

Indicatiestelling voor groepspsychotherapie

Ton Sanders is klinisch psycholoog / groepspsychotherapeut, werkt bij PsyQ Eindhoven en is supervisor en cursusgever NVGP.

In dit artikel wordt een procedure beschreven voor het indiceren voor groepspsychotherapie bij cliënten met ernstiger problematiek: identiteitsproblemen en persoonlijkheidsproblemen of –stoornissen.

Een drie-gesprekkenmodel wordt aanbevolen, omdat het veelal gaat over al jarenlang bestaande en vaak ernstige problemen. Ook de matching van cliënt aan de juiste behandelvorm en de juiste groep vereist zorgvuldigheid en dus tijd; verkeerde plaatsingen zijn voor zowel de cliënt als de groep ingrijpende en negatieve ervaringen.

Het belang van het groepstherapeutisch referentiekader

De groepstherapie heeft zich de afgelopen tachtig jaar ontwikkeld tot een eigen referentiekader, wat tot uiting komt in de vele internationale publicaties, de wereldwijde uitwisseling van kennis middels symposia en de lange onderzoekstraditie.

Berk stelt dat de moderne psychodynamische groepstherapie oog heeft voor de realiteit en het subjectieve. De aandacht is verschoven van het verwerven van inzicht in de eigen dynamiek naar de interacties en relaties tussen de groepsleden onderling en die met de groepstherapeut (Berk, 2008).

Daarnaast is er vaak aandacht voor de

affectieve component: kunnen groepsleden hun gevoelens volledig beleven en eventueel uiten? Ook de empathische betrokkenheid van de therapeut krijgt aandacht.

Zowel de objectrelatietheorie als de zelfpsychologie zijn invloedrijk: beide veronderstellen dat ervaringen uit de vroege jeugd veel invloed hebben op de vorming van de persoonlijkheid (Berk, 2008; Schalkwijk, 2003). Om die reden wordt in de beschreven intakeprocedure aan deze levensfase veel aandacht besteed.

De aldus omschreven open groepen zijn van groot belang voor cliënten, waarbij een kortdurende klachtgerichte behandeling tekort schiet. Het gaat om cliënten met reeds lang bestaande

moelijk behandelbare as-I-klachten, maar ook zelfproblematiek bij as-II-trekken of –stoornissen.

Ambulante psychodynamische groepspsychotherapie is volgens de Richtlijnen Persoonlijkheidsstoornissen uitdrukkelijk geschikt voor cliënten met persoonlijkheidsproblemen en lichte persoonlijkheidsstoornissen. Dan gaat het vaak om cliënten met interpersoonlijke problemen of problemen die zich in een interpersoonlijke context manifesteren, zoals intimiteitproblemen, gevoeligheid voor autoriteit en te grote afhankelijkheid. Volgens Snijders (2007) wordt de groepstherapie voor deze doelgroep gezien als een belangrijke en door onderzoek ondersteunde behandelvorm. In de richtlijnen van de American Group Psychotherapy Association van 2007 wordt de groep vooral geschikt geacht voor – naast cliënten met duidelijk interpersoonlijke problemen –

- Cliënten die zich slecht bewust zijn van interpersoonlijke situaties,
- Cliënten met egosyntone karakterpatologie,
- Cliënten die erg actiegeoriënteerd zijn,
- Cliënten die snel in een overbetrokken therapeutische relatie terecht komen. In een groep kan deze relatie verdunnen (in een groep moeten de deelnemers de therapeut delen),
- Cliënten waarbij de therapeutische relatie vlak blijft en die kunnen leren van de aanwezigheid van leeftijdsgenoten die hen uitdagen en steunen.

In de Amerikaanse Richtlijnen zijn de criteria dus wat ruimer dan in onze Nederlandse Richtlijnen. In de praktijk worden in Nederland zeker ook cliënten met zwaardere persoonlijkheidsstoornissen aangemeld.

Een goede indicatiestelling is derhalve noodzaak, in de eerste plaats om het juiste behandelkader aan te bieden (ergens op het continuüm van steunende naar openleggende vormen van behandeling, individueel of in de groep), en om de deelnemer een negatieve therapeutische ervaring te onthouden bij verkeerde indicatie en vroegtijdige drop-out te voorkomen. Vroege drop-outs hebben vaak een grote negatieve weerslag op het groepsproces, wat problematisch is voor de ontwikkeling van de groepscohesie, en dus voor de werkzaamheid van de groep in zijn geheel.

Een model van indicatiestelling voor groepstherapie

Een bruikbaar model van selectie voor deze vorm van groepstherapie bestaat uit drie gesprekken (Berk, 2005). Naast aandacht voor de classificatie en psychodynamische diagnose moeten in de drie gesprekken de therapiemotivatie en de belangrijkste thema's waaraan de cliënt wil werken in kaart worden gebracht. Een belangrijk onderdeel vormt ook het geven van informatie over groepstherapie en het bespreken van de verwachtingen die in

deze specifieke vorm van behandeling aan de cliënt gesteld worden. Aan het uitleggen van de werkwijze en het verloop en het bespreken van allerlei vragen van en gedachten over groepspsychotherapie van de cliënt moet veel aandacht worden besteed, omdat de aangemelde cliënten vrijwel zonder uitzondering opzien tegen deze vorm van behandeling.

Drie gesprekken biedt tevens de mogelijkheid om een werkrelatie te leggen, wat bij zeer angstige cliënten, of cliënten met een weinig stabiel zelf, nodig is om de start van een groepsbehandeling te faciliteren (Berk 2005, AGPA-richtlijnen). Dat is evenwel vooral effectief als het toekomstige groepslid in de groep van de intaker komt.

De drie gesprekken worden in termen van DBC-verrichtingen geboekt onder intake (maximaal twee gesprekken) dan wel onderzoekscontact of behandelcontact.

Gezien het specifieke karakter van het doel van deze gesprekken verdient het de voorkeur, dat een ook groepstherapeutisch onderlegde intaker deze gesprekken voert.

Cornelissen (1993) ziet de indicatie voor groepstherapie als een proces waarin men van de algemene indicatie voor psychotherapie gaat naar de verbijzondering van groepstherapie. Deze visie is nog steeds gangbaar.

Akhtar (2001) beschrijft een indicatieproces voor (individuele) psychotherapie specifiek voor cliënten met

persoonlijkheidsproblemen. Zijn opzet is bruikbaar als eerste stap in de indicatie voor groepspsychotherapie.

Akhtar volgt Kernbergs aanbevelingen voor het structurele interview: hij start met een zorgvuldige exploratie van de symptomen en doet vervolgens onderzoek naar het niveau van de onderliggende karakterorganisatie.

Dit leidt tot een diagnose. Zo een diagnose dient volgens Gabbard (1994) zowel een descriptieve classificatie (DSM-IV) als een psychodynamische diagnose te omvatten. Beide leveren inzicht in de cliënt en zijn problematiek.

Over wat een psychodynamische diagnose is citeert Gabbard Menninger: *'It is diagnosis in the sense of understanding just how the patient is ill and how ill the patient is, how he became ill and how his illness serves him. From this knowledge one may draw logical conclusions regarding how changes might be brought about in or around the patient which would affect his illness.'* (Gabbard, 1994).

Een eerste stap in dit proces vormt het verzamelen van informatie over de klachten en symptomen. Doel is om te komen tot een classificatie in termen van de DSM-IV.

Na een eerste globale verkenning van de symptomen wordt meer gedetailleerd op de afzonderlijke klachten ingegaan. De intaker tracht zicht te krijgen op de samenhang tussen de gepresen-

teerde klachten (er worden vragen gesteld, welke zicht geven op de samenhang tussen de gepresenteerde klachten.)

Bij het indiceren voor een groepstherapie wordt uiteraard veel aandacht besteed aan de verbanden tussen klachten en hun psychologische en interpersoonlijke betekenis.

Als van de klachten in hun context een redelijk beeld is verkregen, dient de mate van identiteitsintegratie van de cliënt te worden beoordeeld. Het gaat dan om de persoonlijkheidsorganisatie en om te bepalen of deze zich voornamelijk op neurotisch of op borderline-niveau bevindt.

Het belangrijkste onderscheidende aspect tussen de beide niveaus van persoonlijkheidsorganisatie is de mate van identiteitsconsolidatie. Bij de neurotische persoonlijkheidsorganisatie is er sprake van een stevige identiteit en is de afweer gekarakteriseerd door repressie. Bij de borderline persoonlijkheidsorganisatie is er sprake van een zekere mate van identiteitsdiffusie, tot uiting komend in opvallend tegenstrijdige aspecten van het zelf en vroege afweer in de vorm van splitting.

Aanwijzingen voor identiteitsdiffusie kwamen naar voren in de intake van een 27-jarige kandidaat voor een jongvolwassenengroep, die zichzelf als volgt beschrijft: 'in één woord intelligent, de rest volgt daaruit, ik ben neer-

slachtig vanaf mijn derde levensjaar, want ik kon goed lezen en was altijd alleen, wat ik overigens goed kan verdragen.'

Sommige identiteitsproblemen worden duidelijk uit de klachten van de cliënt (bijvoorbeeld gevoelens van leegheid), andere (bijvoorbeeld voortdurende wisselingen in de identiteitsbeleving) worden pas duidelijk uit de levensloop. Het laten schrijven van een levensloop geeft hier inzicht in en levert informatie, die middels interview vaak niet zo snel te achterhalen valt. In deze intakeprocedure krijgt de cliënt de opdracht voor het schrijven van een levensverhaal na het eerste gesprek mee en het verslag wordt besproken tijdens het tweede gesprek.

Een voorbeeld van informatie over de identiteitsintegratie:

Cliënte beschrijft zich als een altijd al schuw en angstig kind, dat weinig liefde kreeg van haar moeder en in haar beleving altijd meer moeder dan dochter was voor haar drugsverslaafde vader. Ze beschrijft een jeugd waarin ze nooit vriendinnetjes mee naar huis mocht nemen en ook nooit ergens mocht spelen. Compensatie van deze tekorten in zorg ervoer zij bij opa van moeders zijde. Hij is altijd een steunfiguur voor haar geweest. Door hem heeft ze geleerd wat liefde kan zijn en dat ze echt mocht zeggen wat ze voelde. Als hij er niet geweest was, zou cliënte minder

positieve gevoelens hebben ervaren en nooit hebben geweten dat het fijn is iets voor een ander te betekenen.

In deze omschrijving zien we een persoon, die ondanks een ontoereikend affectief klimaat in het gezin van herkomst toch een geïntegreerde identiteit ontwikkelde.

Bij cliënten met ernstiger pathologie wordt te sterk oplopende angst afgeveerd middels de primitieve afweermechanismes, waarbij splitsing een mechanisme voor de cliënt is om overeind te kunnen blijven. De intaker moet bedacht zijn op aanwijzingen voor splitsing, zoals een onvermogen om veel ambivalentie te verdragen, vermindering van vermogen om besluiten te nemen onder druk, egosyntone impulsiviteit en opvallende fluctuaties in de zelfachting (Akhtar, 2001).

Een 29-jarige cliënte wordt verwezen vanwege sterke stemmingwisselingen (het ene moment voelt ze zich heel rot, het andere moment kan ze zomaar vrolijk zijn. Ook zich zeker en onzeker voelen wisselen elkaar zo af).

Vlak voor de intake is zij bij haar ouders gaan wonen, nadat zij door haar vriend was geslagen en zij het uitmaakte. Ten tijde van het tweede gesprek, twee weken later, heeft zij al een nieuwe vriend. Zij kan op verzoek van de onderzoeker eigenlijk helemaal niet stil staan bij het verlies van haar vorige vriend en geeft aan wel te

kunnen gaan treuren, maar dat dit geen zin heeft.

In het derde gesprek is deze nieuwe relatie ook al weer voorbij, nadat haar ex belde met de vraag de relatie te herstellen en cliënte zich realiseerde, dat vooral anderen haar hadden geadviseerd om de relatie uit te maken en zij dat zelf nooit wilde. Bovendien beloofde hij haar zijn leven te beteren.

In dit voorbeeld zijn duidelijk de tamelijk absolute ontkenning, het niet kunnen verdragen van ambivalentie en idealisering te herkennen.

Als de interviewer eenmaal enig zicht heeft op de mate van identiteitsdiffusie en splitsing, kunnen deze gegevens in verband worden gebracht met de aangemelde klachten en kan een voorlopige inschatting worden gemaakt van het niveau van de karakterorganisatie.

De beknopte familiegeschiedenis levert, ondanks dat afweer het verhaal enigszins kleurt, belangrijke informatie op over eventuele erfelijke kwetsbaarheden, de rollen in het gezin, belangrijke *life events* en het affectieve en pedagogische klimaat waarin de cliënt opgroeide.

De manier waarop familieleden beschreven worden, kunnen opnieuw aanwijzingen voor de aard van de objectrelaties, de afweermechanismen en de persoonlijkheidsorganisatie opleveren. Het laatste onderdeel van de

indicatiegesprekken bestaat uit een korte chronologische beschrijving van het leven van de cliënt. Aspecten uit functieontwikkeling en de levensloop worden geïntegreerd tot een geheel.

Het vaststellen van de mate van psychologisch inzicht

Een belangrijk onderdeel van de indicatiestelling vormt de inschatting van de mate van psychologisch inzicht. Immers, voor groepspsychotherapie is een redelijke mate van psychologisch inzicht onontbeerlijk.

Akhtar (2004) beoordeelt psychologisch inzicht door tijdens de intake te letten op de volgende aspecten:

1. *De capaciteit voor reflectieve zelfobservatie*, die blijkt uit het kunnen vertellen van een coherente en affectief resonerende levensgeschiedenis en / of het vermogen zich bewust te zijn van innerlijke of interactionele conflicten.
2. *Interesse in het eigen mentale beleven*, wat bijvoorbeeld blijkt uit het schrijven van dagboeken, het spontaan vermelden van dromen en interesse in de eigen belevingswereld.
3. *Geloof in psychische causaliteit*, de cliënt moet enig geloof hebben in de gedachte, dat klachten veroorzaakt kunnen worden door psychologische oorzaken. Een vermogen wat bij sterk somatiserende cliënten nogal eens ontbreekt.

4. Paradoxaal gezien moet de cliënt ook enige *ambiguïteit kunnen verdragen*; kunnen beseffen, dat kansen op herstel zich kunnen voordoen, zonder dat alles verklaard kan worden.

5. Ten slotte *een geneigdheid om symbolische betekenissen te zien*. Met name een positieve respons op proefinterpretaties is volgens Akhtar belangrijk.

Een illustratie van interesse in de eigen belevingswereld en reflectieve zelfobservatie:

Naar aanleiding van de zelf geschreven levensloop komen bij cliënte spontaan niet in haar levensloop vermelde herinneringen boven aan een ziekenhuisopname op jonge leeftijd, waarbij zij verklaart hieraan mogelijk niet gedacht te hebben vanwege haar neiging zichzelf weg te cijferen.

Akhtar (2001) plaatst het psychologisch inzicht vervolgens in een breder kader door de volgende aandachtspunten voor zichzelf in de vorm van een *mental grid* na te lopen: de mate waarin de cliënt een samenhangend verhaal kan vertellen en geïnteresseerd is in zichzelf, de mate waarin de cliënt kan spelen (Winnicott) in de vorm van interesse voor kunst, gebruik van humor en initiatief, het vermogen om empathie te tonen en clarificaties en interpretaties te verdragen en de mate

waarin de cliënt goede kanten van zichzelf kan toelaten (Schafer, 2002). Hoe meer deze aspecten in de intake ervaren worden, hoe beter de therapeutische mogelijkheden.

Van de algemene indicatie psychotherapie naar de specifieke indicatie voor groepspsychotherapie

In het laatste van de drie intakegesprekken wordt de aandacht specifiek verlegd naar die factoren, die voor deelname aan groepstherapie noodzakelijk zijn.

Nitsun (1986) noemt als eerste voorwaarde het vermogen tot hechten. Nitsun verwijst daarbij naar Bowlby. Alhoewel de groepstherapie een correctieve emotionele ervaring wil bieden voor mensen met hechtingsproblemen, hangt het succes van de groep paradoxaal gezien ook af van 'de som der vermogens' tot hechting van de groepsliden. Een groep kan weinig werkgroep worden en in een basisassumptiemodus (Bion, 1961) gaan functioneren als te veel onveilig gehechte cliënten deelnemen.

Nitsun et al. (2001) en Berk & Snijders (2009) noemen specifiek voor groepspsychotherapie het belang van de groepsobjectrelaties. Elke individu heeft een eigen, specifieke interne beleving van groepen, te beginnen met het gezin, later gevolgd door de ervaringen in uiteenlopende groepen. Het beschrijven van de groepsobjectrelaties

levert waardevolle informatie op over de geschiktheid voor groepstherapie. Voor een persoon die nooit een positieve groepservaring heeft gehad en ook geen positieve objectrelaties heeft gevormd, zal groepstherapie mogelijk teveel gevraagd zijn en kan bijvoorbeeld individuele pretherapie nodig zijn. Scott Rutan en Stone wijzen erop, dat ook via deze weg het toekomstig rolgedrag in de groep van de kandidaat kan worden voorspeld.

De groepsobjectrelaties worden uitgevraagd door te informeren naar de rol van de cliënt in het gezin van herkomst, de betekenis van groepen en hoe cliënt functioneerde in de klas, sportclubs en onder vrienden.

Levine (1985) wees in dit kader op een probleem: het is niet zo eenvoudig om de kwaliteit van de objectrelaties vast te stellen. Mensen herinneren zich meestal hun ervaringen uit de adolescentie, de periode met hevige drang naar conformiteit en angst voor afwijking bij afwijking van de leeftijdgenoten. Daardoor kan een eenzijdig beeld van de groepsobjectrelaties ontstaan.

De motivatie

Volgens Berk (2005) is therapiemotivatie een cruciale factor bij groepspsychotherapie. Een apart probleem is, dat de aanvangsmotivatie vaak anders is dan de motivatie na verloop van tijd.

Soms is de aanvangsmotivatie bijvoorbeeld de verhulde wens om alsnog in de therapie te ontvangen wat men in de jeugd gemist heeft. In die gevallen zal samen met de cliënt een vertaling moeten plaatsvinden naar meer realistische doelstellingen en verwachtingen.

De motivatie is bij indicatiestelling ook moeilijk te beoordelen vanwege de angst en afweer tegen groepstherapie (Snijders, 2008). Cliënten zijn vrijwel altijd zeer huiverig voor een groepsbehandeling met de bekende bezwaren van moeite met delen met andere patiënten, de angst tekort te komen, besmet te worden met de problemen van de medecliënten en de angst voor onvoldoende vertrouwelijkheid. Ook hieraan moet de nodige aandacht besteed worden.

Een zwakke motivatie ziet men vaak bij cliënten die gestuurd zijn (McCullough, 1997). Als dit het geval is, moet de onderzoeker eerst iets persoonlijks in de cliënt raken en de motivatie zal ten minste deels intrinsiek moeten worden, voordat therapie zin heeft. Scott Rutan en Stone wijzen er eveneens op dat groepstherapie pas effectief kan zijn als cliënten enige verantwoordelijkheid accepteren voor hun interpersoonlijke moeilijkheden. Zo lang zij al hun problemen op anderen projecteren, zullen zij zich tegen verandering blijven verzetten.

Drop-out

In de literatuur worden percentages van 30-40% vroege drop-outs ver-

meld. De belangrijkste redenen voor drop-out zijn volgens Yalom & Leszcz (2005) externe factoren, zoals verhuizingen waar in de intake geen rekening mee gehouden werd, agendaproblemen en externe stress, die deelname aan de eigen therapie bemoeilijken. Ook cliënten die een deviante rol vervullen kunnen beter niet aan een groepstherapie deelnemen; zij worden nogal eens drop-out en hebben bovendien ook een negatief effect op de groep, omdat de groep in zijn geheel door hun afwijkende rol nooit voldoende vrij kan functioneren. Zij noemen onder andere cliënten, die op symptoomniveau bleven communiceren, adviezen bleven geven en sterk het spreken over gevoelens bleven vermijden. Het gaat hier over relatieve contra-indicaties, want juist ook deze problemen kunnen juist wel in een langer durende cohesieve groep bewerkt worden. Jongerius (1993) noemt als voorbeelden van deviant rolgedrag cliënten met sterke schizoïde teruggetrokkenheid, onaangepaste zelfonthulling (te snel en te veel van zichzelf laten zien en vervolgens schrikken van de te grote openheid) en niet realistische wensen ten aanzien van onmiddellijke intimiteit.

Het gebruik van schriftelijke informatie over groepspsychotherapie

Schriftelijke informatie over groepspsychotherapie is erg nuttig om de

potentiële deelnemer zo goed mogelijk te informeren over wat realistisch verwacht mag worden in de groep. Er bestaan bruikbare informatiefolders, onder andere in het boek van Yalom & Lesczc. Eerder (*Groepspsychotherapie*, 1991, 1992) zijn in dit tijdschrift ook al eens voorbeelden van dergelijke folders gepubliceerd.

De folder moet informatie over doelstellingen, verwachtingen, tijd, locatie, duur, omvang van de groep, referentiekader en de omgangsregels, hoe om te gaan met afwezigheid, privacy en afscheid nemen van de groep bevatten. Deze brochure wordt bij voorkeur aan het einde van het tweede gesprek uitgedeeld en wordt besproken tijdens het afsluitende derde gesprek.

Beschikbaarheid

De beschikbaarheid gedurende langere tijd is voor deelname aan groepstherapie een belangrijk aandachtspunt. Zelf deel ik de kandidaten altijd mee dat gerekend moet worden op een behandelduur van gemiddeld anderhalf jaar. Uitgelegd kan worden, dat het gaat om al zeer langdurige problemen, dat het wennen aan de groep tijd kost en dat de belangrijke thema's waarvoor de cliënt in de groep komt, nu eens heel expliciet en in andere periodes wat meer op de achtergrond in de groep aanwezig zijn. Door het geven van deze informatie wordt voor de cliënt een langere behandelduur begrijpelijk. Ten

slotte wijs ik erop, dat een groepstherapie, ondanks moeilijke periodes, een zeer positieve en betekenisvolle ervaring is voor het overgrote deel van de deelnemers.

Betrouwbaarheid

Bij groepstherapie is betrouwbaarheid in het nakomen van afspraken, op tijd komen voor de groep en zich langere tijd kunnen vastleggen, nog belangrijker dan in individuele therapie. Immers, alle groepsleden zijn bij de behandeling betrokken. Ieders aanwezigheid is van belang voor het proces van elk individu. Jongerius (1993) noemt dit het belang van contactrouw. Aan dit aspect moet eveneens de nodige aandacht worden besteed.

Ondanks alle voorzorgen om te komen tot een juiste indicatiestelling meldt Scott Rutan (2005) dat de therapeut niet altijd kan voorzien hoe kwetsbaar een cliënt zich in een groep kan voelen en blijkt een indicatie toch verkeerd te zijn gesteld. Soms is het in de indicatiegesprekken niet mogelijk om de ernst van bijvoorbeeld een sociale fobie in te schatten, totdat dit in de groep manifest wordt. Kwetsbare kanten van het zelf kunnen dan pas duidelijk worden.

Deze indicatiefouten kunnen het best worden opgelost door dit in de groep te bespreken en de cliënt zorgvuldig, en zo snel als mogelijk is, naar een andere therapievorm te verwijzen.

De keuze tussen individuele of groeps-psychotherapie

Berk merkt op, dat de keuze tussen individuele of groepstherapie geen eenvoudige zaak is. Vertrouwdheid van intakers met groepstherapie speelt een belangrijke rol en ook de staf, collega's en verwijzers, zijn liefst vertrouwd met de mogelijkheden en beperkingen van groepstherapie.

Op een aantal factoren kan men letten bij de afweging tussen individuele versus groepstherapie.

Volgens Berk heeft een groep een stevig realiteitskarakter. Diepe regressie komt wel voor, maar is kortdurend en wordt afgewisseld met perioden waarin de realiteit goed aan de orde komt. Voor cliënten die snel sterke overdrachtsgevoelens ontwikkelen of tot symbiose neigen is een groepsbehandeling aan te bevelen. Alhoewel dit theoretisch zo is, zijn het juist deze fenomenen, die bij de indicatie toch vaak voor de nodige hoofdbrekens zorgen. Een groep kan niet teveel van dergelijke cliënten tegelijk opvangen. Nogal eens wordt in die gevallen – mogelijk te snel – gedacht aan individuele therapie.

Groepstherapie is op een heel specifieke manier bijzonder steunend; cliënten hebben vaak het gevoel veel te krijgen, met name ook van de medegroepsleden, wat bij individuele therapie ontbreekt.

In groepstherapie wordt concreet duidelijk hoe iemand in contact met anderen functioneert. Dit is aan cliënten vaak goed uit te leggen: ze begrijpen dat ze in de groep vroeg of laat laten zien en beleven hoe hun problemen – nu in de groep – spelen in plaats van erover te spreken, waardoor hun problemen met de hulp van medegroepsleden beter bewerkbaar zijn.

Groepstherapie is volgens Berk bij uitstek geschikt voor cliënten met identiteitsproblemen. Het toetsen van de eigen belevingen aan die van anderen op het gebied van werk of studie, intimiteit en relaties, en het loskomen van thuis, is een sterke troef in met name jongvolwassenengroepen.

Groepstherapie kan ook helpen om zeer strenge normen en waarden van de cliënten te helpen relativiseren. In de groepstherapie worden de normen en waarden van de groep snel overgenomen. Vooral bij cliënten die hoge eisen aan zichzelf en anderen stellen kan groepstherapie derhalve zinvol zijn.

De psychodynamische hypothese

Alle verzamelde informatie resulteert in wat Gabbard (1984) een psychodynamische hypothese noemt. Hierin wordt geprobeerd in een samenvattend verhaal de problematiek in relatie tot de persoon en diens voorgeschiedenis samen te vatten. Aanvullend wordt de behandeling geschetst in relatie tot de therapieu-

tische mogelijkheden van de cliënt. Een voorbeeld van een cliënte die geschikt lijkt voor groepspsychotherapie:

Cliënte is opgegroeid in een gezin met een vader, die al vanaf haar jeugd veel drugs gebruikte. Zij beleefde zichzelf in het contact met hem meer als moeder dan als dochter. Als kind moest zij voor hem zorgen. Moeder, die streng en kritisch was naar cliënte, kon, na de scheiding van haar man, toen cliënte drie jaar oud was, weinig van cliënte verdragen; emoties mocht zij niet tonen. Zij werd angstig en schuw in het contact met leeftijdsgenoten, wat zij tot op heden nog heeft.

In beschrijvende zin is er sprake van sociale angst en in de persoonlijkheid is er sprake van vermijdende trekken. Een groepspsychotherapie kan deze cliënte goed helpen bij het inzicht krijgen in de samenhang tussen haar huidige functioneren en problemen met leeftijdsgenoten in relatie tot haar opvoeding en zo ook de separatie-individuatie helpen afwikkelen. Omdat de problemen zich hoofdzakelijk met leeftijdsgenoten afspelen, heeft een groepspsychotherapie ook om die reden de eerste voorkeur.

Het psychologische inzicht is ook in emotioneel opzicht goed, evenals de motivatie voor een langer durende behandeling. Cliënte is betrouwbaar in het nakomen van afspraken en cliënte is gedurende langere tijd beschikbaar.

Tot slot

In dit artikel wordt een methode van indiceren voor groepspsychotherapie beschreven, die toepasbaar is voor cliënten met ernstigere problematiek en waarbij geopteerd wordt voor deze langer durende behandeling.

Door een vaste intakeprocedure te hanteren en zo een grondig zicht op de problematiek en persoon in zijn context te verkrijgen, kan een heldere visie op de behandelmogelijkheden verkregen worden. Ook als er geen indicatie wordt gesteld voor groepspsychotherapie, is het voordeel van een zorgvuldige procedure, dat een gefundeerd behandelalternatief kan worden gegeven.

Voor cliënten met complexere problemen, die worden genoemd in de Richtlijnen Persoonlijkheidsstoornissen, is een zorgvuldige procedure belangrijk en qua tijdsinvestering mijns inziens verantwoord.

Het model kan ook worden toegepast bij cliënten met mildere problemen en dan kan soms met een tweetal gesprekken worden volstaan.

Literatuur

Akhtar, S. (2001). Initial evaluation and early treatment decisions. In: syllabus lezing *Psychiatrie in progressie: usual and unusual tasks in psychotherapy*. Amersfoort.

- Akhtar, S. (1995). *Quests for answers. A primer of understanding and treating severe personality disorders*. Londen: Jason Aronson, Northval.
- Berk, T. (1986). *Groepstherapie; theorie en techniek*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Berk, T. (2005). *Handboek groepspsychotherapie*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Berk, T. (2010). *Toen en nu; een bruikbaar verleden. De ontwikkeling van de groepspsychotherapie*. www.lulu.nl.
- Bion, W. R. (1961). *Experiences in Groups*. London: Tavistock.
- Cornelissen, C. (1993). Het eerste gesprek. Indicatiestelling en selectie. In: *Handboek groepspsychotherapie*, Berk, T.J.C. et al. (red.) hoofdstuk G18.1.
- Eck, L.A.J.M. van (1993). Psychoanalytische groepspsychotherapie. In: *Praktijkboek groepspsychotherapie*. Jongerius, P.J en J.C.B. Eykman (red.) Amersfoort: Academische uitgeverij.
- Foulkes, S.H, en E.J. Anthony (1990). *Group psychotherapy*. London: Karnac.
- Gabbard, G.O. (1994). *Psychodynamic psychotherapy*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Jongerius, P.J. (1993). De praktijk van de groepspsychotherapie. In: *Praktijkboek groepspsychotherapie*. Jongerius, P.J en Eykman, J.C. B. (red.) Amersfoort: Academische Uitgeverij.
- Kernberg, O. (1984): *Severe Personality Disorders*. Yale: University Press.
- Levine, B. (1963). *Groepstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- McCullough-Vailant, L. (1997). *Changing character*. New York: Basic books.
- Nitsun, M. (1996). *The Anti-Group; destructive forces in the group and their creative potential*. London: Routledge.
- Schalkwijk, F. (2003). *Diagnostiek in de praktijk. Een handleiding voor beginnende hulpverleners*. Amsterdam: Boom.
- Scott Rutan, J. en W.N. Stone (2001). *Psychodynamic group psychotherapy*. New York: Guildford Press.
- Scott Rutan, J. (2005). Treating difficult patients in group. In: Motherwell. L. en J.J. Shea. (ed). *Complex dilemma's in grouptherapy. Pathways to solution*. New York: Brunner Routledge.
- Shafer, R. (2002). Defenses against goodness. *Psychoanalytic Quarterly*, 71: 5-19.
- Snijders, H. (2006). Interventies in behandelgroepen. Uit de reeks *Werken met groepen*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.

Snijders, H. en T. Berk, (2008). Een blik over de grenzen. De AGPA-Richtlijnen Groepspsychotherapie. *Groepen* 3, 3, 32-45.

Yalom, Y. en M. Lesczc (2005). *The Theory and Practice of Group psychotherapy*. New York: Basic Books.

Voorlichtingsmateriaal in *Groepspsychotherapie* (over analytische groepspsychotherapie, RIAGG Oost Veluwe, december 1991, nummer 4, pag. 31-33 en J.M.G. Lonkin over ontdekkende groepspsychotherapie, juni 19921}, nummer 2, pag. 14-16).

The Practice Guidelines For Group Psychotherapy (2007). Door: The American group psychotherapy association science to service taskforce.