftes aangegeven als een vervolg van de Supportgroep en een vervolg van het buddysysteem op school. Via de ouders

kwamen signalen over behoefte aan een oudergroep gericht op traumasensitief ouderschap.

Het aanbod is ook geschikt voor gevluchte jongeren uit andere oorlogsgebieden

Voor- en nameting

Voorafgaand aan de groep zijn diverse screeningslijsten ingevuld door 41 jongeren, 34 jongeren hebben de nameting ingevuld. Het angstniveau is gemeten met behulp van de General Anxiety Disorder-7 (GAD-7). De ernst van depressie is gemeten met de Personal Health Questionnaire-9 (PHQ-9). En de indicatie voor PTSS is in kaart gebracht met de PTSS-checklist voor de DSM 5 (PCL-5). Wanneer alleen de scores van de 34 jongeren die zowel een voor- als een nameting met elkaar worden vergeleken, wordt een positief effect gezien op groepsniveau (zie tabel 1).

Reflectie

De trainers van de groep waren ook de ontwikkelaars van de groep. Voor de toekomst is goed voor te stellen dat de training wordt gegeven door een psycholoog uit het land

	Voormeting (mei 2022) N=34	Nameting (september 2022) N=34
Indicatie voor PTSS	11 (32,4%)	4 (11,8%)
Ernst van depressie (matig, matig-ernstig of ernstig)	5 (14,7%)	2 (5,9%)
Angstniveau	4 (11,8%)	2 (5,8%)

Tabel 1.

van herkomst van de jongeren en een case-manager van Team Jeugd van de gemeente. Het aanbod is zo ontwikkeld dat het ook aan gevluchte jongeren uit andere oorlogsgebieden kan worden gegeven.

Het voordeel van de combinatie van een trainer uit het land van herkomst en een casemanager van Team Jeugd van de gemeente ligt in feit dat de psycholoog uit land van herkomst de interventies in de taal van de jongeren kan bieden, snel verheldering kan geven bij culturele verschillen en deze zoektocht in de groep kan laten zien (*modelling*) door hier met de co-trainer openlijk over te praten. Tevens worden therapeutische vaardigheden bij een van de trainers wenselijk geacht. Diagnostische ervaring bij een van de twee co-trainers is van belang om met elkaar in te schatten of het aanbod voldoende is of dat er meer nodig is, en op deze manier goed is geborgd. Een ander voordeel van deze combinatie is dat er rond de groep veel overleg met medewerkers van school en gemeente nodig is, wat onzes inziens in het verlengde ligt van de regiefunctie die medewerkers van Teams Jeugd doorgaans hebben. Daarnaast zijn de non-verbale groepsactiviteiten goed overdraagbaar aan jeugdhulpverleners en is de inschatting dat zij niet per se hoeven te beschikken over een therapeutische achtergrond indien de psycholoog-co-trainer hier wel over beschikt. Felicia Stoutjesdijk en Iryna Norkina zijn gecertificeerd PM+-trainer en kunnen de casemanagers zowel in PM+ als in de Supportgroep trainen.

De indruk is dat de inhoud van de Supportgroep niet alleen interessant is voor vluchtelingen, maar ook voor andere jeugdigen die baat kunnen hebben bij versteviging van hun

veerkracht, probleemoplossend vermogen en copingsvaardigheden bij stressvolle situaties en die hulp nodig hebben bij het omgaan met gevoelens van depressie, angst en stress, ongeacht of de deelnemer heeft blootgestaan aan tegenspoed of niet. In het verlengde hiervan is de indruk dat door training van casemanagers bij jeugdteams van gemeenten in deze methodiek ook andere jeugdigen kunnen profiteren.

De deelnemers van de groep kwamen allen uit Oekraïne. Dit schijnt bij groepen voor vluchtelingen niet altijd zo te zijn. Onze indruk is dat het een groot voordeel heeft om jongeren met dezelfde culturele achtergrond met een trainer uit Nederland en een trainer uit het land van herkomst van de deelnemers bij elkaar te zetten. Het delen van ervaringen gaat dan immers niet alleen om gedeelde oorlogservaringen, maar ook om gedeelde culturele achtergrond waarbij in de groep middels 'modelling' kan worden voorgeleefd hoe hier op een adequate manier mee om te gaan.

Voor de Nederlandse trainers was het tijdens de training soms even zoeken hoe je een volwaardige rol als co-trainer kon hebben, zij konden immers minder verbaal therapeutisch actief aan het werk dan zij gewend zijn. De Oekraïense trainer was vooral aan het woord omdat de jongeren weinig Engels of Nederlands spraken. Doordat de trainers snel op elkaar ingespeeld waren en er een weg gevonden werd om non-verbale activiteiten een aanvulling te laten zijn op de meer cognitieve taken, werd de groep als interessant en plezierig ervaren. Het bleek van groot belang om elkaar tussen de groepssessies door te bevragen en te begrijpen waarom de ander deed wat

zij deed en om meer zicht te krijgen op de culturele verschillen.

Een tolk inzetten voor de Nederlandse trainer is overwogen, maar werd niet nodig geacht. Er was immers sprake van een goede samenwerking en het draaiboek zat zo in elkaar dat dit (bijna) letterlijk werd gevolgd, waardoor de Nederlandse trainer makkelijk kon volgen wat haar Oekraïense collega aan het doen was en welke gesprekken er in de groep werden gevoerd.

De motivatie en de betrokkenheid van de gemeente Delft was bewonderenswaardig

Bij PM+ wordt met leken-helpers gewerkt, dat wil zeggen met mensen uit land van de deelnemers die niet (per se) zijn opgeleid als hulpverlener. De trainers hebben ervoor gekozen om dat niet te doen. Doordat zij samen het draaiboek hadden gemaakt en doorgesproken hadden, kregen zij 'feeling' met elkaars culturele achtergrond en elkaars manier van werken. Zij hebben dit ervaren als verrijkend voor zichzelf en voor de deelnemers van de groep. Aangezien er inmiddels veel Oekraïense psychologen in Nederland hun toevlucht hebben gevonden, kunnen zij zich voorstellen dat deze combinatie vaker is te maken.

De indruk is dat de trainers goed oog hadden voor het beheersbaar houden van de arousal/spanning die de onderwerpen over bijvoorbeeld gemis, ingrijpende ervaringen, en emotieregulatie-problemen met zich meebrachten. Hun achtergrond als (trauma)

therapeut kwam hierbij van pas. Hierdoor ontstond een veilige omgeving waarin de jongeren goed toekwamen aan het versterken van de vaardigheden in het leren omgaan met tegenslag. Want het is evident dat het leven vol tegenslag zit als je bent gevlucht uit een land waar je vrienden, familie en school waren of nog zijn en waar nog steeds oorlog wordt gevoerd.

De trainers waren dan ook blij verrast dat uit de exitinterviews bleek dat de jongeren daadwerkelijk zijn blijven oefenen met de handvatten uit de groep, dat de jongeren benoemden baat te hebben gehad bij de groep, en dat dit ook vanuit de voor- en nameting werd gezien. Volgens de PM+ zou dit ook met leken-helpers verwezenlijkt kunnen worden. Hiermee is bij de trainers (nog) geen ervaring, maar de ontwikkelingen worden met interesse gevolgd.

De motivatie van de gemeente om de psychosociale zorg voor de Oekraïense jongeren voor de zomervakantie 2022 goed op te zetten, is bewonderenswaardig. Het tempo rond de organisatie en de betrokkenheid bij de opzet en uitvoering van de vier groepen en het aanvullende aanbod door Team Jeugd/Delft Support zoals beschreven, was groot. Hierdoor was er tussen 30 mei en 12 september 2022 een mooi aanbod. Gezien het verhoogde risico op psychische problematiek bij vluchtelingkinderen en -jeugdigen, is door de trainers het dringende advies gegeven om hetgeen is opgezet als een continu proces voort te zetten ten einde het mooie resultaat met de eerste 41 jongeren vast te houden en nieuw aangekomen jongeren uit Oekraïne te laten profiteren van hetzelfde aanbod. Naast het beschreven aanbod werd duidelijk dat ook de ouders behoefte hebben

aan en baat hebben bij een groep gericht op traumasensitief ouderschap. Na het einde van hun contract met Team Jeugd hebben de trainers op frequente basis contact

gezocht met hun contactpersoon bij de gemeente om te vragen naar de wensen voor vervolg. De gemeente is aan zet. De trainers wachten af.

Felicia Stoutjesdijk is Psycholoog NIP, Cognitief Gedragstherapeut (VGct) en Theraplay Practitioner. Ze werkt sinds 2014 als vrijgevestigde in haar eigen praktijk, *Praktijk Stoutjesdijk* in Delft.

Iryna Norkina is psychotherapeut en werkt bij praktijk Maartje Lindeman Psychotherapiepraktijk in Utrecht. Tevens is zij junior onderzoeker aan de Universiteit Utrecht en verbonden aan het project 'Supporting bereaved people from Ukraine'.

Literatuur

Augeo Foundation & Stichting Kinderpostzegels (z.d.). Window of Tolerance Ukrainian | Вікно толерантності [video]. YouTube. Geraadpleegd op 24 mei 2022, van <https://youtu.be/WLc2-CH-MhM>

Buijs, M. (2022, 12 augustus). Vluchtelingen met psychische problemen hebben baat bij hulp van lotgenoten. *NRC Handelsblad*.

EMDR Europe Association (z.d.). *Talking about the war. How to prevent stress reactions in children and adolescents following the dramatic war in Ukraine*.

Safeplace (2016, 20 april). Jacobson Relaxing - English version. Geraadpleegd op 4 juni 2022 van <https://youtu.be/t3uK039WdaM>

Safeplace (2016, 20 april). *Natal Stress in English – FFF*. Geraadpleegd op 4 juni 2022 van <https://youtu.be/0PP3nqdRI-w>

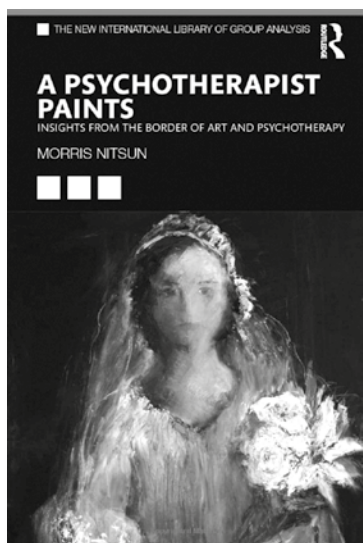
Smith, P., Dyregrov, A. & Yule, W. (2018), *Children and War, Teaching recovery techniques*.

Schie, R. van & Muijsenbergh, M. van den (2017) Handreiking - maart 2017. *Psychische problematiek bij vluchtelingkinderen en -jongeren*.

Vereniging EMDR Nederland (2022, 15 maart). Benefiet Webinar Oekraïne. Eerste (psychologische) hulp aan oorlogsgetroffenen. Geraadpleegd op 15 maart 2022 van <https://www.emdr.nl/benefiet-webinar-oekraïne-15-maart-2022-20-2130u>

World Health Organisation (2020). Group problem management plus (GROUP PM+) Group psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. Generic field-trial version 1.0. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334055>.

Een zoektocht naar heelheid in het aangezicht van de dood



A psychotherapist paints Insights from the border of art and psychotherapy

Morris Nitsun

2022

London: Routledge Press

Door **Monique Leferink** op Reinink

Morris Nitsun stierf vrij onverwacht op 10 november 2022. *A psychotherapist paints, Insights from the border of art and psychotherapy*, zijn nieuwste en helaas ook zijn laatste boek, zou 30 november 2022 feestelijk worden gepresenteerd. Tegelijkertijd zou er een expositie plaatsvinden van zijn recente schilderijen, waarvan maar liefst vijftig prachtige afbeeldingen in dit boek zijn opgenomen. Het mocht niet zo zijn.

Nitsun laat in dit boek op ontroerende wijze zien hoe zijn levenslange zoektocht naar integratie van verschillende delen in hemzelf culmineerde in een eerbetoon aan zowel zijn moeder, aan wie dit boek is opgedragen, alsook aan de symbolische moeder, moeder aarde, de natuur. In het licht van een zich steeds vernieuwende natuur kon hij zijn

sterfelijkheid accepteren en won hoop het van wanhoop, creatie van destructie.

Opzet

Earl Hopper, een gerenommeerd Londens psychoanalyticus, groepsanalyticus en consultant, schreef het voorwoord. Daarin beschrijft hij dat hij dit laatste boek ziet als een heel moedige, zo niet radicale stap in Nitsuns ontwikkeling. De schilderijen die Nitsun maakte en aan groepen mensen presenteerde ziet Hopper als *transitional objects*, omdat ze door de toeschouwers ontdekt moeten worden en gecreëerd. Door het aandachtig bekijken van de schilderijen kunnen de toeschouwers in contact komen met hun eigen reflecties en gevoelens rond bepaalde thema's.

Het boek is opgebouwd uit drie delen en bevat tien hoofdstukken.

deel 1: Background

1. 'Can I be both?'
2. Early stages
3. The artists matrix

deel 2: The Paintings

4. Dolls and demons
5. The deserted city
6. Fragile nature
7. Dancers
8. Four women

deel 3: Reflection

9. A deeper view
10. Concluding thoughts

In deze bespreking van het boek zal ik bovenstaande indeling grotendeels aanhouden.

Wat Nitsun voor ogen stond bij het begin van zijn innoverende project was een onderzoek vanuit de zogenoemde heuristische methode (Moustakas, 1990) waarbij hij zijn schilderijen wilde inzetten als objecten voor *inquiry*, persoonlijk onderzoek. Op deze manier wilde hij kunst en narratief laten samenkomen in een groepsruimte, een transitionele ruimte vol ongekende mogelijkheden. Een ruimte waarin het *unthought known* (Bollas, 1987) zich via de groepsdeelnemers zou kunnen openbaren en zou kunnen leiden tot transformatie.

Levensgeschiedenis

Het boek en Nitsuns schilderijen van de afgelopen jaren zijn in de eerste plaats een reis door zijn verleden, waarin de onvermijdelijke schaduwen van een traumatische voorgeschiedenis hun sporen hebben nagelaten.

Morris Nitsun werd in 1943 geboren in het plaatsje De Doorns, in Zuid-Afrika. Zijn ouders waren Joodse immigranten uit Litouwen, die met hun familie waren gevlucht voor de verschrikkingen van de Holocaust. Zijn vader verloor in de Holocaust de helft van zijn familie, waarover hij pas kon spreken toen Nitsun al volwassen was. Moeder werd als kind met haar ouders door de Russen verbannen naar Siberië, omdat haar vader een spion van de Duitsers zou zijn. In Siberië kende het gezin tal van ontberingen, waaronder kou en honger. Terug in Litouwen besloten zij te emigreren naar Zuid-Afrika, waar zijn moeder zijn vader leerde kennen. Zij ontmoetten elkaar als tieners in Johannesburg. Nitsun beschrijft zijn vader als een zelfverzekerde man die zoveel mogelijk van het leven wilde genieten, een dandy ook. Tijdens zijn huwelijk had hij tal van andere relaties, tot niet aflatend verdriet en later ook verbittering van zijn introverte en kwetsbare moeder.

Nitsun groeide op in het door de apartheid diep verdeelde Zuid-Afrika, waar conformisme een noodzaak was vanuit zowel het Joodse geloof als de in Zuid-Afrika toonaangevende gereformeerde kerk. Hij beschrijft hoe hij als kind graag balletdanser wilde worden of modeontwerper. Zo stond hij op zijn achtste jaar dansend in de woonkamer, wat een zuinig applausje opleverde van zijn ouders en afgewende, beschaamde gezichten. Enige sympathie waar het zijn artistieke verlangen betreft kwam van zijn oudste broer, die architect is geworden. Nitsun beschrijft hoe zijn moeder hem wel altijd steunde, hem zelfs zei dat hij 'iets belangrijks in zijn leven' zou gaan doen, maar pas op latere leeftijd toonde zij zich werkelijk geïnteresseerd in zijn schilderkunst.

Om aan de verwachtingen van zijn omgeving te voldoen en omdat hij nog te onzeker was om te durven kiezen voor de beeldende kunst, ging de nog jonge Nitsun naar de universiteit. Daar wachtte hem opnieuw een confrontatie met zijn diepe verlangen te schilderen. Hij bezocht aan het begin van zijn studie een expositie in de universiteit van Witwatersrand en werd onmiddellijk getroffen: hij schrijft dat de schilderijen die er hingen voor hem alles waren wat hij wilde zijn.

*Haar uitspraak
'You can't do both'
is Nitsun zijn
leven lang bijgebleven*

Nitsun studeerde Engels, psychologie en kunstgeschiedenis, legde zich later toe op de klinische psychologie, studeerde daarin af en promoveerde. Tegelijkertijd kreeg hij schilderlessen van Aileen Lipkin, die op een gegeven moment alles op scherp zette. Zij zei hem dat hij moest kiezen tussen zijn studie en de kunst. 'You can't do both'. Kunst beoefenen vroeg volledige en niet aflatende toewijding. Haar uitspraak 'You can't do both' is Nitsun zijn leven lang bijgebleven. Op zijn drieëntwintigste won Morris de South African Artists of Fame and Promise Competition, een prestigieuze prijs voor jonge kunstenaars. Hij kreeg een beurs om een jaar lang in het buitenland te studeren en koos ervoor om naar Londen te gaan. Eenmaal daar, met vrije toegang tot de Royal Academy of Fine Arts, besloot hij toch af te zien van een fulltime kunststudie. Hij

schrijft niet te weten waarom hij dat deed, hij voelde zich vooral te onzeker.

Nitsun vond een baan als klinisch psycholoog bij de National Health Service (NHS) waar binnen een paar jaar de gehele psychologie-afdeling onder zijn leiding kwam. Hij was vooral geboeid door de psychoanalytische psychotherapie en later door de groepsanalyse en deed de groepsanalytische opleiding.

De ervaringen van de nog jonge Nitsun met de conflicten en agressie in Zuid-Afrika, met inclusie en exclusie en de verhalen van zijn vader over de Holocaust, hebben mede de basis gelegd voor zijn eerste en bekendste werk: *The Anti-Group: Destructive forces in the group and their creative potential* (1996). In deze klassieker belicht hij de schaduwzijden van groepen. Hij beschreef, als reactie op wat hij zag als een idealiseren van groepen door Foulkes, hoe groepen vaak ook angst, frustratie, woede en jaloezie oproepen en hoe je hier als groepstherapeut op een constructieve manier mee om kunt gaan.

Nadat hij zich had gekwalificeerd als groepsanalyticus werd hij eveneens leeranalyticus voor groepsanalytici in opleiding. In 2011 richtte hij de Fitrovia Group Analytic Practice op, waar hij tot vlak voor zijn dood werkte. Hij publiceerde naast *The Anti-Group* nog twee andere baanbrekende boeken: *The group as an object of desire* en *Beyond the Anti-Group*.

In zijn werkzame leven werd hij door velen gewaardeerd en gerespecteerd en genoot hij internationale bekendheid.

Intussen had hij de destijds verkregen kunstbeurs gebruikt om zich parttime verder te ontwikkelen. In 1974 vond zijn eerste solotentoonstelling plaats, in een galerie in Islington.

Op zijn schilderijen waren landschappen, zeegezichten en stilleven te zien; hij zocht een wereld van schoonheid waarin hij kon ontsnappen aan het dagelijks bestaan. In 2012 stierf Nitsun vier jaar oudere en zo geliefde zus Shirley plotseling. Haar dood greep hem erg aan. Na in zijn leven al verschillende psychotherapeutische behandelingen te hebben gezocht, koos hij ditmaal voor een Jungiaanse analyse. In deze behandeling werd het pijnlijke gebrek aan erkenning in zijn jeugd pas echt duidelijk, de oorzaak van zijn twijfel aan zichzelf, zijn behoefte zich te conformeren, anderen te behagen en zijn angst om risico's te nemen in zijn leven. In deze therapie ervoer hij hoe hij door de ander werd gespiegeld, dit sterkte zijn zelfvertrouwen en maakte voor hem de weg vrij om meer risico's te durven nemen.

In 2015 kreeg hij een onderscheiding (medaille) van het Royal College of Psychiatry, voor zijn omvangrijke en vernieuwende bijdragen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg.

In 2022 stopte hij definitief met zijn professionele werkzaamheden.

Nitsun heeft zich 43 jaar lang, tot aan zijn dood, geliefd en gesteund gevoeld door zijn partner, Tony Fagin.

Opzet van het project

In 2018 begon Nitsun intensief en op een heel andere, veel vrijere manier te schilderen. Waar al die jaren schoonheid centraal had gestaan in zijn werk, wilde hij nu dicht bij zichzelf blijven, openstaan voor allerlei beelden en emoties, nog onontdekte mogelijkheden verkennen.

Tegelijkertijd voelde hij toenemend de

behoefte zijn schilderijen aan anderen te laten zien als een middel tot verdieping, zelfexploratie en communicatie. Hij schrijft in zijn boek dat hij vooral wilde communiceren, met groepen mensen in gesprek wilde gaan over hoe zij keken naar zijn schilderkunst. Toen hij later zijn schilderijen aan groepen mensen liet zien, zowel live als online, introduceerde hij zijn werk doorgaans door eerst te vertellen over zichzelf, over wat hem bezighield, wat hem in verwarring bracht, wat hem beangstigde. Thema's waren verlies, het verstrijken van de tijd, intergenerationele overdracht en de zoektocht om je eigen identiteit te vinden. Zijn aanpak deed denken aan Ferenczi's poging tot wederzijdse analyse, waarbij zowel analyticus als cliënt zich kwetsbaar opstellen. Nitsun wilde bovendien gebruikmaken van de heuristische methode (Moustakas, 1990) waarbij het object van onderzoek centraal staat en uitnodigt tot een *inquiry*, een nauwgezet onderzoek. Hij zag zijn schilderijen als *linking objects* (Volkan, 1981), objecten die de aanschouwer opnieuw in contact konden brengen met oude herinneringen en gevoelens.

Met het presenteren van zijn schilderijen in een groep creëerde hij een *artists matrix*, de groep als plaats voor de creatie en appreciatie van kunst.

Schilderijen

Dolls and demons

In mei 2019 hield hij zijn eerste live expositie van nieuw, onconventioneel werk in het kustplaatsje Hove, waar hij een aantal jaren daarvoor een tweede huis had gekocht. In een antiekwinkeltje in de buurt had hij een Victoriaanse pop zien liggen en hij was hier-

door geraakt. Vervolgens schilderde hij in zes maanden tijd bijna veertig schilderijen van poppen.

Ditmaal wilde hij geen 'mooie' poppen schilderen, maar poppen die allerlei gevoelens en associaties konden oproepen. De poppen kregen alle een naam, zowel meisjes-als jongensnamen, de figuren zelf waren vaak ambigu. Het was soms niet helemaal duidelijk of het om poppen of kinderen ging, de gezichten van de poppen waren sterk expressief of juist leeg.

*De associatie van
geschilderde poppen
als kinderen die hij zelf
niet heeft gekregen,
wordt verrassenderwijs
niet genoemd*

Reflections on art and life through dolls: The power of visual images to evoke personal and social themes, een eerste live groepsbijeenkomst, vond in maart 2020 plaats. Reacties van bezoekers op de schilderijen waren intens en erg persoonlijk. In deze eerste groepsbijeenkomst aan het einde van de expositie ontstond in de groep een rijk associatief proces rond thema's met een grote emotionele betekenis: identiteit, spel, relatie met ouders, onderlinge strijd tussen kinderen, trauma en verlies. Vooral de gezichten van de poppen riepen veel op. Veel bezoekers hadden het gevoel dat de poppen hen aanstaarden.

Belangrijk was de projectie van de toeschouwers, projecties die soms zo rigide

bleken dat ze werden gezien als de waarheid: 'Deze pop is getraumatiseerd'. Globaal gezien waren er wat betreft de projecties drie groepen te onderscheiden: poppen die werden gezien als lief en geliefd; poppen die werden gezien als angstaanjagend en poppen die werden gezien als getraumatiseerd. Verschillende mensen hadden uiteraard hun projecties bij verschillende poppen.

Opvallend was het verschil tussen de benadering van mannen en vrouwen. De mannen spraken meestal op een wat afstandelijke manier over de poppen, terwijl de vrouwen veel meer spraken vanuit hun gevoelens, herinneringen ophaalden aan vergeten jaren, aan kinderspeelgoed en gevoelens uit het verleden, waardoor hun jeugd weer tot leven kwam.

Nitsun zelf vroeg zich af waarom hij de poppen eigenlijk had geschilderd. Hij herinnerde zich plotseling hoe hij als kind graag met poppen had willen spelen, maar dit niet had gekund, hij was een jongen en jongens speelden niet met poppen. Daarnaast kregen de poppen voor hem een speciale betekenis in de relatie met zijn moeder: waren de poppen die hij had geschilderd mogelijk geesten uit het verleden? Een herinnering aan de kinderen die zijn moeder had verloren? (moeder kreeg twee doodgeboren kinderen). Later vroeg hij zich af of de poppen een representatie waren van zichzelf, de pop die hij in zijn jeugd moest zijn maar niet was. De associatie van geschilderde poppen als mogelijke symbolische kinderen, kinderen die hij in zijn leven niet heeft gekregen, wordt verrassenderwijs niet genoemd. Moeder-kind-pop bleek een thema dat zich tijdens de groepsbijeenkomst steeds verder uitdiepte, evenals emotionele behoeften in de kindertijd.

The deserted city

Deze serie schilderijen van verlaten straten en steden tegen een dreigende achtergrond ontstond aan het begin van de coronapandemie. Opnieuw ontstonden in enkele maanden ongeveer veertig schilderijen.

Nitsun wilde geen ontkenning van de dreiging die de wereldwijde pandemie met zich meebracht, maar bracht deze vol in beeld.

Hij bleek zelf geschokt door wat er op het doek kwam. Zo schilderde hij in *Town on the city outskirts* een grote figuur zwevend boven een verlaten stad, een engel of een demon? Half engel, half demon? Een engel des doods of juist van genade? Op een ander schilderij zien we de schreeuw van een man, een indringend beeld dat doet denken aan het bekende werk van Edvard Munch. Verlaten straten, huizen, deuren en ramen werden frequent in beeld gebracht, een scheiding tussen binnen en buiten.

Opvallend was dat Nitsun een zwarte achtergrond gebruikte voor al zijn schilderijen. Deze serie schilderijen zag hij overigens zelf als zijn meest pessimistische werk.

Rond deze schilderijen vonden online groepsbijeenkomsten plaats. Ook deze serie riep intense reacties op. Mensen wilden zich ervan afkeren, vonden de beelden te afschrikwekkend, te dreigend, te angstwekkend, anderen zagen zowel de schoonheid als de verschrikking.

Veiligheid versus inperking, vrijheid versus gevaar en de eigen ervaringen tijdens deze eerste lockdown waren pregnante thema's die in de online groepsbijeenkomsten naar voren kwamen. Groepsdeelnemers deelden hun gevoel van isolatie, hun angst, de rouw om het verlies van familieleden of vrienden. Iemand vertelde de coronapandemie vooral

als een symptoom te zien van een veel grotere vernietigende kracht.

Nitsun werd hierdoor getroffen, ook hij zag een toenemende verwoestende kracht die moeder aarde, de universele moeder zou kunnen vernietigen, waardoor zij niet langer in staat zou zijn geborgenheid te verschaffen. Tegelijkertijd noemt hij hoe destructie vooraf gaat aan iedere creatie. In die zin is destructie een voorwaarde voor het creëren van iets nieuws. Zou de pandemie leiden tot nieuwe wijzen van leven? En hij attendeert ons erop hoe het schone en huiveringwekkende naast elkaar kunnen bestaan. Zelf zei hij middenin de pandemie een glimpje licht te hebben gevonden.

Fragile Nature

Deze serie schilderijen met de natuur als thema ontstond in de zomer en de herfst van 2020, toen de dreiging van de coronapandemie tijdelijk wat was afgenomen. Nitsun maakte dagelijks wandelingen in het bos niet ver van zijn huis, waar hij werd getroffen door zowel de schoonheid als de vergankelijkheid van de natuur. Het bos bood hem zowel troost tegen een achtergrond van verlies als de mogelijkheid tot meditatie op het voorbijgaan van het leven. Hij zag schoonheid en verval in een voortdurende verstrengeling. Hij zag hoe leven ontstaat vanuit verval en hoe al het leven onderlinge verbonden is. Nitsun voelde zich tijdens zijn wandelingen één met het leven, hij ervoer hoe de natuur hem omsloot, een spirituele ervaring. In zijn werk figureren dieren en mensen, omarmd door de natuur. Nitsun refereert in zijn boek aan het boeddhisme, hoe ook de Boeddha al wees op de vergankelijkheid van al het bestaande, op de onderlinge verbondenheid van al wat leeft

en de mogelijkheid tot transformatie. Nitsun zag Boeddha als zijn mentor en vriend.

De vergankelijkheid en enorme veerkracht van de natuur boden Nitsun hoop. Vermeldenswaard is daarnaast nog hoe Nitsun geïnteresseerd raakte in de vele bankjes in het bos en de inscripties daarop, verwijzend naar overleden dierbaren.

Waar *The deserted city* de groepen deelnemers sterk verdeelde, waren hier de reacties van de groepsleden eenduidiger. Zij waardeerden de presentatie van de schilderijen en de hoopvolle boodschap van de veerkracht en continuïteit van de natuur. Sommige mensen hielp het om het verlies van hun dierbaren te zien in deze context van vergankelijkheid en ontstaan. Anderen noemden hoezeer het niet verbonden zijn met de natuur juist had geleid tot de Covid-pandemie en het belang van het ons weer leren verbinden met de natuur. Weer een ander zei hoe mooi het was nu samen te zijn en te kunnen genieten van de schoonheid van de schilderijen, terwijl er tegelijkertijd nog zoveel angst en onzekerheid was met betrekking tot de toekomst.

Dancers

Na de duisternis van *The deserted city* en de helende kracht van de natuur, brengt het thema 'dancers' als het ware transformatie, een nieuwe levenskracht. Nitsun schilderde zowel balletdansers als flamencodansers, zowel vrouwen als mannen. De balletdansers zijn frêle en soms uitgeput, de Spaanse dansers zijn als een vlammeende toorts, vol levensenergie.

Zoals Nitsun het zelf omschrijft: '*Death beckons at the end but right now I am present, alive, my body awake with the sensation of living.*' Ook hier blijkt een oude wens tot

leven te komen: Morris wilde als kind graag danser worden, maar de tijd, plaats en het milieu waarin hij opgroeide, lieten dat niet toe. Op latere leeftijd heeft hij wel dansimprovisatie beoefend.

Ook heeft hij in 2021 nog zelf kunnen dansen in een Londense dansgroep die improviseerde op enkele van zijn schilderijen. Hij deed dit met overgave, blijktens een video die hij deelde in een online workshop op het afgelopen IAGP-congres in juni 2022. De voorstelling was genaamd *Through the eye of the pandemic – the darkness and the light*. De thema's die in de groepsbijeenkomsten naar aanleiding van deze schilderijen van dansers naar voren kwamen waren inperking en verlangen naar vrijheid. Een van de groepsleden zei in deze serie schilderijen iemand te zien die worstelde om zich te bevrijden. Ook viel op hoe de danseressen breekbaar leken en de mannen juist krachtig. Nitsun brengt dit in verband met het gezin waaruit hij komt: een breekbare moeder en zus en een krachtige vader.

Intrigerend vind ik het schilderij waarop twee mannen met elkaar dansen: een zwarte en een witte man. De zwarte man oogt krachtig, zelfbewust, de witte man kwetsbaar. Nitsun schrijft dat hij in dit schilderij tegenstellingen samen heeft willen brengen, sterk en zwak, kwetsbaarheid en kracht. Hij vraagt zich daarbij af of hij de zwarte man niet te veel heeft gezien als een stereotype. Mij deed het schilderij ook erg denken aan Jungs schaduw, een dans met je eigen schaduwkanten.

Four women

Dit hoofdstuk vond ik het meest verrassend: Nitsun omringt in deze serie zijn moeder door drie vrouwen die hij bewonderde om

hun moed: Rosa Parks, moeder Teresa en Jan Morris.

Allen leefden ongeveer in dezelfde periode. Morris schrijft dat deze drie vrouwen spontaan in hem op kwamen. Rosa Parks (1913-2005), een activiste op het gebied van burgerrechten en rassendiscriminatie, werd bekend door haar weigering op te staan en weg te gaan uit het voor blanken bestemde gedeelte in de bus. Heel haar leven streed zij voor een gelijkwaardige behandeling van zwarte mensen. Het leven van moeder Teresa is denk ik alom bekend. Jan Morris (1926-2020), een bekend schrijver en journalist, werd geboren als man en doorliep in de jaren '70 een geslachtsverandering. Jan en haar vrouw, met wie hij vijf kinderen had gekregen, bleven tot aan Jans dood samen – omdat scheiden destijds een voorwaarde was voor geslachtsverandering in het Verenigd Koninkrijk, liet hij zich opereren in Marokko.

Opvallend is dat Nitsun deze drie mensen in verschillende levensfasen schildert, waarbij ik vooral de portretten van deze drie als oude mensen indrukwekkend vind.

Hij begint deze serie evenwel met een aantal portretten van zijn moeder, Bess. Het prachtige schilderij van zijn moeder als bruid (2021) siert de voorkant van de ongebonden uitgave van zijn boek. Zij draagt een witte jurk en een kroon van gele bloemen en houdt een bos witte lelies in haar hand. Contrasterend met deze pracht is de droefheid in haar ogen.

Nitsuns moeder had geen gemakkelijk leven. Zij leed onder de escapades van haar man, was regelmatig depressief en raakte emotioneel steeds meer verlamd. Nitsun beschrijft hoe zij begon te lijden aan psychosomatische ziekten en steeds meer alleen

kwam te staan. Zij was een intelligente vrouw, verdiepte zich in de alternatieve geneeskunde en vergaarde veel kennis. De natuurgeneeskunde boeide haar, maar zij heeft het vak niet kunnen uitoefenen. In de laatste fase van haar leven bezocht Nitsun haar in het ziekenhuis. Vlak nadat hij naar Londen was teruggekeerd, stierf zij. Nitsun was toen 53 jaar.

Hij schrijft dat hij denkt dat zijn moeder voor hem een *transformational object* (Bollas, 1987) was, zijn moeder geloofde in hem en was daarmee de sleutel tot zijn ontwikkeling. Anderzijds schrijft hij hoe hij uiteindelijk zelf misschien voor zijn moeder heeft gefunctioneerd als een transformational object door haar tussen deze drie vrouwen te plaatsen. De band met zijn moeder is in ieder geval onmiskenbaar.

Door zijn moeder met deze drie moedige vrouwen te omringen, wilde hij haar eer bewijzen. Het opgenomen zijn tussen deze vrouwen moest ook zijn moeders moed benadrukken. Nitsun schrijft dat zijn moeder al jong de moed had te trouwen tegen de wil van haar ouders, zij stond haar man bij in voor- en tegenspoed, zij had miskramen en kreeg doodgeboren kinderen, zocht zich een weg in een land dat zij niet kende en bleef ondanks alle tegenslag een liefhebbende moeder. Haar dromen van een creatiever leven kon zij niet waarmaken, maar zij had de moed zichzelf te blijven.

Dit perspectief op zijn moeder maakte veel los in de verschillende groepen. Een frequent thema was het besef hoe we maar één leven hebben, hoe we daarmee omgaan, hoe we onze levensloop kunnen accepteren. Ook het thema lot en bestemming kwam ter sprake. Wat is je lot? In hoeverre kun je een bestemming creëren?

Nitsun beschrijft hoe hij tot het besef kwam dat niet alleen deze serie maar dit hele project van de afgelopen jaren een herleven was van de band met zijn moeder en een eerbetoon aan haar. Hij heeft zijn boek dan ook aan haar opgedragen.

wen en het niet aflatende licht dat hij ons biedt in deze donkere tijd.

Door en met zijn laatste creatie blijft hij voor altijd onder ons. In de groep die hij zijn leven lang zocht, de groep die hem omarmt als een moeder.

Reflectie

In de reflectie op zijn boek verwijst Nitsun naar de twee laatste levensstadia die Erik Erikson beschrijft: generativiteit versus stagnatie en wanhoop versus integratie. Met zijn laatste project heeft Nitsun de integratie bewerkstelligd van ogenschijnlijk op zichzelf staande aspecten van zijn leven: zijn levensgeschiedenis, zijn schilderkunst en zijn werk als groepspsychotherapeut.

Hij heeft laten zien dat hij wel degelijk in staat was zowel kunstenaar als psychotherapeut te zijn. Hij ontsloot de creatieve kracht van groepen, heeft het belang van het narratief aangetoond en laten zien hoe een kwetsbaar opstellen van een groepspsychotherapeut kan leiden tot verdieping.

Het thema van een fragiele persoonlijke moeder en de verwoeste omgevingsmoeder, zoals gereflecteerd in pandemie, klimaatcrisis en oorlog waren prominent aanwezig in Nitsuns geest en in het bewustzijn van de groepen met wie hij werkte.

Uiteindelijk heeft hij zijn moeder hervonden en zichzelf leren kennen in een zoektocht naar heelheid tegen de achtergrond van de dreiging van de dood.

Voorvoelde hij ook zijn eigen dood?

Dit boek is een indrukwekkende reis van de mens, kunstenaar en psychotherapeut Morris Nitsun op zoek naar heelheid. Ik kan niet anders dan onder de indruk zijn van zijn openheid, moed en creativiteit, zijn vertrou-

Literatuur

Bollas, C. (1987). The transformational object. In: *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. London: Free Association Books.

Moustakas, C.E. (1990). *Heuristic research: Design, methodology and applications*. London: Sage.

Nitsun, M. (1996). *The Anti-Group: Destructive forces in the group and their creative potential*. London: Routledge.

Nitsun, M. (2006). *The Group as an object of desire: Exploring sexuality in group psychotherapy*. London: Routledge.

Nitsun, M. (2015a.) *Beyond the Anti-Group: Survival and transformation*. London: Routledge.

Volkan, V.D. (1981). *Linking objects and linking phenomena: A study of the forms, symptoms, metapsychology and therapy of complicated mourning*. Madison CT: International Universities Press.

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.
- 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.

