

**In deze rubriek wil de redactie collegae aan het woord laten die aan de hand van een format hun groep beschrijven. Wilt u ook anderen laten delen in de doelgroep waarmee u werkt of uw specifieke werkwijze kenbaar maken, neem dan contact op met de redactie (nvgp@planet.nl) om het format aan te vragen.**

## Therapie voor Twee

Door **Marjolein de Jong**, GZ-psycholoog in opleiding tot specialist bij Ziekenhuis Groep Twente, vakgroep Medische Psychologie.

### Inleiding

Op de psychiatrische afdeling van de Ziekenhuis Groep Twente (ZGT) bestond van oudsher een rijk aanbod aan groepsbehandeling. In 2015 is het groepenaanbod veranderd om aan de eisen van het hoofdbehandelaarschap te kunnen voldoen. Bij deze reorganisatie zag een nieuwe groep het levenslicht: een groepsbehandeling voor zwangere vrouwen met een psychiatrische stoornis. De groep werd ‘Therapie voor Twee’ gedoopt, omdat behandeling zich richt op de gezondheid van zowel moeder als ongeboren kind. Psychische klachten tijdens de zwangerschap zijn immers belastend voor de moeder, maar hebben ook een ongunstige invloed op de zwangerschap en het ongeboren kind. Het gaat dan om directe invloeden door biologische factoren (Grote e.a., 2010), alsook om indirecte invloeden door bijvoorbeeld slechtere zelfverzorging en frequenter middelengebruik (Bonari e.a., 2004). Voor de behandeling van psychische

klachten tijdens de zwangerschap wordt geadviseerd te streven naar multidisciplinaire begeleiding, die zich ook richt op de zwangerschap en het aanstaande moederschap (Dullemond, Van Ravesteyn & Kamperman, 2015). Het bevorderen van een veilige gehechtheidsrelatie is hierbij een specifiek aandachtspunt. Al tijdens de zwangerschap komt de hechtingsrelatie op gang. Deze kan verstoord raken door psychische klachten. Door het verminderen van maternale stress door behandeling kan de ontwikkeling van maternale sensitiviteit en responsiviteit bevorderd worden (Raats & Van Ravesteyn, 2015).

Wat betreft methodiek van behandeling is van cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke psychotherapie de werkzaamheid tijdens zwangerschap aangetoond, en ook met hulp van mindfulness lijken psychische klachten te verbeteren tijdens zwangerschap (Dullemond, Van Ravesteyn & Kamperman, 2015).

Het voordeel van het aanbieden van behandeling in een groep is het lotgenotencontact. Vrouwen stuiten in hun omgeving vaak op onbegrip voor de troebelheid van de roze wolk. Het uitwisselen van ervaringen met lotgenoten biedt dan steun en geruststelling. In het Erasmus MC in Rotterdam is al jarenlang ervaring met een

groepsbehandeling voor zwangere vrouwen met ernstige psychische klachten (Raats en Van Ravesteyn, 2015).

### **Doelgroep**

In ZGT komen zwangere vrouwen met psychische klachten in beeld bij TOPOP, het Twents Overleg Psychiatrie Obstetrie Pediatrie. Dit betreft een samenwerkingsverband tussen psychiatrie, obstetrie (verloskunde) en pediatrie (kindergeneeskunde). Vrouwen worden gezien door gynaecoloog en psychiater voor consultatie, advies en/of behandeling. Tijdens een multidisciplinaire bespreking wordt een behandeladvies geformuleerd over het gebruik van medicatie, plaats van bevalling en kraambed (eerste of tweede lijn), eventuele opname op de Moeder Baby Unit, inzet van Veilig Thuis Twente (advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling), inzet van SPV-begeleiding en inzet van groepsbehandeling. De psychiatrische problematiek varieert. Het gaat veelal om depressie, angst of persoonlijkheidsproblematiek.

*Mevrouw A. is een 26-jarige getrouwde vrouw die dertien weken zwanger is van haar tweede kind en via de huisarts naar de psychiater wordt verwezen vanwege vermoeden van depressie. Bij de psychiater komt naar voren dat patiënte vanaf het begin van de huidige zwangerschap depressieve gevoelens heeft, veel huilt en regelmatig woede-uitbarstingen heeft. De zwangerschap is gewenst, maar patiënte voelt niets voor de baby. Bij echo's voelt het*

*alsof het over de buik en baby van iemand anders gaat. Er is sprake van anhedonie en patiënte is prikkelbaar. Ze schreeuwt veel naar haar dochter en heeft soms de neiging haar wat aan te doen. Hier bestaan hevige schuldgevoelens over. Patiënte voelt zich een slechte moeder. Het inslapen gaat goed, maar patiënte is halverwege de nacht wakker en ligt dan te piekeren in bed. Zonder hulp van haar zus kan ze niet goed voor haar dochter zorgen. Ze heeft zich ziek gemeld op het werk. De voorgeschiedenis en familieanamnese zijn belast. Op de basisschool had patiënte last van depressieve gevoelens toen ze gepest werd en in de puberteit was sprake van automutilatie. Patiënte volgde behandeling in de ggz. Twee tantes hebben psychiatrische klachten gehad, ook na de bevalling. Patiënte had niet verwacht klachten te ontwikkelen rond de zwangerschap. Juist sinds haar eerste zwangerschap en geboorte van haar dochter voelt patiënte zich goed en meer zelfverzekerd. Door de huidige klachten voelt patiënte zich falen. Ze benoemt momenten van wanhoop waarop ze het niet erg zou vinden als ze niet meer wakker zou worden uit haar slaap. Patiënte wordt besproken in het TOPOP-overleg. Ze wordt ingesteld op sertraline, een huisbezoek door de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige wordt gepland en patiënte wordt aangemeld voor de groep.*

### **Format**

‘Therapie voor Twee’ is een open groep van maximaal acht deelnemers. De groep komt eens per twee weken bij elkaar voor

een blok psychotherapie van 75 minuten, gevolgd door een half uur pauze en een blok vaktherapie van 75 minuten. In opzet is gekozen voor dramatherapie als vaktherapie, maar vanwege zwangerschapsverlof (!) van de dramatherapeut is tot nog toe psychomotorische therapie ingezet. Het aantal sessies is gelimiteerd, deelname eindigt rond de à terme-datum. Groepsdoelen bestaan uit het verminderen van maternale stress en emotionele ontregeling, het ontwikkelen van maternale sensitiviteit en responsiviteit, en het verbeteren van zelfzorg. Voor aanvang van de groep worden met iedere deelnemer ook persoonlijke doelen opgesteld, om persoonlijke accenten bij de groepsdoelen mogelijk te maken. Indien nodig kunnen er naast de groep een of meerdere individuele psychotherapeutische consulten worden gepland, bijvoorbeeld voor systeeminterventies. Iedere deelnemer wordt in ieder geval individueel begeleid door een psychiater die vast aan de groep is verbonden en een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige. Iedere twee weken is er een MDO met betrokken behandelaren.

### **Blok psychotherapie**

Het psychotherapeutisch blok heeft als theoretisch kader de dialectische gedragstherapie (DGT). Deze derde generatie cognitieve gedragstherapie werd oorspronkelijk ontwikkeld door Marsha Linehan voor de behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornis. Inmiddels wordt DGT ook steeds vaker gebruikt bij andere stoornissen met emotieregulatieproblemen. DGT

is effectief gebleken als behandeling van depressie, angst en gedragsproblemen (Van Dijk, 2013). Omdat de psychiatrische problematiek van de zwangere vrouwen in de groep heterogeen is, met emotionele ontregeling als gemeenschappelijk kenmerk, is gekozen voor DGT als theoretisch kader voor de groep.

De werkwijze in de groep wordt gekenmerkt door een grote mate van taakstructuur. Met het oog op de zwangerschap is het belangrijk dat het spanningsniveau in de behandeling beperkt wordt gehouden. Er wordt niet openlegendend gewerkt maar steunend en structurend, gericht op de actuele emotionele ontregeling. In lijn met het DGT-gedachtegoed is er veel aandacht voor validatie. Dit past bij de dialectiek van erkenning geven van disfunctionele én functionele aspecten van gedrag. Te veel nadruk leggen op moeten veranderen wordt al gauw als invaliderend ervaren. Acceptatie is daarom belangrijk en validatie is de belangrijkste acceptatietechniek (Van Dijk, 2013).

Iedere sessie wordt ingevuld met een aantal vaste onderdelen in vaste volgorde. Er wordt gestart met een *mindfulness-oefening*. Mindfulness is de kernvaardigheid van DGT. Het gaat om aanwezig zijn in het huidige moment met acceptatie van ervaringen in dat moment. Van Dijk (2013) beschrijft hoe mindfulness kan helpen om emotieregulatie te verbeteren, controle over gedrag te vergroten, ontspanning te ervaren en contact te maken met het lichaam en het ongeboren kind. In de groep wordt iedere sessie een mindfulness-oefening gedaan, zoals ademhalingen tellen, geluiden obser-

veren, of op een gedachte focussen. Aan deelnemers wordt gevraagd per toerbeurt een mindfulness-oefening op te zoeken en mee te brengen naar de volgende sessie, om samen te oefenen. Het is voor cliënten spannend om een oefening in te brengen, maar wanneer ze ervaren dat iedereen meedoet en er positieve reacties volgen, vergroot het juist het gevoel van *self-efficacy*. Het zelf voorbereiden en inbrengen van een oefening draagt zo bij aan een zekere *empowerment*.

Na de mindfulness-oefening wordt een thema besproken op het gebied van *zelfzorg*. Zelfzorg is belangrijk omdat dit een voorwaarde is om voor het kind te kunnen zorgen. ‘Goed voor jezelf zorgen’ is dan ook een van de vijf basisprincipes van Positief Opvoeden (Nederlands Jeugdinstituut, 2010). Iedere sessie wordt een thema op het gebied van zelfzorg besproken. Ervaringen worden uitgewisseld en samen wordt nagedacht over mogelijkheden om tot verbetering te komen. De thema’s zijn: slapen, voeding, bewegen, dagstructuur, sociale steun, jezelf uiten, zelfvalidatie, en ontspanning.

Als derde onderdeel op het programma staat het maken van een *geestestoestandnanalyse*. Deelnemers worden uitgenodigd om voor hen problematische situaties, die aanleiding gaven tot probleemgevoelens, in te brengen. Bij deze situatie worden de ‘emotionele geest’, de ‘redelijke geest’ en de ‘wijze geest’ in kaart gebracht in een schema op het whiteboard. De emotionele geest bestaat uit alle emotie (en negatieve gedachten) zonder verstand, de redelijke geest uit verstand zonder emotie en de

wijze geest uit een integratie van emotie en verstand (Linehan, 1993). Bij het opstellen van de analyse heeft de behandelaar een leidende rol, maar onderlinge interactie wordt gestimuleerd. Hierbij is veel aandacht voor validatie van emoties en gedrag. Zo wordt acceptatie bevorderd voordat aansporen tot verandering mogelijk is. Per bijeenkomst wordt één analyse gemaakt.

*Mevrouw A. brengt een situatie in voor de analyse. Ze wil met haar zus en de kinderen een uitstapje maken, maar is bang dat er iets zal gebeuren. Wanneer we de ‘emotionele geest’ uitwerken, noemt A. in de eerste plaats paniek. Ze denkt: er gaat iets ergs gebeuren met mijn dochter. Ze loopt weg als ik even niet oplet of mensen doen haar iets aan. Mensen zijn niet te vertrouwen, ze hebben kwaad in de zin. Ze nemen haar mee of voeren een aanslag uit. Ik raak mijn dochter kwijt en dan ben ik een slechte moeder. A. voelt ook verdriet en schuldgevoelens opkomen. Ze krijgt steun van de groep, die haar vervolgens helpt om de ‘redelijke geest’ een stem te geven. Op het bord komt te staan: de kans op een ontvoering of aanslag is heel klein, als ik mijn dochter even uit het oog zou verliezen dan raak ik haar niet meteen voorgoed kwijt, er zijn meer goede dan slechte mensen, de meeste mensen zijn wel te vertrouwen, ik hoef me niet te laten leiden door iets wat waarschijnlijk niet gebeurt, ik kan beter proberen te genieten dan me druk maken om dingen waar ik geen invloed op heb, mijn partner en familie vinden mij een goede moeder,*

*mijn dochter ontwikkelt zich goed dus ik doe het best goed als moeder. De 'wijze geest' heeft het laatste woord: 'Het is begrijpelijk dat ik bezorgd ben, dat is mijn moederinstinct, maar ik wil angst niet de overhand laten nemen. Er zijn vast slechte mensen maar ik hoef niet op voorhand in te vullen dat ze allemaal kwaad in de zin hebben. Ik let goed op en geniet van het plezier van mijn dochter'.*

Het psychotherapieblok wordt afgesloten met een *rondje positief*. Iedere cliënt wordt gevraagd iets te noemen waar ze tevreden, trots of blij over was in de afgelopen week of waar ze positief gestemd over kan zijn wat betreft de komende week. Dit onderdeel is bedoeld om het spanningsniveau dat is opgeroepen met het vorige onderdeel weer wat te verminderen en om een positieve aandachtsbias te bevorderen. Zo vertelt mevrouw A. bij het rondje positief dat ze erg trots was toen haar dochter zonder te huilen het kinderdagverblijf inliep.

### **Blok psychomotorische therapie**

Na het verbale eerste blok gaan de deelnemers in het tweede en afsluitende blok vooral non-verbaal te werk. Het vinden van een goede balans tussen in- en ontspanning en het bevorderen van hechting staat centraal. Er wordt bijvoorbeeld gebruikgemaakt van ontspanningstechnieken, hartcoherentie en mindfulness-oefeningen. Tijdens oefeningen worden deelnemers gestimuleerd om contact te maken met de baby in de buik. Een leuke oefening is het maken van een

lichaamstekening en aan de hand daarvan te onderzoeken waar spanning, ontspanning en emoties gevoeld worden in het lijf. De psychomotore therapeut kan ook aandacht besteden aan houdingsproblemen of lichamelijke klachten die belemmerend werken tijdens de zwangerschap.

### **Eerste ervaringen**

Opvallend aan Therapie voor Twee is dat de groepscohesie vrijwel direct tot stand kwam. Waar normaal gesproken groepsleden in een beginnende groep geen band met elkaar hebben en op zoek moeten naar overeenkomsten om aanvaardingscohesie te ontwikkelen (De Haas, 2008), is er bij Therapie voor Twee vanaf de eerste ontmoeting een duidelijke overeenkomst tussen alle groepsleden in de vorm van de zichtbare dikke buiken. En hoewel de therapiedoelen kunnen verschillen, hebben alle deelnemers ook een overeenkomstig doel, namelijk een goede moeder worden, en een overeenkomstige angst, namelijk geen goede moeder worden. De herkenning die groepsleden hierover bij elkaar ervaren, is duidelijk een meerwaarde gebleken van het werken met een groep bij deze populatie. De groep biedt steun bij het gedeelde gevoel niet begrepen te worden door de omgeving. Cliënten vertellen dat ze vanuit hun omgeving vaak boodschappen krijgen als 'Je moet er wel van genieten hoor, het is de mooiste tijd van je leven' of 'Wacht maar tot je je baby in je armen hebt, dan weet je waar je het voor doet'. Eén van de vrouwen in de groep had te kampen met hyperemesis gravidarum (ernstig zwanger-

schapsbraken) en kreeg keer op keer te horen ‘Tja, die misselijkheid, dat hoort erbij hè’. Dergelijke invaliderende reacties geven cliënten het gevoel niet serieus te worden genomen en maken eenzaam. Weerklank vinden en gevalideerd worden in de groep werkt dan als een tegengif.

Hoewel de interactie in de groep gestructureerd is door de vaste opbouw van de sessies, ontstaat er met regelmaat spontane interactie tussen groepsleden. Soms ernstig, zoals bij het maken van een geestestoestandanalyse wanneer er wordt meegedeeld en meegedacht, soms verrassend levendig, zoals bij het rondje positief wanneer er wordt uitgewisseld over babykamer, geboortekaartje en lang vermeden maar toch afgelegd bezoek aan de winkel met babyspullen. Er zijn dan ook momenten dat de therapeut achterover kan leunen en de groep het werk kan laten doen. De afwisseling tussen gestructureerde en vrije interactie vraagt van de therapeut om afwisselend de teugels in handen te nemen om met structuur het spanningsniveau binnen de perken te houden, en de teugels te laten vieren om de kracht van de groep haar werk te laten doen.

Welk effect Therapie voor Twee heeft, wordt op dit moment onderzocht. De PAAZ van ZGT is bezig met een project rond effectmeting bij de verschillende groepen. Evaluatie van Therapie voor Twee middels de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) (Terluin, 1996) en de Tilburg Pregnancy Distress Scale (TPDS) (Pop et al., 2011) is in ontwikkeling.

## Literatuur

- Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M. & Koren, G. (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 726-735.
- Dijk, S. van (2013). *Dialectische gedragstherapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Dullemond, R., Ravesteyn, L. van & Kamperman, A. (2015). Niet-medicamenteuze behandelingen. In: M. Lambregtse-Van den Berg, I. van Kamp & H. Wennink (Red.), *Handboek psychiatrie en zwangerschap* (pp. 411-419). Utrecht: De Tijdstroom.
- Grote, N.K., Bridge, J.A., Gavin, A.R., Melville, J.L., Iyengar, S. & Katon, W.J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1012-1024.
- Haas, W. de (2008). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg* (5e druk). Amsterdam: Uitgeverij Boom Nelissen.
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Nederlands Jeugdinstituut (2010). *Factsheet Positief Opvoeden: Triple P voor alle ouders*.

Pop, V.J., Pommer, A.M., Pop-Purceleanu, M., Wijnen, H.A., Bergink, V. & Pouwer, F. (2011). Development of the Tilburg pregnancy distress scale: the TPDS. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 11(1), 80.

Raats, M. & Ravesteyn, L. van (2015). Groepsbehandeling. In: M. Lambregtse-Van den Berg, I. van Kamp & H. Wennink (Red.), *Handboek psychiatrie en zwangerschap* (pp. 421-428). Utrecht: De Tijdstroom.

Terluin B. (1996). De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL): Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts en wetenschap*, 39(12), 538-547.