



Nederlandse vereniging voor
groepsdynamica en groepspsychotherapie



Inhoudsopgave

Redactioneel	5
Salvatore Vitale en Sjoerd Colijn	
De groep als therapeutisch instrument	11
Willem de Haas	
Recente ontwikkelingen in groepspsychotherapie en een blik op de toekomst	33
Piet Verhagen en Arnout ter Haar	
Groepstherapie in de ggz: een van de beoogde oplossingen voor wachtlijstproblematiek, maar hoe?	49
Marjolein Koementas-de Vos en Marc Daemen	
COLUMN	
Bespiegelingen naar aanleiding van een wonder	65
Sandra Schruijer	
Leertherapie: <i>practise what you preach</i>	69
Janie van Dijk, Anna Bartak en Paul Wijts	
De schaduwkant van psychotherapie: Hoe vaak rapporteren patiënten negatieve ervaringen?	85
Brechtje Dandachi-FitzGerald, Sanne Houben, Henry Otgaar, Marcel van den Hout en Harald Merckelbach	
Brief aan de behandelaars	101
Arnon Grunberg	



Synergie

Het magische woord is: synergie. Als laatste van 2024 verschijnt tegelijkertijd van *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie* (verder: *Groepen*) en het *Tijdschrift voor Psychotherapie* (verder: *TvP*) een nummer dat zowel de verwantschap als het onderscheid tussen beide tijdschriften laat zien.

De verwantschap is aanzienlijk. Beide tijdschriften overzien het domein van de psychotherapie, waarbij *Groepen* zich natuurlijk in het bijzonder richt op onderwerpen die kenmerkend zijn voor de groepspsychotherapie. *Groepen*, en achterliggend de Nederlandse Vereniging voor Groepsdynamica en Groepspsychotherapie (NVGP), heeft zich kort gezegd de laatste decennia verbreed van een blad dat zich voornamelijk richtte op groepsdynamische, psychodynamische en groepsanalytische psychotherapie (zie het artikel van Verhagen en ter Haar in dit nummer voor overeenkomsten en onderscheid tussen deze benamingen), naar een blad waarin verschillende perspectieven op groepspsychotherapie uitgewerkt worden, en waarin een veelheid van toepassingen besproken wordt. In dezelfde tijd is *TvP*, net zo kort gezegd, parallel aan de verwante Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) geëvolueerd tot een tijdschrift waarin zoveel mogelijk ontwikkelingen in de brede psychotherapie besproken worden, met aan-

dacht voor zowel de wetenschappelijke fundering als de klinische relevantie, en waarin gestreefd wordt naar het leggen van dwarsverbanden.

Beide tijdschriften richten zich met name op psychotherapie, en niet op aanpalende domeinen zoals onderwijs, coaching, marketing of andere vormen van sociale beïnvloeding. De tijdschriften dragen impliciet de definitie van psychotherapie uit zoals die in de Generieke Module Psychotherapie (AKWA, 2019) verwoord wordt: 'Psychotherapie is het op deskundige wijze doelbewust toepassen van klinische methodes en attitudes voor diagnostiek, indicatiestelling en behandeling met als doel mensen bij te staan in het veranderen van hun gedrag, cognities, emoties en/of persoonskenmerken in de richting die door de betrokkenen wenselijk wordt geacht. De psychotherapeutische relatie kan enerzijds voorwaardenscheppend en ondersteunend, anderzijds methodisch instrument van behandeling zijn. De klinische methodes en attitudes zijn gebaseerd op algemeen aanvaarde psychologische principes en zijn waar mogelijk empirisch ondersteund door wetenschappelijk onderzoek.' (sic: Als u straks het voorliggende nummer tot u genomen heeft, is de kans aanzienlijk dat u in bovenstaande definitie naast de therapeutische relatie ook de groepscohesie in groepen genoemd zou willen zien.)

Beide tijdschriften spreiden bovendien wijd hun armen voor de psychotherapeutische referentiekaders, zowel de klassieke (onder meer de psychoanalytische, cognitief gedragstherapeutische, systemische en experiëntiële), als de meer recente varianten (bijvoorbeeld schematherapie, mentalisatiebevorderende therapie en *affect focused* therapie). En beide tijdschriften worstelen met de verhouding die zo'n referentiekader heeft met het dragende element in hun vorm van psychotherapie: in de dyadische individuele psychotherapie is dat de therapeutische relatie, in de meerpersonencontext van de groepspsychotherapie de groepscohesie. En daar komen we dan direct op het belangrijkste punt van onderscheid tussen de twee tijdschriften: de focus op groepssetting (*Groepen*) respectievelijk op individuele setting (*TvP*). En terwijl we dit schrijven realiseren we ons dat dit onderscheid zeker niet absoluut is: in *TvP* verschijnen met enige regelmaat ook artikelen over groepspsychotherapie, maar dan vooral over wetenschappelijk onderzoek waarin groepstherapeutische behandelvormen onderzocht worden.

Deze parallelnummers gaan zowel over de *state of the art* van groepspsychotherapie, als over wat er de laatste jaren in beide tijdschriften gepubliceerd is. Als hoofdredacteurs hebben we namens onze redacties deze coproductie al enige jaren geleden geconcipieerd. We hebben gestoeid over vorm en inhoud, we hebben het opgepakt en weer laten liggen, we werden ingehaald door andere projecten, tot we uiteindelijk een format hadden waar we beide tevreden over konden zijn: laten we tegelijkertijd, maar apart van elkaar, een nummer maken dat de kracht van psychotherapie in groepen laat

zien, met in allebei twee nieuw geschreven gemeenschappelijke artikelen over groepspsychotherapie, en in allebei afzonderlijk artikelen die we van het andere tijdschrift overgenomen hebben en die dus de kracht van het andere tijdschrift laten zien.

En zo geschiedde. De eerste twee artikelen verschijnen in beide tijdschriften; zij spijkeren ons bij wat betreft de actuele situatie van de groepspsychotherapie. Zij zijn nieuw geschreven door vooraanstaande groepspsychotherapie-experts, die in hun thematisch verschillende bijdragen tegelijkertijd de vinger leggen op wat beide tijdschriften en vakgebieden verbindt, maar ook van elkaar onderscheidt. Arnout ter Haar en Piet Verhagen nemen u mee in de recente ontwikkelingen van de Nederlandse groepspsychotherapie. Zij geven in hun artikel niet alleen achtergrondinformatie, maar destilleren hieruit voor zowel de minder ervaren als de ervaren groepspsychotherapeut adviezen voor de klinische praktijk van de groepspsychotherapie.

Voor groepspsychotherapie is in de huidige tijd de verhouding tussen het psychotherapeutisch referentiekader (bijvoorbeeld psychodynamisch of schematherapeutisch) en het referentiekader van de groepsdynamica zowel theoretisch als in de dagelijkse praktijk een belangrijk thema. Dit is te zien in het eerste artikel, maar komt ook terug in de bijdrage van Willem de Haas, die u laat zien wat de groepsdynamica als een van de basisreferentiekaders van groepspsychotherapie behelst en hoe je groepsdynamica kunt combineren met een psychotherapeutisch referentiekader. In deze bijdrage wordt, uitgaande van de groep als therapeutisch instrument, het verschil tussen de individuele en de groepssetting zichtbaar.

Deze twee gezamenlijke artikelen vormen een stevig fundament voor dit gezamenlijke themanummer van *Groepen* en het *TvP*. Voor *Groepen* hebben we dit nummer aangevuld met drie artikelen die in de afgelopen vijf jaar zijn verschenen in het *TvP*. Artikelen die prikkelen en aanzetten tot nadenken over ons vak, betrekking hebben op de individuele psychotherapie, maar net zo goed of zelfs noodzakelijk zijn om over na te denken als het over groepspsychotherapie gaat.

In het eerste artikel van Janie van Dijk, Anna Bartak en Paul Wijts geven de auteurs hun visie op nut en noodzaak van leertherapie in de opleiding tot KP-PT, een relevant en terugkerend onderwerp van discussie binnen het opleidingsveld van de ggz. Het tweede herplaatste stuk is een artikel van Brechje Dandachi-FitzGerald, Sanne Houben, Henry Otgaar, Marcel van den Hout en Harald Merckelbach, waarin zij de resultaten van een studie onder patiënten presenteren over zelf-gerapporteerde negatieve effecten van psychotherapie. De derde bijdrage uit het *TvP* is een brief van Arnon Grunberg aan behandelaars, waarin hij hulpverleners aanmoedigt te falen.

Naast deze drie opnieuw geplaatste stukken uit het *TvP* is er in dit nummer ook weer een column van Sandra Schruijer waarin zij vanuit de documentaire *The Gullspång Miracle* uit 2023 de verbinding maakt met thema's uit de samenleving.

De bijdrage van collega's Marjolein Koementas-de Vos en Marc Daemen beschrijft hoe groepstherapie een van de oplossingen voor de wachtlijsten in de ggz kan zijn. Het is niet alleen een pleidooi voor het uitbreiden van het groepsaanbod in de ggz maar laat ook zien welke stappen nog gezet moeten wor-

den om dit te realiseren. Een mooie aanvulling op de meer fundamentele bijdragen over groepspsychotherapie van Willem de Haas en van Piet Verhagen en Arnout ter Haar. In deze drie artikelen kan u als lezer de synergie binnen de groepspsychotherapie binnen de NVGP merken.

De redactie van *Groepen* heeft niet alleen hard gewerkt aan het realiseren van dit themanummer. Achter de schermen waren er ook ontwikkelingen. Afgelopen mei heeft de redactie afscheid genomen van Piet Verhagen, een zeer gewaardeerd collega en ervaren redactielid. Hij is bijna 25 jaar lid geweest van de redactie. Sinds 2000 heeft Verhagen met zijn inzet en diverse artikelen een belangrijke bijdrage geleverd aan de inhoud en kwaliteit van *Groepen*. Zijn eerste artikel was een interview met Haim Weinberg in 2002 en hij heeft door de jaren heen diverse nationale en internationale groepstherapeuten geïnterviewd, onder wie Tom Berk, John Schlapobersky en Irvin Yalom. Ook zijn er diverse boekbesprekingen en artikelen verschenen van zijn hand, waarbij zijn kennis en interesses in groepspsychotherapie, psychiatrie, zingeving en spiritualiteit vaak terugkomen. De redactie is hem zeer dankbaar en gaat zijn betrokkenheid, humor en zijn erudiete persoonlijkheid missen. Tegenover het vertrek van Piet Verhagen staat de komst van een nieuw redactielid. Sinds september is Linda de Groot onderdeel van de redactie van *Groepen*. Zij is klinisch psycholoog-psychotherapeut en werkzaam bij Altrecht op de afdeling persoonlijkheidsstoornissen binnen het GIT-PD-team. De Groot is een enthousiaste en gedreven groepstherapeut met een brede ervaring op het gebied van de behandeling van per-

soonlijkeidstoornissen vanuit verschillende referentiekaders. Tevens is zij docent bij de RINO Groep.

Terug naar de synergie tussen beide tijdschriften en domeinen van de psychotherapie. Ter Haar en Verhagen geven in hun bijdrage een mooi voorbeeld hoe de synergie tussen individuele psychotherapie en groepspsychotherapie veel kan opleveren: 'Patiënten die vertellen over hun ervaringen in de groep kunnen een aanzienlijke rol spelen bij de drempelverlaging voor patiënten of individueel georiënteerde therapeuten die nog steeds denken dat een groep minder

te bieden heeft dan een individuele behandeling. Niet het individu is primair, maar de groep.' De omgekeerde weg komt in dit nummer niet aan de orde: hoe in een groepspsychotherapie ook duidelijk kan worden dat er naast of na de groep ook een individuele behandeling nuttig kan zijn. Maar dat is voor een volgend gezamenlijk nummer.

U als lezer kunt in ieder geval profiteren van de synergie door zowel het decembernummer van het *TvP* als *Groepen* te lezen, zodat u zelf de meerwaarde en het positieve effect van de gebundelde krachten kunt ervaren.

Salvatore Vitale en Sjoerd Colijn

Refereren aan:

.....
Vitale, S & Colijn, S. (2024). Synergie. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 19(4), p. 5-8.

De groep als therapeutisch instrument

Willem de Haas beschrijft in dit artikel het dubbele referentiekader waarmee elke groepstherapeut werkt: het groepsdynamische referentiekader in combinatie met een therapeutische kader. Vervolgens legt hij onder meer aan de hand van voorbeelden en vignetten uit welke groepsprocessen belangrijk zijn voor de groepspsychotherapeut en hoe deze gebruikt kunnen worden¹.

Door Willem de Haas

Misschien realiseert niet iedere groepspsychotherapeut zich dat, maar groepspsychotherapie werkt altijd met twee theoretische referentiekaders (de Haas, 2020). Ten eerste een voor de doelgroep passend gekozen therapeutisch referentiekader of therapeutische methode, zoals bijvoorbeeld Schematherapie (ST), Mentaliseren Bevorderende Therapie (MBT), Cognitieve GedragsTherapie (CGT), Affect-Fobie Therapie (AFT) of het Psychodynamische kader (PD). Allemaal gerespecteerde en gevalideerde methodes uit de individuele psychotherapie die ook worden toegepast binnen groepspsychotherapie. Ze bieden belangrijke theoretische concepten over pathologie en genezing van de individuele cliënt, inclusief belangrijke *change agents*, maar onvoldoende kennis over de toepassing ervan in groepspsychotherapie. De groep is in dat geval het vehikel voor de therapeutische methode. De Haas (2020) spreekt van *de groep als therapeutisch instrument*; een groep gebruiken als therapeutisch instrument vraagt een specifieke deskundigheid. Zo komen we terecht bij het tweede referentiekader, namelijk het referentiekader van het groepsinstrument. Dit is het universele onderdeel van elke groepspsychotherapie en heeft een eigen theoretische basis, namelijk

de theorie van de kleine groep, kortweg de groepsdynamica genoemd. Met het begrip groepsdynamica wordt bedoeld: alle relevante wetenschappelijke kennis die bestaat over de kleine groep, zoals afkomstig uit de groepsdynamica, de sociale psychologie, systeemtheorie en de sociologie. Het groepsdynamische referentiekader omvat een uitgebreide en geïntegreerde theorie over de kleine groep, met een uitgebreid arsenaal aan technieken om het groepsinstrument mee te sturen. Het moge duidelijk zijn dat elke groepspsychotherapeut niet alleen verstand moet hebben van de therapeutische methode maar ook van het groepsinstrument waarmee hij of zij werkt. Twee referentiekaders lijkt misschien vreemd, maar bij de individuele psychotherapie is dat niet anders. In de individuele therapie wordt de therapeutische methode toegepast met wat bekend staat als 'de therapeutische relatie', de werkalliantie tussen cliënt en therapeut, ook een therapeutisch instrument met een eigen referentiekader (Hafkenscheid, 2015). Ook hier moet de relatie passend worden gehanteerd om de therapeutische methode goed te laten werken.

Een competente groepspsychotherapeut is dus een expert op het gebied van groepen, en een expert in de gekozen methode, en kan die twee op een vruchtbare wijze combineren en integreren.

Het belang van groepsprocessen

Als het om groepen gaat, springen groepsprocessen er als wezenlijk kenmerk uit. In groepen ontstaan ze altijd, ze gedragen zich roepspsychotherapeut nu wil of niet, hij of zij zal er rekening mee moeten houden. Daarom

is het voor de hand liggend om die groepsprocessen bewust te gebruiken voor het sturen en optimaliseren van het groepsinstrument.

Ik definieer groepsprocessen als volgt: groepsprocessen ontstaan in elke (psychotherapie-)groep als gevolg van de motieven (individuele dynamiek) die de deelnemers met zich meebrengen. Alle groepsleden hebben hun wensen, gedachten, angsten, emoties en verwachtingen. Motieven die, als ze eenmaal samenkomen in de groep, op elkaar reageren en zorgen voor een eigen krachtenspel dat vorm krijgt in typische groepsdynamische structuren.

De positieve kracht van groepsprocessen is goed te begrijpen vanuit hun evolutionaire oorsprong

Het was Kurt Lewin (1951), de pionier van dit wetenschapsgebied, die voor dit krachtenspel de term groepsdynamiek² introduceerde. Hij bedoelde daarmee het spel tussen positieve en negatieve krachten in een groep (Dion, 2000). In elke groep ontwikkelt dit groepsdynamische krachtenspel zich tot verschillende groepsdynamische structuren. Deze structuren ontstaan wetmatig in elke groep die zich vormt; dus ook in elke psychotherapiegroep. Ze hebben in eerste instantie een positieve werking waarvan elke groepspsychotherapeut kan profiteren. Hiernaast volgt een overzicht van die groepsdynamische structuren.

Groepsdynamische structuren

Taak en proces

De fundamentele dualiteit van elke psychotherapiegroep

Interactie- en relatiepatronen

Interactie tussen de groepsleden leidt tot bepaalde relatiepatronen

Groepscohesie

Het gehechtheidsnetwerk van een groep en de positieve beleving daarvan door de deelnemers

Ontwikkelingsfasen

Ontwikkelingsverloop van de groep

Groepsnormen

Het ontstaan van groepsnormen en een groepscultuur

Rollen

Het zichtbaar worden van groepsrollen bij de verschillende groepsleden

Beëindigingsprocessen

Het proces van afscheid en onthechting van de deelnemers

Schema 1: Groepsdynamische structuren (de Haas, 2020).

De positieve kracht van groepsprocessen is goed te begrijpen vanuit hun evolutionaire oorsprong. Van nature zijn wij groepsdieren. In de prehistorie hebben de mensen van toen, de jager-verzamelaars, kleine groepen gevormd en leren gebruiken om te overleven (Boinsky & Garber, 2006). In dat licht zijn groepsprocesstructuren als cohesie, interactie, normen en rollen goed te begrijpen als structuren met overlevingswaarde. In de loop der tijd heeft evolutie onze soort door mutatie en selectie uitgerust met een natuurlijke vaardigheid om groepen te vormen en daarbinnen samen te werken dankzij ons vermogen tot interpersoonlijke communicatie en contact (Goudsblom, 2000; Boyd & Silk, 1997; Harari, 2022). Groepsprocessen zijn dus in beginsel functionele sociaal-emotionele processen, die altijd ontstaan als een

groep zich vormt. Als groepspsychotherapeut kun je die positieve kracht voelen wanneer een nieuwe groep zich vormt en zelfstandig op zoek gaat naar veiligheid en aanvaarding, maar ook naar spelregels en normen en naar een rol-taakverdeling. Maar Lewin noemde ook de andere kant, de negatieve kracht van groepsdynamiek. Groepsdynamiek kan onder omstandigheden negatief uitpakken, negatief in de betekenis van onveilig en destructief voor de deelnemers of niet-productief, destructief voor de therapeutische taak. Negatieve groepsprocessen ontstaan als gevoelens van angst, spanning en onveiligheid de boventoon voeren. Soms zijn het de deelnemers zelf die vanuit hun persoonlijkheid of hun pathologie extra angst meebrengen. In een psychotherapiegroep met onzekere en angstige borderline-

cliënten ontstaat gemakkelijker negatieve groepsdynamiek dan in een psychotherapie-groep van gezondere deelnemers. Groepsdynamische processen en -structuren zijn immers de resultante van de individuele dynamieken die de deelnemers meebrengen. In een groep cumuleert die negatieve dynamiek gemakkelijk tot weerbarstige groepsdynamische vermijdingsstructuren. In zo'n kwetsbare borderline-groep zien we geremde interactie, wantrouwen in plaats van cohesie en inperkende normen. Gebrekkig groepsleiderschap kan ook negatieve groepsdynamiek versterken. Denk aan een groepspsychotherapeut die zo weinig aanwezig is dat de informele leiders in de groep de baas gaan spelen, en dat zijn niet altijd de beste leiders. Goed groepsleiderschap en een heldere taakorganisatie van de psychotherapiegroep zijn de beste oplossingen om negatieve groepsdynamiek te 'counteren'. Ik kom daar verder in dit artikel op terug.

Het is dus van belang dat elke groepspsychotherapeut bekend is met deze groepsdynamische krachten, zodat hij negatieve groepsprocessen kan beheersen door ze om te buigen of te stoppen, en vooral dat hij positieve groepsprocessen kan gebruiken.

Profiteren van het groepsdynamische referentiekader in de praktijk

In het algemeen zijn spontane groepsprocessen voor elke groepspsychotherapie nuttig omdat de groepspsychotherapeut ze kan gebruiken. Bijvoorbeeld als aangrijpingspunt om de groep te vormen en te sturen, denk aan een goed lopende Interpersoonlijke-psychotherapiegroep die op de eerste zitting na de zomervakantie-onderbreking weer heel

blij is elkaar te zien, waarbij de groepspsychotherapeut deze natuurlijke aanvaarding en cohesie benoemt en beloont, waarna de groep hard aan het werk gaat.

Voor de aparte groepsdynamische processen en structuren, zoals weergegeven in schema 1, gelden aparte wetmatigheden waarvan de groepspsychotherapeut kan profiteren. Hieronder volgt van elke groepsdynamische structuur uitleg hoe een groepspsychotherapeut die kan benutten, telkens geïllustreerd met een voorbeeld.

De dichotomie groepstaak en groepsproces

In het begin van dit artikel werd vastgesteld dat er in elke groep groepsprocessen spelen. Of het nu gaat om een zorgteam, een buurtclub, een toneelvereniging of een psychotherapiegroep, er zijn altijd groepsprocessen. Maar de proceskant is slechts de helft van het verhaal. Een groep heeft ook altijd een taak. De taak is in wezen het belangrijkste onderdeel. Het is de reden dat een groep bestaat (Nijstad, 2009). Een groep wordt altijd gecreëerd om een afgesproken doel te bereiken waaruit de groepstaak voortkomt. 'Taak en proces' is een typisch voorbeeld van een dichotomie, een dualiteit. Taak en proces zijn verschillend, maar bestaan altijd naast elkaar in elke groep. Het is erg handig om ze te kunnen onderscheiden als we het gedrag binnen een groep willen begrijpen.

We ontdekken de taak door te kijken naar *wat* groepsleden doen, en we kunnen het proces detecteren als we kijken naar *hoe* (de manier waarop) de groepsleden het doen. Het onderscheid wordt nog inzichtelijker als we begrijpen dat beide uit een verschillende bron voortkomen. De taak ontstaat uit wat is afgesproken over doel en taak van de groep, dus uit de organisatie. Het proces heeft een

Onderscheid groepstaak en groepsproces

Taak

Ontstaat uit de organisatie
Feitelijk
Bedacht
Logisch
Zakelijk/doelgericht
Maakbaar

Proces

Ontstaat uit de mensen
Gevoelens
Spontaan
Persoonlijk
Relationeel
Niet maakbaar

Schema 2: Onderscheid groepstaak en groepsproces (de Haas, 2020).

heel andere bron, namelijk de mensen zelf: de personen met hun karakters, gevoelens en onderlinge verhoudingen. De taak is afgesproken, dus min of meer voorspelbaar, het proces is spontaan en onvoorspelbaar. Al in de beginperiode van de groepsdynamica werd dit onderscheid ontdekt en onderzocht (Bales, 1950). Sindsdien is de dualiteit tussen taak en proces een vast gegeven geworden bij het observeren van de interacties en dynamiek in een groep (de Haas, 2020). In schema 2 wordt het onderscheid tussen taak en proces samengevat.

Het onderscheid tussen taak en proces is ook heel helpend bij het organiseren van een psychotherapiegroep.

Al eerder in dit artikel onderstreepte ik het belang van een duidelijke taakorganisatie. De taak van een groep, daar draait het om, die vertegenwoordigt het zakelijke en doelgerichte aspect van de groep, de reden waarom de groep bestaat. Hoe duidelijker en concreter we dat aspect vormgeven, hoe effectiever de psychotherapiegroep functioneert. Hierbij gaat het om twee aspecten. Allereerst is het belangrijk dat de taakorganisatie zo goed mogelijk is afgestemd op de doelgroep. Een groepspsychotherapie voor

kwetsbare patiënten met complex trauma heeft een goed gestructureerde taakorganisatie nodig met extra veiligheidsafspraken, terwijl een psychodynamische groepspsychotherapie voor patiënten met persoonlijkheidsproblematiek juist gebaat is bij een taakorganisatie met veel open interactie, zodat therapeutische feedback en inzicht maximaal mogelijk worden.

Het tweede aspect waarmee we een psychotherapiegroep efficiënter en doelmatiger kunnen maken, is het zo concreet mogelijk maken van de taakorganisatie zelf (de Haas, 2020; zie schema 3). In *Groepsbehandeling en teambegeleiding in de zorg* wordt dat als volgt uitgelegd (de Haas, 2020):

‘Dat doen we door stapsgewijs een logisch en ‘smart’ geheel te bouwen. In schema 3 tonen we het stappenplan voor het maken van een concrete en effectieve taakorganisatie van een psychotherapiegroep. Vertrekpunt is altijd de gekozen doelgroep van patiënten met een overeenkomstige hulpvraag. Als het is gelukt de doelgroep concreet te omschrijven dan ligt de volgende stap, het formuleren van een of meer groepsdoelen, logisch in het verlengde. Stel dat u een psychotherapiegroep organiseert voor de behandeling van patiënten die gebukt gaan onder een

persisterende sombere stemming (de doelgroep) dan is het logisch dat afname van depressieve klachten en beter met depressieve episodes kunnen omgaan passende doelen zijn. Elke patiënt formuleert vervolgens binnen dit overkoepelende groepsdoel passende individuele doelen. De stap daarna, het kiezen van een passende methode en werkwijze, volgt uit de expertise van de betreffende groepspsychotherapeut. Om bij het voorbeeld te blijven zou onze groepspsychotherapeut en depressie-expert bijvoorbeeld kunnen kiezen voor de IPT-groepspsychotherapie, een werkzame methode voor de behandeling van een depressieve stoornis (DSM-5) met een concreet beschreven werkwijze (Snippe, 2009).

‘In de volgende organisatiestap wordt gevraagd te omschrijven wat de cliënten zelf moeten doen in de groepspsychotherapie, hun taken, zoals problemen inbrengen, op elkaar reageren, oefeningen of huiswerk doen of een specifieke taak die bij die methode hoort. Bij een IPT-groepspsychotherapie wordt bijvoorbeeld verwacht dat de groepsleden uit een viertal focussen³ er één kiezen die het beste bij hen past. Een belangrijke stap die daarop volgt, is de pre-

cieze vormgeving van de werkwijze. Hier bepaalt de groepspsychotherapeut vanuit zijn expertise hoeveel bijeenkomsten nodig zijn, hoe lang een bijeenkomst duurt, en in welke opstelling de groep bijeenkomt (aan tafel, in een open kring, in een PMT-zaal bijvoorbeeld). Om bij ons voorbeeld te blij-

Een concrete taakorganisatie is niet alleen van belang bij de opzet, maar ook bij de start van de groep

ven: de IPT-groepspsychotherapie is opgezet als een korte-termijnbehandeling met een gesloten groep, bestaande uit acht deelnemers. De groepspsychotherapie kent zestien bijeenkomsten van 90 minuten. Als setting is gekozen voor een open gesprekskring. En bij elke taakorganisatie hoort ook dat wordt beschreven hoe de resultaten worden geëvalueerd of gemeten. Bij ons voorbeeld blijvend zou onder meer een depressie-meetinstrument op zijn plaats zijn.

Taakorganisatie in concrete opeenvolgende stappen	
Stap	Taakorganisatie-onderdeel
1	Doelgroep met overeenkomstige hulpvraag
2	Groepsdoel en individuele doelen
3	Methode en werkwijze
4	Taak van de groepsleden
5	Vormgeving
6	Evaluatie
7	Naam

Schema 3: Taakorganisatie in stappen (de Haas, 2020).

'De laatste organisatiestap is zeker niet onbelangrijk, namelijk een passende naam voor de psychotherapiegroep. Een opvallende en aansluitende naam bevordert de herkenning van de psychotherapiegroep voor alle partijen. Het versterkt de doelgerichtheid voor de groepspsychotherapeut en de patiënt, en zorgt voor de nodige PR bij verwijzers. Onze IPT-groepspsychotherapeut zou bijvoorbeeld deze naam kunnen gebruiken: 'Groepspsychotherapie voor minder depressie en meer vitaliteit'. Als de concretisering van de taakorganisatie slaagt, dan zorgt dat voor een krachtige basis van het groepsinstrument.'

Zo'n concrete taakorganisatie is niet alleen van belang bij de opzet van een nieuwe psychotherapiegroep, maar ook bij het vitale tweede moment van de organisatie, namelijk de start van de groep. Elke groepspsychotherapeut doet er goed aan bij de start van zijn of haar psychotherapiegroep met een korte, bevlogen samenvatting – ik spreek van een *pitch* – nog eens over te brengen voor wie de groep is bedoeld, wat de doelen zijn, welke methode wordt gebruikt en wat er van elke deelnemer wordt verwacht. De groepspsychotherapeut legt daarmee op een concrete manier deze taakorganisatie nog eens hoopgevend en motiverend uit en geeft de groep een vliegende start. Hieronder een voorbeeld van zo'n pitch (de Haas, 2020; de Haas & van Hest, 2019).

Pitch protocollaire schematherapie groep voor cluster-c persoonlijkheidsproblematiek

'Dank voor jullie persoonlijke introductie. Mooi om jullie allemaal even te horen. Voor dat we van start gaan zal ik jullie kort zo

helder mogelijk nog een keer uitleggen wat de bedoeling van deze groepspsychotherapie is, welke methode we gebruiken en wat er daarbij van jullie wordt verwacht.

Jullie doen allemaal aan deze groepspsychotherapie mee omdat je met jezelf in de knoop bent geraakt, bijvoorbeeld omdat je heel negatief over jezelf denkt, of omdat je bang bent om je eigen gevoelens of behoeftes te uiten, of omdat je steeds maar in conflict raakt met de mensen om je heen. Vaak herhalen zich patronen waar je ongelukkig mee bent en omdat dat zo moeilijk is te veranderen, is dat heel naar en kun je daar somber van worden. *(de doelgroep omarmen)*

Wat ik van harte hoop, is dat het jullie aan het eind van de groepspsychotherapie is gelukt om je patronen zo te veranderen dat je meer jezelf kunt zijn, meer om jezelf kunt geven en betere relaties hebt met de mensen om je heen. *(wezenlijke doel van de psychotherapiegroep)*

Om die doelen te realiseren komen we wekelijks twee uur bijeen op de maandagochtend. De groepspsychotherapie is gespreid over twintig bijeenkomsten. De methode waarmee we hier werken noemen we de schematherapiemethode, een bewezen therapeutische methode voor deze klachten. Deze methode is heel helpend om die patronen waar jullie last van hebben te begrijpen en uiteindelijk ook te veranderen. In het voortraject hebben jullie uitleg gehad over belangrijke begrippen waarmee we werken, zoals schema's en modi. In het uitgereikte therapieboek kunnen jullie lezen hoe de methode in detail werkt. *(therapeutische methode en werkwijze)*

Bij deze groepspsychotherapie hebben wij jullie actieve inzet nodig. Alle twintig bijeenkomsten hebben een onderwerp. In de uitge-

reikte folder hebben jullie de onderwerpen zien staan. Voorafgaand aan elke bijeenkomst vragen we jullie uit het therapieboek bepaalde onderwerpen te lezen en bepaalde filmpjes te bekijken, waar we tijdens de bijeenkomst op terugkomen. Vervolgens doen we diverse oefeningen, en na een korte pauze ronden we de bijeenkomst af met discussie, het uitwisselen van ervaringen en het geven van adviezen en tips aan elkaar. Zoals jullie zullen begrijpen is het de bedoeling om over jezelf te vertellen, maar ook om te luisteren en te reageren op de inbreng van de anderen; in groepspsychotherapie is het leren van elkaar extra belangrijk. *(de taak)* Zo'n groep gaat niet zonder een aantal spelregels. Die spelregels zijn in de eerste plaats bedoeld om het hier veilig en vertrouwd te maken zodat jullie actief gaan deelnemen. Een belangrijke spelregel is vertrouwelijkheid. We spreken met elkaar af dat we buiten de groep nooit over de andere deelnemers spreken. Een andere belangrijke spelregel is de aanwezigheid. Omdat we elkaar nodig hebben voor de groepspsychotherapie spreken we met elkaar af er telkens te zijn. Tot slot is er nog de spelregel 'de groep als werkplaats'. Hierbij spreken we met elkaar af dat we elkaar in de groep ontmoeten en niet daarbuiten. En mocht er iets zijn waar je ontevreden of ongelukkig over voelt, dan is het de bedoeling dat hier te bespreken.

(de groepsregels)

Kunnen jullie daarachter staan, kunnen we dit met elkaar afspreken? *(het contract)*'

Interactie

Zodra een groep bijeenkomt ontstaat er interactie (Leary, 1957). Dat gebeurt gewoon, niet alleen vanwege de functionele samenwerking, maar ook vanwege de behoefte van

de deelnemers: men wil elkaar leren kennen. Daar kan elke groepspsychotherapeut gebruik van maken. Groepspsychotherapie werkt anders dan individuele psychotherapie. In de groepspsychotherapeutische werkwijze leren groepsleden vooral in de interactie met elkaar (Yalom & Leszcz, 2020). Denk aan de helpende steun van de herkenning van elkaars angstklachten, of aan leerzame feedback over het gedrag van een groepslid in een bepaalde gemoedstoestand of modus, of aan de spontane interactieve associaties die zo vruchtbaar voor het therapeutische leerproces in de groep kunnen zijn.

De groepspsychotherapeut kan de beginnende interactie op een natuurlijke manier bevorderen. Cliënten brengen vaak angstige verwachtingen mee die in het begin van een groep de interactie kunnen remmen. Naast de uitleg over de noodzaak van interactie in een psychotherapiegroep kan de groepspsychotherapeut de interactie heel direct bevorderen met gesprekstechnieken als verbinden en verbreden. En tot slot helpt het als de groepspsychotherapeut het goede voorbeeld geeft door zelf transparant te zijn en gemakkelijk contact te leggen.

Een psychotherapiegroep die heeft geleerd om vrij te interacteren zal gemakkelijker productief zijn dan die waarin dat niet het geval is. Maar niet overal is evenveel interactie nodig. Het verschilt per psychotherapiegroep hoeveel interactie in het algemeen gepast is. In een Vers-training (emotieregulatie-groepspsychotherapie voor cliënten met borderline-problematiek) is bescheiden interactie passend omdat deze cliënten bij te veel of te intensieve interactie gemakkelijk met elkaar kunnen vervloeien. Daartegenover is bij een AFT-groepspsychotherapie voor mensen met neurotische geremdheid

juist veel interactie passend om de noodzakelijke ruimte voor de ervaring en expressie mogelijk te maken. Het is goed dat de groepspsychotherapeut daar vooraf bij de taakorganisatie alvast rekening mee houdt, en dat hij tijdens de groepspsychotherapie de interactie passend kan doseren.

Leren van elkaar

In een CGT-psychotherapiegroep is de inbreng van elke cliënt van een G-schema naar aanleiding van een ervaring in de eigen thuissituatie een belangrijke taak. Iedere deelnemer maakt thuis een eigen G-schema en brengt dat in bij de eerste ronde van de groepspsychotherapie. Iedereen vertelt kort waar het G-schema deze keer over gaat, en hoe hij of zij de situatie heeft ervaren, en wat hij/zij heeft gedaan. Er is kort ruimte voor reacties van de andere groepsleden. Meer interactie is de bedoeling in de fase daarna, waarin om de beurt twee deelnemers uitgebreid hun G-schema bespreken en analyseren. Andere groepsleden worden daarbij uitgenodigd hardop mee te denken, bijvoorbeeld bij het formuleren van alternatieve helpende gedachten, en elkaar te steunen en te stimuleren nieuw gedrag uit te proberen.

Groepscohesie

Onder groepscohesie verstaan we het gehechtheids-netwerk tussen de groepsleden, en de positieve beleving daarvan bij de groepsleden (Bollen & Hoyle, 1990; Rom & Mikulincer, 2003). Voor een psychotherapiegroep heeft groepscohesie een dubbele functie; het is een voorwaarde voor het goed functioneren van de groep én het is een therapeutische factor van zichzelf. Cohesie is een wezenlijke voorwaarde voor

het functioneren van elke groep (Thye e.a., 2014; Rom & Mikulincer, 2003). Het is een universeel gegeven dat mensen pas goed met elkaar kunnen samenwerken nadat er voldoende vertrouwen en onderlinge aanvaarding in de relatie is ontstaan. Dit geldt voor partners, dokter en patiënt, leraar en leerling en dus ook voor cliënten van een psychotherapiegroep. In de individuele psychotherapie heeft de vertrouwensrelatie tussen therapeut en cliënt die voorwaardelijke functie gekregen (Hafkenscheid, 2015). Groepscohesie heeft een daarmee vergelijkbare functie in groepen (Yalom & Leszcz, 2020). De hechting van de groepscohesie zorgt voor het noodzakelijke vertrouwen, waardoor groepsleden het aandurven zich te laten zien, hun wensen naar voren te brengen, initiatief te nemen en hun nek uit te steken. Kortom, ze durven met elkaar samen te werken.

Het ontstaansmoment van cohesie

Bij een doorlopende CGT-themagroep voor vrouwen met seksueel-geweldervaringen treden tegelijkertijd twee nieuwe deelnemers toe. In de eerste zitting negeert de groep de nieuwkomers grotendeels, maar in de tweede zitting vragen ze beide deelnemers vriendelijk naar hun motieven om mee te doen. Nieuwkomer Joy toont snel openheid over haar leven en wordt daardoor positief beloond en opgenomen. Maar nieuwkomer Brenda is meer gesloten en geeft aan eerst de kat uit de boom te willen kijken. In de derde en vierde zitting laten de groepsleden haar met rust, maar in de vijfde zitting nodigen ze haar opnieuw uit te vertellen hoe zij de groep ervaart. Ze leggen haar uit dat het in de groep niet gaat om verregaande openheid over de nare ervaringen,

maar vooral om eerlijk te zijn tegenover elkaar in het hier en nu. Brenda vertelt vervolgens hoe spannend zij deelname aan de groep vindt en dat zij groepen altijd zo eng vindt. Deze openheid wordt verwelkomd en beloond en er ontstaat een gevoel van opluchting in de hele groep. Iedereen heeft het gevoel dat na Joy ook Brenda er nu bij hoort.

Groepspsychotherapeuten vergeten soms hoe spannend psychotherapiegroepen zijn, en dat cohesie allesbehalve vanzelfsprekend is

De voorwaardelijke functie van cohesie is extra belangrijk voor groepspsychotherapie. De taak van een psychotherapiegroep, waarin deelnemers per definitie kwetsbare persoonlijke zaken delen, vraagt om een hoge mate van cohesieve veiligheid en acceptatie. Hoewel voor de hand liggend, vergeten groepspsychotherapeuten in de routine soms hoe spannend psychotherapiegroepen zijn, en dat cohesie allesbehalve vanzelfsprekend is. Daarom is het zo belangrijk om de voorwaarden voor het ontstaan van cohesie optimaal te maken. Die omstandigheden kan de groepspsychotherapeut voor een belangrijk deel zelf scheppen. Als de psychotherapiegroep goed georganiseerd en geleid wordt, met een concrete en passende taakorganisatie, een juiste selectie en samenstelling, voldoende nabijheid (voldoende bijeenkomsten met niet te veel ertussen), dan ontstaat groepscohesie min of meer vanzelf. Ervaren groepspsychothera-

peuten weten dit, en zullen toch telkens weer verrast zijn als ze het meemaken. Op een gegeven moment voel je als groepspsychotherapeut dat de veilige plek ontstaat en zie je hoe groepsleden zich kwetsbaar opstellen, hun angst en afweer wat durven loslaten, meer uitdaging en confrontatie tolereren, spontaan contact maken, en eerlijk reageren op elkaar. Naast een goede organisatie van deze contextuele taakaspecten kan de groepspsychotherapeut het groei-proces van de cohesie bevorderen met zijn op aanvaarding en inclusie gerichte houding, en door de groepsleden het belang van cohesie uit te leggen.

Groepscohesie is ook een therapeutische factor. Van oudsher is er in het domein van de groepspsychotherapie veel aandacht voor het belang van cohesie voor therapeutische uitkomsten. In een meta-analyse laten Burlingame en collega's (2018) een betrouwbare matige correlatie zien tussen cohesie en therapieresultaat in alle soorten groepspsychotherapie. Deze onderzoekers keken ook naar het effect van expliciete aandacht voor groepscohesie. Ze ontdekten dat in psychotherapiegroepen waar de therapeut expliciet interactie en cohesie bevorderde, de relatie tussen cohesie en uitkomst significant sterker was dan in de groepen zonder die specifieke aandacht (Burlingame & Strauss, 2021). Dat maakt groepscohesie een therapeutische factor op zich, iets dat al eerder werd genoemd door groepspsychotherapie-auteurs als Yalom en Leszcz (Leszcz & Malat, 2015; Yalom & Leszcz, 2020). Ze beschrijven hoe groepscohesie van therapeutische waarde is, vooral voor leden met een laag zelfbeeld. Hun overtuiging om niet-geaccepteerd te worden is zo sterk dat ze niet kunnen geloven dat ze geaccepteerd

worden. Het ervaren van onmiskenbare acceptatie is voor zo'n cliënt een moment van 'gezonde verwarring'. Yalom en Leszcz (2020) spreken van een correctionele emotionele ervaring, duidelijke helpende nieuwe informatie die kan bijdragen aan therapeutische groei.

Cohesie als therapeutische factor

In een van de bijeenkomsten van een Interpersoonlijke-psychotherapiegroep voor persoonlijkheidsproblematiek haalde Alicia boos uit naar Karel: 'Ik ben je zat Karel, met je zogenaamde grappen, die geen grappen zijn omdat er altijd kritiek in zit, zoals je tegen Marjorie zei 'in deze jurk zie je eruit alsof je zwanger bent Marjorie'. Dat is helemaal niet grappig, het is agressief! Wees dus eerlijk en zeg je dingen open en direct als je iemand of iets niet leuk vindt.'

De hele groep was verrast. Alicia was de meest vriendelijke persoon van de groep, niemand dacht er ooit aan dat zij boos kon worden. En natuurlijk was ook Alicia zelf verrast, zelfs geschokt. Ze zat in haar stoel, gebogen en met haar handen voor haar gezicht. Alicia: 'Het spijt me Karel van wat ik zei, ik moet gek zijn geworden... ik schaam me zo... het spijt me mensen. Dit is niet wie ik ben, het zal niet meer gebeuren.'

Groepspsychotherapeut: 'Ik zie hoe geschrokken je bent Alicia over je spontane reactie op Karel, maar laten we eens kijken hoe de anderen het ervaren?'

Jasper: 'Het is oké Alicia, ik vind dat je je kracht laat zien, en dat voelt goed, iedereen heeft boze gevoelens, dat is normaal, het maakt je completer.'

Charlene: 'Ik ben het helemaal eens met wat je tegen Karel zei, ik denk dat het sterk was en

helemaal niet slecht, je bent zo'n lief persoon Alicia, maar misschien wel te lief, dit maakt je menselijker.'

Groepspsychotherapeut: 'Hoe is dat voor jou om te horen?'

Alicia: 'Het is... het is zo verwarrend, ik denk dat ik een agressief monster ben, maar ik hoor Charlene en Jasper zeggen dat het oké was, het maakt me zo in de war, maar misschien is er ook een opluchting, een opluchting dat ik voor mezelf mag opkomen. (huilt).'

Karel: 'Verontschuldig je niet naar mij Alicia, ik ben degene die zich moet verontschuldigen, want ik denk dat je gelijk had met je eerlijke reactie. Misschien vreemd voor jou, en zelfs vreemd voor mezelf, maar je reactie was oké voor mij, zelfs goed. Het voelde als een limiet, en veilige grenzen is wat ik mijn hele leven heb gemist.' Alicia: 'Dank je wel Karel, ik voel me verward en opgelucht.'

Groepsontwikkeling

Groepen zijn natuurlijke systemen, die zich altijd ontwikkelen (Durkin, 1981). Iedereen die een groep van enige duur meemaakt kent dat. Omgangsvormen en relaties staan nooit stil maar veranderen. Groepsleden die we eerst aardig vonden worden minder interessant. Onderwerpen die in het begin belangrijk zijn, raken op de achtergrond en worden vervangen door nieuwe thema's. Tegelijkertijd ervaren we in zo'n groep ook het tegenovergestelde, namelijk dat er in de loop der tijd gewoontes en structuren ontstaan. Waar we mee te maken hebben is de ontwikkeling van de groep, of kortgezegd de groepsontwikkeling.

Traditioneel is er in de groepsdynamica veel onderzoek gedaan naar groepsontwikkeling. Auteurs zochten naar een herkenbaar wetmatig verloop van die groepsontwikkeling en

Fase 1	Crisis 1	Fase 2	Crisis 2	Fase 3	Crisis 3	Fase 4
Parallel- fase	Authoriteits- crisis	Opnemings- fase	Intimiteits- crisis	Wederkerigheids- fase	Scheidings- crisis	Beëindigings- fase

Schema 4: Groepsontwikkeling volgens Levine (1979) (de Haas, 2020).

daaruit ontstonden diverse fasetheorieën. Voor een uitgebreider overzicht daarvan verwijst ik naar Hoofdstuk 8 'Groepsontwikkeling' in *Groepsbehandeling en teambegeleiding in de zorg* (de Haas, 2020).

In de groepspsychotherapie is een veel gebruikt model dat van Levine (1979). Zijn model kent vier ontwikkelingsfasen, onderbroken door drie ontregelende ontwikkelingscrises. In schema 4 staat een overzicht van Levine's ontwikkelingsmodel.

In hoofdstuk drie van het *Leerboek Groepspsychotherapie* beschrijf ik Levine's model als volgt:

'Levine ziet veel overeenkomsten met de individuele menselijke ontwikkeling. In het begin is een groep nog ongedifferentieerd en fluïde, waarna vervolgens meer identiteit en structuur ontstaan. En net als bij de individuele mens ontwikkelen groepen zich stapsgewijs in stadia of fasen. Levine spreekt van de parallelfase, de opnemingsfase, de wederkerigheidsfase en de beëindigingsfase. Deze namen duiden op het onderscheid in intensiteit en richting van de interacties tussen alle deelnemers in de groep. In de parallelfase is er vooral sprake van contact tussen elk groepslid apart en de groepspsychotherapeut, die nog een centrale positie inneemt. De opnemingsfase wordt gekenmerkt door meer contact en nabijheid tussen de groeps-

leden onderling, maar dan in subgroepen. In de wederkerigheidsfase is er contact en nabijheid tussen alle groepsleden en heeft de groepspsychotherapeut een meer perifere positie gekregen. De eindfase is de fase waarin de contacten weer losser worden en afscheid van elkaar wordt genomen. 'Niet alleen de interactie tussen de groepsleden verandert tijdens de groepsontwikkeling van karakter, dat geldt ook voor de groepsdynamische fenomenen die hierboven werden beschreven. Het begin van een groep wordt gekenmerkt door voorzichtige verkenning van elkaar en deze toenadering zorgt ervoor dat de deelnemers zich aan elkaar en aan de groep gaan hechten waardoor geleidelijk een relationeel cohesief netwerk ontstaat. Is de interactie in het begin nog geremd en voorzichtig, later ontstaat er meer open en vrije interactie. Hetzelfde geldt voor normen en rollen. In het begin zijn die nog niet zo duidelijk zichtbaar, maar gaandeweg kristalliseren normen en rollen zich uit tot herkenbare structuren van de groep. 'Levine beschrijft ook drie cyclische ontwikkelingscrises, gekoppeld aan drie wezenlijke menselijke thema's: autoriteit, intimiteit en separatie. Deze onderwerpen komen in elke psychotherapiegroep regelmatig aan de orde en verdiepen zich gedurende de tijd. In een nieuwe groep faciliteren deze crises de overgang van de ene naar de andere fase. Aan

het eind van de parallelfase ontstaat er in de groep de behoefte zich autonoom te gedragen ten opzichte van de autoriteit, wat leidt tot de autoriteitscrisis en de overgang naar de opnemingsfase. Aan het eind van die fase staat het thema nabijheid centraal, wat leidt tot de intimiteitscrisis. Die faciliteert de overgang naar de wederkerigheidsfase. Als de groep zich bewust wordt van de afronding van de groepspsychotherapie ontstaat de scheidingscrisis, die de overgang vergemakkelijkt naar de eindfase.'

*Net als ons individuele leven
vertoont een groep
een ontwikkelingsboog
met een eindfase*

Net als de andere groepsdynamische fenomenen verloopt groepsontwikkeling onder gunstige omstandigheden vanzelf. Toch kan een groepspsychotherapeut die ontwikkeling wel meehelpen, en dan vooral aan het begin en aan het eind van een groep. In een beginnende groep overheerst nog veel onzekerheid en onduidelijkheid bij de groepsleden, het helpt als de groepspsychotherapeut beseft dat dit niet met de individuele psychopathologie te maken heeft maar een typisch collectief ontwikkelingsverschijnsel van de groep is. Door in die beginfase meer structuur en duidelijkheid te bieden zal de groepspsychotherapeut de ontwikkeling faciliteren. En dat is belangrijk, want natuurlijk leren de groepsleden van de ontwikkeling zelf, maar het meest productief is een psychotherapiegroep na die beginfase, als er

voldoende cohesie, duidelijkheid en veiligheid zijn ontstaan voor het dieper gaande individuele en relationele therapeutische werk.

Net als ons individuele leven vertoont een groep een ontwikkelingsboog met een eindfase. Die eindfase is bij een psychotherapiegroep belangrijk vanwege belangrijke therapeutische leermogelijkheden. In het *Leerboek Groepspsychotherapie* wordt dat als volgt beschreven:

'Beëindiging van de taak en van de relaties komen onvermijdelijk een keer aan de orde. In een gesloten groep (een groep met een vaste samenstelling en vaststaand aantal zittingen) is dat collectief aan de orde, in een open groep stopt elk groepslid individueel. In beide gevallen wordt de groep geconfronteerd met beëindigingsprocessen. Beëindiging is de laatste fase van de groepsontwikkeling waarin een omgekeerd proces plaatsvindt van dat aan het begin. Het gaat natuurlijk om het evalueren van de doelen, en wat is bereikt, maar als we kijken naar de processen gaat het vooral om thema's als loslaten, onthechten, begrenzen, en goed afscheid kunnen nemen. Net als de beginfase met de fenomenen hechting en cohesie, brengt deze eindfase ook veel therapeutische mogelijkheden mee. Afscheid maakt groepsleden ervan bewust in hoeverre ze zich hebben gehecht, dat de psychotherapiegroep, net als het leven zelf geen perfecte resultaten laat zien, en dat allerlei gevoelens als verdriet, angst en boosheid erbij horen, maar hanteerbaar kunnen zijn (Daemen & van Paassen, 2019).'

Groepsnormen

Groepsontwikkeling laat niet alleen beweging en verandering zien, maar ook structurering en voorspelbaarheid. Alle groepsdy-

namische structuren worden herkenbaarder en voorspelbaarder als een groep langer bestaat. De interactie verloopt duidelijker in patronen, de groepscohesie wordt sterker (of blijft steken, dat kan natuurlijk ook), en twee groepsdynamische verschijnselen springen extra in het oog, de zogeheten structuuronderwerpen: groepsnormen, en groepsrollen.

Groepsnormen zijn structuren op groepsniveau. Het zijn de gemeenschappelijke opvattingen over wat voor alle deelnemers passend is en wat niet (Festinger, 1950). Normen gaan niet alleen over wat gepast gedrag is, maar ook over de visie op de werkelijkheid, over welke meningen en gevoelens gepast zijn. Groepsleden gebruiken daarbij elkaar en de groep als toetssteen. Bijvoorbeeld: 'Ik voel me soms heel boos op mijn vriendin, terwijl ik heel veel om haar geef. Is dat nou gek of hebben jullie dat ook weleens?' Elke groep ontwikkelt zo'n groepsstandaard. Ook weer een erfenis van de evolutie die ervoor heeft gezorgd dat groepen altijd, dankzij informele afspraken, efficiency en functionaliteit ondersteunen. In een psychotherapiegroep bevorderen normen de uitvoering van de groepstaak. Ze helpen bij het interpreteren van de realiteit en zijn belangrijk voor het in stand houden van de groep. Denk aan een psychotherapiegroep waarin twee mensen herhaaldelijk te laat komen. Dat is al snel heel storend voor de therapeutische taak van de groep. Dan is het handig indien 'op tijd komen' niet alleen een regel is van de groepspsychotherapeut, maar ook een norm is geworden van de groep zelf. Het zal in dat geval niet lang duren voordat de laatkomers door de rest van de groep worden aangesproken en meestal past men zich onder die sociale druk wel aan.

Een storende norm in beweging brengen

In een ACT-psychotherapiegroep voor mensen met onverklaarde lichamelijke klachten zeggen deelnemers vaak af. De redenen variëren: de een is verkouden, de ander moet werken of er is een belangrijke familiebijeenkomst. Groepspsychotherapeut Mark maakt zich zorgen omdat er al vijf keer achter elkaar geen volledige groep is geweest. Hij neemt zich voor om deze schadelijke ontwikkeling in de volgende zitting te bespreken en te beïnvloeden.

Ook voor deze zitting hebben zich weer twee mensen afgemeld. Nadat de groep is gestart, neemt Mark het over. 'Samuel, ik moet je onderbreken omdat ik met jullie allemaal iets wil bespreken.' Iedereen kijkt Mark verwachtingsvol aan. 'Het is al eerder besproken, maar mensen zeggen elke keer af en we zijn nu al vijf weken achter elkaar niet meer met een volledige groep.' Mark kijkt om zich heen en laat vragende stilte vallen.

'Ja', zegt Rose beschaamd, 'ik was er vorige week ook niet, maar het viel me wel eerder op dat iedereen wel eens afwezig is geweest. Behalve jij natuurlijk, Mark.'

Kyle gaat verder, kijkt naar Mark en vraagt: 'Vraag je ons waarom dit gebeurt, Mark?' Mark: 'Ja, ik wil dit graag met jullie uitzoeken en veranderen, want dit ondermijnt jullie therapie ernstig. Weet iemand van jullie wat het probleem zou kunnen zijn?'

Rose zegt: 'Het is heel moeilijk voor mij met mijn werk. Ik moet soms overwerken en kan geen nee zeggen.'

Joan reageert scherp: 'Dat vind ik onzin, Rose. Ik vertel mijn werk gewoon dat ik een verplichting heb. Het is niet makkelijk, zelfs niet voor mij, maar je kunt het doen als je het echt wilt.'

Elke groepspsychotherapeut is blij als er *therapeutische* normen ontstaan, die specifiek de methode en taak van een psychotherapiegroep ondersteunen. Welke normen precies nodig zijn, hangt af van de specifieke taak en methode van die psychotherapiegroep, maar er zijn enkele therapeutische normen die essentieel zijn voor elke psychotherapiegroep. In elke psychotherapiegroep wordt van de deelnemers verwacht dat ze problemen, angsten en zorgen presenteren en bespreken, voldoende op elkaar reageren en reflecteren op het leerproces van elke deelnemer, en oog hebben voor ieder individu in de groep (Postmes & Jetten, 2006). Daarom legt elke groepspsychotherapeut zo duidelijk mogelijk uit wat er van elk groepslid als taak wordt verwacht, in de pitch bij de start, of wanneer een nieuwe deelnemer toetreedt. En hopelijk worden die taakverwachtingen de groepsnorm. Maar zoals we weten, is dat niet vanzelfsprekend. Elke groepspsychotherapeut heeft weleens te maken met een groep waarin de leden weinig bijdragen of waarin mensen nauwelijks op elkaar reageren. En die weerstand is begrijpelijk. Psychotherapiegroepen zijn een wereld van verschil als het gaat om persoonlijke openheid. In een individuele therapie is het al een hele prestatie om je 'hart en ziel' bloot te leggen, maar je openstellen en je kwetsbaar opstellen in het gezelschap van zeven of meer mensen die je soms niet eens zo goed kent, is buitengewoon. In therapie, en dus ook in groepspsychotherapie, is dit echter absoluut noodzakelijk. Het openlijk delen van je problemen, angsten en zorgen is een onmisbare taak. En dat is niet alleen ongebruikelijk, maar ook heel spannend. Als kind waren we gewend om ons kwetsbaar op te stellen, maar als

volwassenen hebben we dit afgeleerd. Onder invloed van opvoeding en sociale conventies raken we eraan gewend om ons sociaal en gepast te gedragen. Dit is logisch, want het tonen van kwetsbaarheid, problemen of onvermogen levert soms negatieve resultaten op. Om die redenen worden psychotherapiegroepen in eerste instantie meestal als heel spannend en onveilig tegemoet getreden.

Maar de ervaring leert ons dat het kan. We kennen genoeg veilige en productieve psychotherapiegroepen waar deze buitengewone 'kwetsbaarheidsnormen' bestaan. Deze therapeutische normen slagen alleen als er voldoende samenhang is, vergezeld van vertrouwen en veiligheid, een duidelijke en overtuigende uitleg bij het organiseren en opstarten van de groep, en met een beetje geluk ook bij de samenstelling. Dan kan er een groep ontstaan waarin het delen van persoonlijke gedachten en gevoelens de therapeutische norm is geworden.

Een groep met therapeutische normen

In een MBT-groepspsychotherapie ontstaat een zinvol gesprek over de gevoelens en gedachten van Cindy. Cindy: 'Ik vind het heel moeilijk om te toe te geven, maar ik voel soms jaloezie naar andere mensen, zelfs hier. Ik vind dat een heel slecht gevoel.'

Jonas: 'Op wie ben je hier jaloez, Cindy?'

Cindy: 'Nou sorry, ik schaam me kapot, maar ik ben wel eens jaloez op jou Mandy, omdat jij zo'n leuke relatie hebt, en mij dat niet lukt.'
'Nou, zo gek is dat toch niet Cindy', zegt Jonas. 'Iedereen is toch weleens jaloez, en iedereen wil toch wel een leuke relatie hebben?'

Mandy: 'Ik vind het niet erg hoor Cindy, dat je een beetje jaloez op mij bent, ik snap het wel,

en ik zou jou ook zo'n fijne relatie gunnen.'
Cindy: 'Jeetje, dus jullie vinden het niet gek of gemeen dat ik zulk soort gevoelens heb?'
Rose: 'Nee joh, lijkt me wel gezond, want dat zijn toch normale behoeftes, een relatie hebben, en het is toch sneu als dat niet lukt?'

Rollen ontstaan uit 'dubbele dynamiek': de groep en een groepslid vinden elkaar in een aansluitende gedragsbehoefte

Rollen

Net als groepsnormen ontstaan er ook altijd groepsrollen (Forsyth, 2017). Normen voorspellen het collectieve gedrag, het gedrag waar iedereen zich aan dient te houden. Rollen voorspellen interessant genoeg juist het individuele gedrag. Een rol is een samenhangend geheel van functionele en persoonlijke gedragingen waaraan een individuele deelnemer te herkennen is omdat het gedrag door hem of haar telkens wordt herhaald. Rollen ontstaan uit 'dubbele dynamiek' (de Haas, 2020): de groep en een groepslid vinden elkaar in een aansluitende gedragsbehoefte. De groep heeft bepaald (rol)gedrag nodig en dat wordt ingevuld door een of meer groepsleden die dat gedrag in huis hebben en zich daarmee nuttig kunnen maken. Denk aan een groep waarin behoefte bestaat aan structuur, omdat de gesprekken soms chaotisch verlopen. Dan is het fijn wanneer niet alleen de groepspsychotherapeut ordening aanbrengt, maar er ook een groepslid is dat geregeld helder de boel op een rijtje kan zetten.

Voor de groepstaak is rolgedrag belangrijk in verband met roldifferentiatie (Brusa e.a., 1994). In een psychotherapiegroep is het functioneel als er groepsleden zijn die een steunende rol hebben. Het is ook waardevol als er groepsleden zijn die goed kunnen confronteren of analyseren. Vaak horen die kwaliteiten bij de personen die daarvan een herkenbare rol in de groep maken. Rolgedrag is ook belangrijk vanwege de aandacht voor het individu. Omdat groepspsychotherapie, net als elke psychotherapie, als doel heeft individuen te helpen beter te functioneren, moet iedere groepspsychotherapeut binnen het collectieve van de groep specifiek aandacht hebben voor de individuele ontwikkeling. Dankzij hun individuele oorsprong helpen rollen om die individuele focus scherp te houden. Omdat rolgedrag zo samenhangt met de persoonlijkheid, is het dankbaar materiaal om in de psychotherapiegroep te analyseren en zo het inzicht bij de patiënt in de eigen gedragspatronen te vergroten. Daarom leent groepspsychotherapie zich goed voor de behandeling van een persoonlijkheidsstoornis. In de multidisciplinaire richtlijnen wordt groepspsychotherapie aangewezen als voorkeursbehandeling van persoonlijkheidsstoornissen (Trimbos-instituut, 2008). Negatief rolgedrag zien we ook regelmatig in een psychotherapiegroep. Denk aan de rol van een invloedrijke informele taakleider, die heel andere dingen voorstelt dan de groepspsychotherapeut wil, bijvoorbeeld om niet over gevoelens te praten, of denk aan de rol van zondebok bij het groepslid die de agressie krijgt te verduren die eigenlijk voor de groepspsychotherapeut is bestemd. Vaak speelt ook dan dubbele dynamiek. De groepspsychotherapeut moet niet alleen het

individuele rolgedrag bespreekbaar maken, maar ook het vaak minder zichtbare aandeel waarmee de groep het gefixeerde rolgedrag ondersteunt.

Rolgedrag als aangrijpingspunt

Rollen maken een groep levendig. We zien de mensen, de karakters, en op de 'bühne' van de groep kan tussen die karakters soms een heel theater ontstaan.

Twee referentiekaders vruchtbaar combineren en integreren is een van de belangrijkste leiderschapstaken van de groepspsychotherapeut

In een van mijn Interpersoonlijke-psychotherapiegroepen voor persoonlijkheidsstoornissen zat een man van middelbare leeftijd, François. Bij zijn entree kwam hij op iedereen meteen sympathiek over. Al snel kreeg hij een duidelijke rol in de groep, misschien het best aangeduid met 'de charmeur'. Hij gedroeg zich heel innemend, zeker tegenover de vrouwen in de groep. Hij hield de deur voor hen open en was voor iedereen altijd belangstellend. Omdat François zo vriendelijk en behagend was, groeide de sympathie voor hem en werd zijn rol steeds sterker. Hij ging de groep domineren en ging veel ruimte innemen door zijn belangstellende vragen en de reacties daarop. In de groep zat ook een tegenpool van François. Durk, een stugge garagehouder, begon zich in toenemende mate aan François

te ergeren. Een confrontatie kon op den duur niet uitblijven. Het was Durk die François op een zeker moment flink confronteerde met zijn gemaniëerde showgedrag. Dat hing hem mijlenver de keel uit. François was compleet van zijn stuk, niet gewend aan tegenspel in deze groep. Nadat hij de confrontatie had verwerkt, kon hij met behulp van de groep en mij zijn gedrag beter onder ogen zien. Hij bleef innemend, maar kon ook de somberheid die daaronder zat weggestopt tonen en bespreken. Zijn overdreven rolgedrag nam in de loop der tijd af, omdat dat als verhulling niet meer nodig was.

Leiding geven aan een psychotherapiegroep
Een groepspsychotherapeut is ook altijd een groepsleider. Elke groepspsychotherapeut heeft de competentie van goed groepsleiderschap nodig om de groep te organiseren, te leiden en te sturen, op momenten dat de groepsdynamiek meewerkt, en juist ook op momenten dat de groepsprocessen de taak tegenwerken. Leiderschap betekent invloed krijgen en gebruiken om de psychotherapiegroep in de juiste (taak)richting te sturen. De groepspsychotherapeut dankt zijn invloed aan zijn professionele expertise, zijn deskundigheid op het gebied van de therapeutische methode in combinatie met zijn deskundigheid op het gebied van groepen. En bij dat laatste aspect hoort ook zijn deskundigheid in het hanteren van interacties en groepsprocessen. Als hij deze expertise goed gebruikt zullen de groepsleden hem vertrouwen en met hem samenwerken. Twee referentiekaders vruchtbaar combineren en integreren is een van de belangrijkste leiderschapstaken van elke groepspsychotherapeut. Aalders en Krijnen (2019) maken duidelijk dat er aanwijzingen zijn dat goede

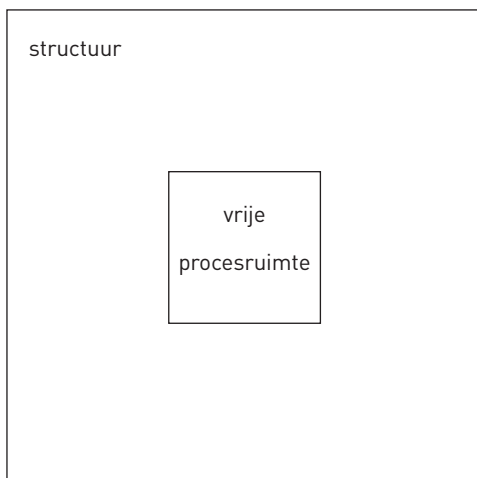
hantering van de groepsdynamiek de resultaten van een groepspsychotherapie bevorderen, maar dat nog meer onderzoek en praktijkervaring gewenst zijn hoe dat het beste in detail kan worden uitgevoerd. Hieronder mijn eigen ideeën daarover (zie ook de Haas, 2020).

Elke groepspsychotherapeut moet voldoende ruimte houden voor die spontane groepsdynamiek, al is dat soms maar beperkt. Zonder ruimte voor groepsdynamiek kan groepspsychotherapie echter nooit. Groepsleden willen nou eenmaal contact maken, interacteren en elkaar aanvoelen als ze in een groep bij elkaar zijn gezet. En, zoals hierboven uitgelegd, kan die groepsdynamiek vaak heel functioneel worden ingezet. Dat begint al bij de organisatie van een psychotherapiegroep. Het helpt om vooraf bij de opzet al rekening te houden met de hoeveelheid groepsdynamiek, de hoeveelheid spontane interactie die passend is bij de doelgroep, het therapeutische doel en de werkwijze. Elke groepspsy-

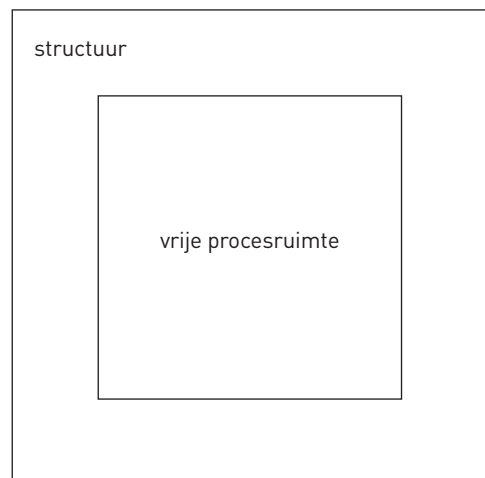
chotherapie kent een optimale verhouding tussen die twee. Sommige doelgroepen zijn niet gebaat bij al te veel dynamiek, en sommige therapeutische methodes zijn uit zichzelf al heel protocollair en gestructureerd. Een CGT-groepspsychotherapie voor patiënten met agorafobie heeft een andere intensiteit aan dynamiek en interactie nodig dan een MBT-psychotherapiegroep voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

In figuur 1 ziet u twee soorten groepspsychotherapie gesymboliseerd. Deze figuur wordt ook wel het 'zwembad' genoemd (de Haas, 2020), als metafoor voor de verhouding tussen de mate van taakstructuur (de stevige badrand) en de mate van vrij proces (het vrije zwemwater). De linker figuur geeft een vorm van groepspsychotherapie weer met in het algemeen veel taakstructuur en weinig vrije procesruimte. Bij de rechterfiguur is dat tegenovergesteld: een vorm van groepspsychotherapie met een bescheiden taakstructuur en veel vrije procesruimte. Hierbij kunt

A: groep met veel taakstructuur



B: groep met weinig taakstructuur



Figuur 1: Psychotherapiegroepen met een verschillende balans (de Haas, 2020).

u bijvoorbeeld denken aan psychodynamische groepspsychotherapie waarbij de methode veel ruimte aanbiedt voor groepsprocessen, vrije interactie en individuele psychodynamische processen. Een groepspsychotherapie die past bij de linker figuur is bijvoorbeeld een groepspsychotherapie voor mensen met een psychotische kwetsbaarheid, waarin de methode meer structuur bezit en de vrije procesruimte begrensd is vanwege de kwetsbare ik-structuur van de groepsleden.

Overigens kan die combinatie van taakstructuur en open procesruimte voor eenzelfde vorm van groepspsychotherapie verschillend georganiseerd worden. Van bijvoorbeeld de schema-groepspsychotherapie zijn deze varianten bekend:

- sterk geprotocolleerde schema-groepspsychotherapie;
- minder geprotocolleerde schema-groepspsychotherapie met veel procesruimte tussen de oefeningen;
- schema-groepspsychotherapie in twee delen: eerst een protocollair deel, gevolgd door een open groepspsychotherapeutisch deel;
- twee sessies schema-groepspsychotherapie per week, de eerste protocollair, de tweede als een open groeps gesprek.

Ook tijdens de groepsbijeenkomsten is de juiste balans tussen taakstructuur en ruimte voor spontane interactionele processen een belangrijk aandachtspunt voor de groepspsychotherapeut. Dan moet hij vaak per moment en op maat beslissen of de taakstructuur voorop moet staan of dat hij juist kiest voor ruimte voor het spontane proces. De Haas (2020) spreekt van het doseren van

de groepsdynamiek. Soms moet de groepspsychotherapeut tijdens een bijeenkomst actief 'ruimte geven en uitnodigen' als de dynamiek onvoldoende is, en soms juist 'structureren of remmen', als de interactie juist overmatig is. Groepspsychotherapie vraagt (meer nog dan individuele psychotherapie) geregeld snelle keuzes op momenten dat er iets spontaans in de dynamiek gebeurt. Ook daarbij zijn natuurlijk de doelgroep, het therapeutische doel, methode en de werkwijze altijd maatgevend.

Tot slot

Zowel groepspsychotherapie als individuele psychotherapie werken dankzij de combinatie van een therapeutisch referentiekader met een instrumenteel referentiekader. Bij de individuele psychotherapie is dat de therapeutische relatie, bij groepspsychotherapie gaat het om de groep als therapeutisch instrument. Een goede hantering van dat instrument heeft zowel in de individuele als de groepssetting een positief effect op de therapie-uitkomst. Wat betreft de therapeutische relatie is er tegenwoordig weinig twijfel over het belang daarvan en het belang van scholing daarin. Voor de groepspsychotherapie mag dat bewustzijn nog groeien. De bedoeling van dit artikel is om duidelijk te maken dat de competentie om de groep als therapeutisch instrument professioneel te hanteren, veel kan opleveren. Het bijbehorende groepsdynamische referentiekader levert een schat aan nuttige kennis en vaardigheden waarvan elke groepspsychotherapeut en zijn cliënten kunnen profiteren. Bijvoorbeeld op momenten dat de groepsdynamiek complex en negatief uitpakt, maar ook om de groepsdynamiek te gebruiken om

de groepspsychotherapie nog vruchtbaarder te laten werken voor alle cliënten. Daarom is scholing in het groepsinstrument en het

daarbij behorende groepsdynamische referentiekader een verstandige investering voor elke groepspsychotherapeut.

- ¹ Deze tekst is gebaseerd op drie publicaties: Haas, W. de (2020). *Groepsbehandeling en teambegeleiding in de zorg*. Amsterdam: Boom. Koks, R. & Steures, P. (Ed.) (2019). *Praktijkrichtlijnen groepsbehandeling voor de (geestelijke) gezondheidszorg*. Nederlandse Vereniging voor Groepsdynamica en Groepspsychotherapie. Haas, W. de (2022). Groepsprocessen. In: P. Verhagen & A. ter Haar (Ed.), *Leerboek Groepspsychotherapie*. Amsterdam: Boom.
- ² De begrippen groepsdynamiek, groepsproces en groepsdynamisch proces hebben allen dezelfde betekenis.
- ³ Vier focussen: rouw, interpersoonlijk conflict, interpersoonlijke rolverandering, interpersoonlijke sensitiviteit.

Willem de Haas (info@dehaasgroepsdynamica.nl) is klinisch psycholoog, groepstherapeut, supervisor en opleider groepstherapie en heeft een eigen praktijk (dehaasgroepsdynamica.nl) voor supervisie, opleiding, teamcoaching en leertherapie.

Refereren aan:

.....

Haas, W. de (2024). De groep als therapeutisch instrument. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 19(4), p. 11-31.

Literatuur

.....

Aalders, H. & Krijnen, I. (2019). Het combineren van groepsdynamiek en specifieke psychotherapeutische behandelmethoden. In: R. Koks & P. Steures (eds.), *Praktijkrichtlijnen groepsbehandeling voor de (geestelijke) gezondheidszorg* (p. 120-131). Nederlandse Vereniging voor Groepsdynamica en Groepspsychotherapie.

Bales, R.F. (1950). A set of categories for the analysis of small group interaction. *American Sociological Review*, 15(2), p. 257-263.

Boinsky, S. & Garber, P.A. (2006). On the move: how and why animals travel in groups. In: H. Hohmann, (Ed.). *Feeding ecology in apes and other primates*. Cambridge University Press.

Bollen, K.A. & Hoyle, R. (1990). Perceived cohesion: a conceptual and empirical examination. *Social Forces*, 96, p. 479-504.

Boyd R. & Silk, J. (1997). *How humans evolved*. NY, NY: Norton.

Brusa, J.A., Stone, M.H., Beck, A.P., Dugo, J.M. & Peters, L.N. (1994). A sociometric test to identify emergent leader and member roles: phase 1. *American Journal of Group Psychotherapy*, 44(1), p. 249-262.

Burlingame, G., McClendon, D. & Yang, C. (2018). Cohesion in group therapy: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), p. 384-398.

Burlingame & Strauss (2021). Efficacy of small group treatments: Foundation for evidence-based practice. In: M. Barkham, W. Lutz & L.G. Castonguay (eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (p. 583-624). Wiley.

- Daemen, M. & Van Paassen, F. (2019). Beëindiging en afscheid bij groepsbehandeling. In: R. Koks & P. Steures (eds.), *Praktijkrichtlijnen groepsbehandeling voor de (geestelijke) gezondheidszorg* (p. 85-95). Nederlandse Vereniging voor Groepsdynamica en Groepspsychotherapie.
- Dion, K.L. (2000). Group cohesion: From 'field of forces' to multidimensional construct. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 4(1), p. 1-26.
- DSM-V (2014/2020). *American Psychiatric Association*. Amsterdam: Boom.
- Durkin, J. (1981). *Living groups*. Levittown, PA: Brunner/Mazel.
- Festinger, L. (1950). *Social pressures in informal groups*. Stanford University Press.
- Forsyth, D.R. (2017). *Group dynamics (7th Ed)*. Cengage.
- Goudsblom, J. (2000). Overleving en overlevingseenheden in de mensengeschiedenis. *Groepspsychotherapie*, 3, p. 110-124.
- Haas, W. de (2020). *Groepsbehandeling en teambegeleiding in de zorg*. Amsterdam: Boom.
- Haas, W. de & Hest, K. van (2019). De organisatie van een succesvolle behandelgroep. In: R. Koks & P. Steures (Eds.) *Praktijkrichtlijnen groepsbehandeling voor de (geestelijke) gezondheidszorg* (p. 30-38). Nederlandse Vereniging voor Groepsdynamica en Groepspsychotherapie.
- Hafkenscheid, A. (2014). *De therapeutische relatie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Harari, Y.N. (2022). *Sapiens. Een kleine geschiedenis van de mensheid*. Amsterdam: Thomas Rap.
- Koks, R. & Steures, P. (Eds.) (2019). *Praktijkrichtlijnen groepsbehandeling voor de (geestelijke) gezondheidszorg*. Nederlandse Vereniging voor Groepsdynamica en Groepspsychotherapie.
- Thye, S.R., Vincent, A., Lawler, E.J. & Yoon, J. (2014). *Relational cohesion, social commitments, and person-to-group-ties: twenty-five years of a theoretical research program*. Esmerald group.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis*. Ronald Press Company.
- Leszcz, M. & Malat, J. (2015). The interpersonal model of group psychotherapy. In: J.L. Kleinberg (ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of group psychotherapy* (p. 33-36). Wiley.
- Levine, B. (1982). *Groepspsychotherapie. Praktijk en ontwikkeling*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lewin, K. (1951/1997). *Field theory in social science*. APA.
- Nijstad, B.A. (2009). *Group Performance*. Psychology Press.
- Postmes, T. & Jetten, J. (2006). *Individuality and the Group*. Sage.
- Rom, E. & Mikulincer M. (2003). Attachment theory and group processes: The association between attachment style and group related representations, goals memories and functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(6), p. 1220-1235.
- Snippe, D. (2009). *IPT in een ambulante groep*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Trimbos Instituut (2008). *Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*.
- Verhagen, P. & Haar, A. ter (red.) (2022). *Leerboek Groepspsychotherapie*. Amsterdam: Boom/de Tijdstroom.
- Yalom, I.D. & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy*. NY, NY: Basic Books.
-

Recente ontwikkelingen in groepspsychotherapie en een blik op de toekomst

In deze bijdrage wordt de recente geschiedenis van de Nederlandse groepspsychotherapie belicht aan de hand van drie gebeurtenissen: de publicatie van de *Praktijkrichtlijnen voor groepsbehandeling* (2019) en van het nieuwe *Leerboek Groepspsychotherapie* (2022) en het besluit van het NVGP-bestuur in 2023 om het interpersoonlijk referentiekader vast te stellen naast het in 2004 vastgestelde referentiekader van de groepsdynamica. Deze gebeurtenissen staan niet op zichzelf en tonen aan dat er een verdere theoretische en klinisch praktische regulering heeft plaatsgevonden, die de taakgerichtheid van de groepsbehandelaren en de NVGP als specialistische psychotherapeutische beroepsvereniging in termen van ‘accountability’ ten goede komt.

Door Piet Verhagen en Arnout ter Haar

De onvolprezen Tom Berk (1932-2015), auteur van opeenvolgende leerboeken voor groepspsychotherapie, paste het ontwikkelingsmodel voor kleine groepen van Bruce W. Tuckman (1938-2016)¹ toe als hulpmiddel om de ontwikkelingsgeschiedenis van groepspsychotherapie te ordenen en te duiden (ter Haar & Verhagen, 2023). In zijn *Een geschiedenis van de groepspsychotherapie* (Berk, 1997, p. 18) zet hij het ietwat luchtig, bescheiden neer: ‘ter wille van de leesbaarheid’ koos hij de fasetermen van Tuckman als namen voor de periodeaanduidingen. ‘Het leek me aardig om die termen in die zin voor de geschiedenis van de groepspsychotherapie te gebruiken’ (Berk, 1997, p. 2). Het is veel meer dan een aardigheidje. Het is werkelijk een vondst. Doorgaans wordt de geschiedenis van de groepspsychotherapie opgehangen aan ontwikkelingen die een bepaald tijdvak typeren (Barlow, e.a., 2000; Koks, 2018). Met de termen ontleend aan Tuckman geeft Berk een zekere uitdrukking aan hoe het er in die periode aan toeging qua ontwikkeling van de taak – in dit geval de ontwikkeling/bevordering van de groepspsychotherapie – en hoe (groepen van) personen – groepspsychotherapeuten, onderzoekers – (internationaal) interacteerden.

We hebben vooralsnog niet kunnen traceren of anderen dit procedé hebben toegepast op de geschiedenis van de groepspsychotherapie. Een onzer (PV) heeft onlangs het idee van Berk gebruikt om de geschiedenis van de ontwikkeling van het domein psychiatrie en religie te beschrijven, vanaf 1980 tot heden; een zeer bruikbaar idee (Verhagen & Hegger, 2024).

Het is ditzelfde idee dat we in deze bijdrage als lens willen gebruiken om naar de recente ontwikkeling in de groepspsychotherapie te kijken, met name wat betreft die ontwikkeling in Nederland. Berk duidde de nieuwste geschiedenis, die hij liet ingaan in de eerste helft van de jaren zeventig (1974-1994), met de term 'performing', die hij kortheidshalve aanduidde als de werkfase van de groep: 'De groep kan nu als een probleemoplossend organisme gaan functioneren' (Berk, 1997, p. 76)². We noemen het hier de fase van de constructieve samenwerking. Daaraan vooraf gaan de fasen 'forming' (voorbereiding, aanloop, uitproberen, de fase van de voorlopers), 'storming' (de groep vormt zich met de nodige spanningen en conflicten, polarisatie) en 'norming' (er ontstaan, mede door een zekere regulering, nieuwe standaarden en een samenhang). Net als in een groepsbehandeling vormen de fasen van Tuckman toegepast op de geschiedenis van de groepspsychotherapie geen vaste chronologie, maar valt er een voortgang naar volgende fasen te onderkennen met tijdelijke terugkeer naar eerdere fasen. Wij kijken in deze bijdrage of en hoe in die voortgaande fase van 'performing', sinds het laatste kwart van de vorige eeuw, aspecten van eerdere fasen zoals van 'storming' en 'norming' zich wellicht herhaalden met bevordering van 'performing' als (gewenste) uitkomst.

Daarmee kunnen we de te onderzoeken vraag voor deze bijdrage formuleren. Laten de ontwikkelingen in de recente geschiedenis (eerste kwart twintigste eeuw) van de Nederlandse groepspsychotherapie zich verhelderen vanuit het perspectief van het ontwikkelingsmodel van Tuckman, met name in termen van 'performing'? En zo ja, wat maakt dat dan duidelijk? Daarmee hopen we niet alleen een bijdrage te leveren aan het bijhouden van de (recente) geschiedenis van de groepspsychotherapie, maar ook aan de voortgaande reflectie over de praktijk en het onderzoek van de groepspsychotherapie. We zullen eerst aangeven bij welke gebeurtenissen we willen stilstaan om de ontwikkeling te schetsen. Startpunt is de publicatie van de Amerikaanse *Clinical practice guidelines for group psychotherapy* (Bernard e.a., 2008).

Wat deed zich voor?

De publicatie van de Amerikaanse klinische praktijkrichtlijn voor groepspsychotherapie in 2008 was een novum. Dat gegeven verdient aandacht omdat de richtlijn in ieder geval in Nederland onmiddellijk de aandacht trok en na verloop van tijd leidde tot de ontwikkeling van de *Praktijkrichtlijnen voor groepsbehandeling in de (geestelijke) gezondheidszorg*, een initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Groepsdynamica en Groepspsychotherapie (NVGP). Een werkgroep, onder redactie van Koks en Steures, ging in 2017 van start en werkte in tweetallen aan de hoofdstukken. Het eindresultaat werd in 2019 gepubliceerd als een onlinedocument (te vinden op www.groepspsychotherapie.nl/praktijkrichtlijnen). Niet geheel los daarvan deden zich nog twee zaken voor. Eind 2022 werd onder de redactie van de auteurs van

dit artikel het nieuwe *Leerboek Groepspsychotherapie* (Verhagen & ter Haar, 2022) gepubliceerd. Het was inmiddels tijd voor een nieuw leerboek. Het veel gebruikte maar inmiddels wel verouderde leerboek van Berk stamde uit 2005.

Niet los van de ontwikkelingen in de groepspsychotherapiewereld besloot de NVGP in 2023 het interpersoonlijke model van Yalom en Leszcz (2020) als tweede referentiekader vast te stellen, naast het bestaande referentiekader van de groepsdynamica. Ogenscheinlijk lijken het drie op zichzelf staande momenten. Er is echter een duidelijke verwantschap in thematiek en ook qua motieven; kennelijk hing er iets in de lucht. Dat is nu wat we willen laten zien met behulp van het Tuckman-model. Daarbij komende de volgende vragen aan de orde:

1. Wat wordt beoogd met de NVGP Praktijkrichtlijnen voor groepsbehandeling? Wat zijn sterke en minder sterke kanten van de praktijkrichtlijnen? Worden de praktijkrichtlijnen daadwerkelijk geraadpleegd?
2. Het *Leerboek Groepspsychotherapie* (Verhagen & ter Haar, 2022) is enerzijds bedoeld voor het traditionele doel voor opleiding en bij- en nascholing. Anderzijds heeft het ook een missie. Welke missie is dat en hoe past deze in de recente ontwikkelingen van de groepspsychotherapie in Nederland?
3. Het besluit van de NVGP om het interpersoonlijk model van Yalom en Leszcz (2020) als tweede referentiekader naast de groepsdynamica vast te stellen, kwam niet uit de lucht vallen. Volgens het competentieprofiel voor de specialistisch groepstherapeut, wordt deze geacht deskundig te zijn in het hanteren van beide

referentiekaders. Spreken we ondertussen van een dubbel of een drievoudig referentiekader? Wat is dit dubbele referentiekader nu precies?

De Nederlandse Praktijkrichtlijnen voor groepsbehandeling in de (geestelijke) gezondheidszorg

Achtergrond, bedoeling en urgentie

De praktijkrichtlijnen groepsbehandeling beogen een handreiking te bieden aan groepsbehandelaren bij het uitoefenen van hun werk op basis van kennis die beschikbaar is uit wetenschappelijk onderzoek en klinische ervaring (Koks & Steures, 2019). De Nederlandse Praktijkrichtlijnen zijn in belangrijke mate gebaseerd op het werk dat door de American Group Psychotherapy Association (AGPA; Bernard, et al., 2008) verricht is. Daarnaast vormen de opeenvolgende literatuuronderzoeken van Burlingame en anderen (2013) in de edities van *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* en het werk van Burlingame en Jensen (2017) en Karterud (2015) een belangrijke empirisch wetenschappelijke basis. Het onderzoek laat zien dat groeps therapie effectief is, even effectief als individuele therapie, en op de lange termijn ook kosteneffectief.

Kennis van de *evidence based* groepsdynamische processen is de basis van waaruit iedere behandelaar zou moeten vertrekken. Dat een gebrek aan kennis en ervaring over deze groepsdynamica de effectiviteit van groepsbehandeling kan doen verminderen, is een breed gedragen veronderstelling van geschoolde groepstherapeuten, maar is ook een veronderstelling die zich moeilijk laat toetsen. Burlingame (2023) laat zien dat 16%

van de verbetering van de cliënt te verklaren is door het doelbewust inzetten van groep-sinterventies zoals cohesie bevorderende technieken.

Snijders en Berk drukten zich in hun reflectie op de AGPA-richtlijnen ongewoon sterk uit

De AGPA Praktijkrichtlijnen werden in 2007 gepubliceerd. In 2008 stelden Snijders & Berk in een reflectie hierop het volgende: 'Ook de NVGP heeft praktijkrichtlijnen nodig die naar buiten o.a. van belang zijn in het kader van accountability, en die naar binnen o.a. een bundelend karakter voor hun leden hebben. Kreten als 'groepsdynamisch' of 'psychoanalytisch' hebben dan weinig betekenis. Groepstherapeuten vullen er hun eigen model bij in en managers of financiers kunnen er weinig mee.' Snijders en Berk drukten zich ongewoon sterk uit door te stellen dat zij ervan overtuigd waren 'dat de NVGP zinvol gebruik van de praktijkrichtlijnen van de AGPA zou kunnen maken en dat het de praktijk en de ontwikkeling van groepstherapie in Nederland ernstig zal schaden als wij geen algemene praktijkrichtlijnen ontwikkelen die in grote lijnen overeenkomen met die van de AGPA' (Snijders & Berk, 2008, p. 43).

In diezelfde tijd was er in Nederland sprake van een recessie, met bezuinigingen op de gezondheidszorg en een tekort aan hulpverleners, alsmede toenemende invloed vanuit de zorgverzekeraars op de inzet van geld en

middelen. De vraag om bewezen effectiviteit van behandelingen leidde tot zorgstandaards en generieke modules. Intensieve (klinische) behandelingen werden gereduceerd of opgeheven, en patiënten met complexe problematiek werden in toenemende mate behandeld door basispsychologen zonder specifieke training voor deze doelgroep. De ROM, ontworpen als een feedbackinstrument voor patiënt én behandelaar, werd steeds meer een – niet onomstreden – instrument voor benchmarking en financiering. Vanwege al deze ontwikkelingen werd het ook voor de NVGP van belang de evidence based methodieken te integreren in de praktijk van groepsbehandelingen, en groepsbehandeling op een wetenschappelijke basis als uitgangspunt voor de opleiding van groepsbehandelaren te stellen (Koks e.a., 2021). Achteraf getuigt het van groot inzicht van de zijde van Snijders en Berk, aangezien de genoemde trends en druk op de geestelijke gezondheidszorg en op de psychotherapie in het bijzonder onverminderd zijn. Een voorbeeld van die druk zijn de verwickelingen rond groepspsychotherapie en het zorgprestatie-model (Aalders e.a., 2021). Wat betreft de Nederlandse aanpak introduceerden Koks en Steures het project en de taak van de werkgroep in 2017, nadat het bestuur van de NVGP hen daartoe in 2016 verzocht had. Twee jaar later werden de Nederlandse praktijkrichtlijnen voor groepsbehandeling online gepubliceerd, voor iedereen inzichtelijk en toegankelijk, als een levend document dat geregeld een update zou kunnen krijgen (Koks & Steures, 2019). Inhoudelijk werd in grote lijnen het voorbeeld van de AGPA-richtlijnen gevolgd. Verhagen (2020) liet aan de hand van een fictieve casus het gebruik van de praktijk-

richtlijnen in supervisie zien. Dat is gezien het oogmerk van de praktijkrichtlijnen een belangrijke toepassing. In 2021 vergeleken Koks, Steures en Ter Haar in het *International Journal of Group Psychotherapy* de Amerikaanse praktijkrichtlijnen en de Nederlandse praktijkrichtlijnen, waarbij zij pleitten voor verdere samenwerking. Zo werden de hoofdstukken die niet in de Amerikaanse praktijkrichtlijnen voorkomen (over co-therapie en opleiding, over een multidisciplinaire behandelsetting, over destructieve processen en over het combineren van groepsdynamica met een specifieke behandelmethode) in het Engels vertaald zodat deze ook voor de Amerikaanse collegae inzichtelijk zijn. Idealiter zou uiteindelijk ook de input van andere landen kunnen leiden tot een gemeenschappelijk document, de Internationale Praktijkrichtlijnen Groepsbehandeling, toegankelijk voor iedereen, met regelmatige updates. Hoe staat het er inmiddels voor met de praktijkrichtlijnen? Met het oog op dit artikel stuurden de auteurs via het secretariaat van de NVGP een korte enquête (slechts vijf vragen, een zeer geringe tijdsinvestering dus) naar alle leden, om een beeld te krijgen in hoeverre en door wie de praktijkrichtlijnen geraadpleegd worden. Na een eerste mailing was het aantal respondenten zo laag dat er een tweede mailing, speciaal ook gericht aan de opleiders binnen de NVGP, gestuurd werd. In totaal reageerden slechts 39 van de in totaal 550 leden. Dat is jammer genoeg te weinig om conclusies te kunnen trekken. De praktijkrichtlijnen werden door de respondenten overigens wel positief beoordeeld, vooral als theoretisch kader en als ondersteuning voor de praktijk; ten aanzien van handvatten voor probleemsituaties was men iets minder positief, maar nog wel in

voldoende mate. De reden om de praktijkrichtlijnen te raadplegen was vooral om supervisanten te begeleiden of om opleidingen/cursisten te informeren. Dat sluit op zich wel aan bij de insteek van de praktijkrichtlijnen om de *basics* vast te leggen.

Minder sterke kanten

Koks en Steures (2019) benadrukken dat de Nederlandse praktijkrichtlijnen als een levend document gezien moeten worden, waarbij ieder hoofdstuk van tijd tot tijd herzien zal moeten worden omdat nieuwe onderwerpen of onderzoeksresultaten zich kunnen aandienen als de groepstherapievormen verder evolueren. Zo ontbreekt er in de praktijkrichtlijnen een hoofdstuk over het online werken met groepen, zoals ontstaan tijdens de corona-lockdownperiodes, en een hoofdstuk over diversiteit. Burlingame (2023) noemt multiculturele competenties van de groepstherapeut als noodzakelijk, omdat uit onderzoek – veelal individuele therapie betreffend overigens – blijkt dat multiculturele competenties van de therapeut voor de helft de cliënttevredenheid verklaren. Ook de aard van de werkrelatie, de diepte van de therapie sessies, verbetering van de cliënt en vertrouwen hebben in de therapeut zijn gelieerd aan de mate van multicultureel bewustzijn en competentie van de therapeut. Hoewel het prijzenswaardig is de praktijkrichtlijnen als een levend document te betitelen, heeft er vooralsnog geen actualisatie van de AGPA- of de NVGP-praktijkrichtlijnen plaatsgevonden. Dat is niet zo verwonderlijk, omdat het heel veel werk betreft om alle relevante studies over de vele facetten van groepsbehandeling bij te houden en te integreren in de bestaande teksten. Zeker voor een relatief kleine vereniging als de NVGP

vraagt dat vrijwillige inzet van leden die naast hun interesse voor groepsprocessen en therapeutische vaardigheden ook een wetenschappelijke belangstelling hebben en tijd willen investeren om de onderzoeksliteratuur bij te houden.

Het zou meer dan jammer zijn als de huidige Praktijkrichtlijnen groepsbehandeling naar de achtergrond verdwijnen

Het zou meer dan jammer zijn als de huidige *Praktijkrichtlijnen groepsbehandeling* naar de achtergrond verdwijnen en op enig moment gedateerd blijken te zijn. Het vraagt dan ook om een permanente, actieve en doorlopende werkgroep die de praktijkrichtlijnen zo veel mogelijk weet te actualiseren.

'Norming'

Het verschijnen van de praktijkrichtlijnen in navolging van de Amerikaanse tekst is op zich wel bijzonder te noemen. Dat geldt niet zozeer voor de inhoud. Het gaat immers om de basics, om dat wat iedere groepsbehandelaar minimaal zou moeten weten en beheersen. Het bijzondere betreft vooral het feit als zodanig. De GGZ-zorgstandaard psychotherapie werd in 2019 geautoriseerd. Daarin wordt groepspsychotherapie als een eigenstandig verklaringsmodel verwoord. Maar een verdere uitwerking daarvan wordt in die standaard niet gegeven. Met de ontwikkeling van de praktijkrichtlijnen heeft de

NVGP de volwaardige eigenstandigheid van de groepspsychotherapie beschreven en daarmee een statement gemaakt ter versterking van de positie en rol die groepsbehandeling in allerlei vormen in de geestelijke gezondheidszorg speelt. Daarbij ging het niet alleen om verdere professionalisering van 'groepsdoeners' zonder opleiding, maar om duidelijkheid richting management in het klein en in het groot en andere stakeholders, zoals verzekeraars; het nut daarvan leek en bleek niet denkbeeldig, zoals Snijders en Berk in 2008 al voorzegd hadden.

We kunnen het verschijnen van de Amerikaanse *guidelines*, de zorgstandaarden en de NVGP-praktijkrichtlijnen opvatten als uitdrukking van 'norming'. Er vindt om allerlei redenen een zekere regulering plaats die de samenhang – eenheid zou een te sterk woord zijn – moet bevorderen. Anders gezegd: Waar hebben we het over als we het over groepspsychotherapie hebben? Daar mag iedereen natuurlijk wat van vinden, maar iedereen kan niet maar wat doen. Dit is wat de NVGP ermee bedoelt en van professionals verwacht. En het is ook waar groepsbehandelaren op aanspreekbaar zijn. Dat een herhaling van dergelijke regulering zich lopende het ontwikkelingsproces voordoet is niet zo vreemd. Het duurde echter wel lang, aangezien de oproep in 2008 al gedaan werd. Het is speculeren wat daaraan bijgedragen heeft. Mogelijk heeft een rol gespeeld, zoals we nog zullen zien, dat de NVGP recent een ingrijpend veranderingsproces achter de rug had. Dat proces, waarbij zelfs de naam van de vereniging gewijzigd werd, was in 2004 tot een afronding gekomen. Opmerkelijk is nu dat Berk (2008) bij herhaling verklaarde dat dit veel te laat op gang was gekomen en veel te lang had

geduurd vanwege 'rechtlijnigheid' en een 'dogmatische geest'. Dat doet vermoeden dat de weg naar regulering ('norming') gepaard gaat met verschil, al dan niet conflictueus, van inzicht ('storming').

Leerboek Groepspsychotherapie

Het duurde maar liefst zeventien jaar voordat er een nieuw *Leerboek Groepspsychotherapie* verscheen (Verhagen & ter Haar, 2022). De missie was, met erkenning van het meer dan verdienstelijke werk van Berk als het gaat om leerboeken groepspsychotherapie, de groepspsychotherapie geactualiseerd, wetenschappelijk gefundeerd en in volle omvang op de kaart te zetten. Centraal staat dan ook het tweede deel, hoofdstuk 8-13, waarin zes hoofdstukken gewijd worden aan het dubbele referentiekader. Want zo wordt er inmiddels gewerkt! Het gaat erom dat groepsdynamica of het interpersoonlijk model gecombineerd worden met MBT, CGT, schematherapie, dialectische GT, GIT-PD. Echter, ook het Britse groepsanalytische model (hoofdstuk 12) wordt op die wijze gecombineerd, bijvoorbeeld met MBT (Karterud, 2015).

In dit artikel willen we vooral stil staan bij een paar hoofdstukken uit het eerste deel, waarin de wetenschappelijke evidentie aan de orde komt in de hoofdstukken hoe psychotherapie werkt, en hoe onderzoek naar de effectiviteit van groepspsychotherapie kan worden opgezet, en wat de stand van zaken is ten aanzien van de uitkomsten van dergelijk onderzoek. Eigenlijk wordt daarmee ook een uitdaging als aspect van de missie geformuleerd, namelijk om tot innoverend onderzoek naar groepen en hun therapeutische werking te komen.

Verbreiding...

Colijn (2022) neemt empirisch (en soms experimenteel) onderzoek als uitgangspunt: vanuit neurobiologisch onderzoek komt er aandacht voor emoties, vanuit ontwikkelingspsychologisch onderzoek voor gehechtheid en vanuit beide voor trauma. Daarmee brengt hij nadrukkelijk een verbreding (en verdieping) aan als het gaat om de verklaring van veranderings- en werkingsmechanismen in psychotherapie. Daarnaast komt er vanuit het veld van het psychotherapeutisch onderzoek zelf aandacht voor de persoon of competenties van de psychotherapeut en voor de therapeutische relatie. Van de bestaande (oude) theoretische scholen ontstaat zo een verschuiving naar empirisch gefundeerde, schooloverstijgende en transdiagnostische fenomenen die in vergelijkend onderzoek tussen verschillende psychotherapeutische behandelvormen zichtbaar zijn geworden. Zo ontstonden vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw therapievormen die niet exclusief van één verklaringsmodel uitgaan, maar juist proberen elementen uit verschillende verklaringsmodellen en de daarop gebaseerde therapievormen te combineren of te integreren. Voor het doorgronden van de problematiek van een groepslid is kennis over groepsdynamica en groepscohesie nodig, maar evenzeer kennis over de werking van de hersenen inzake de emotieregulatie, over de vorming van gehechtheidsrelaties en hoe vervormingen daarin te bestrijden zijn, of over de rol van psychisch trauma. Daar komt bij dat een competente therapeut die kennis van deze zaken heeft ook in staat is om de therapeutische (groeps) relaties te hanteren en bij te sturen in de richting van verbetering van de groepsleden. Het gaat er dus niet om de oude theoretische

scholen aan de kant te zetten, aldus Colijn, maar om de waardevolle opbrengst aan effectieve behandelmethoden in een bredere, schooloverstijgende en transdiagnostische context op te nemen (Colijn, 2022, 42). Empirisch wetenschappelijk onderzoek zal aan deze ontwikkeling verder bijdragen.

... en verdieping

In zijn hoofdstuk over onderzoek naar groepspsychotherapie concludeert Van der Stel (2022) dat groepspsychotherapie effectief is voor de behandeling van een breed spectrum aan stoornissen en min of meer even effectief is als individuele behandeling.

Er is behoefte aan een innovatieve onderzoeksagenda

Toch is er relatief weinig bekend over de werkzame mechanismen in groepspsychotherapie. In feite is er behoefte aan een innovatieve onderzoeksagenda. Van der Stel stipt een aantal mogelijkheden aan in het doen van onderzoek, maar waarschuwt ook: het in kaart brengen van factoren en het statistisch zoeken naar oorzakelijke verbanden daartussen is slechts een oppervlakkige benadering van wat een werkzaam mechanisme is. Het geeft slechts aan dat een factor aanwezig is, maar dan is nog steeds niet verklaard waardoor specifieke uitkomsten tot stand komen. In zijn boek *Groepspsychotherapie en onderzoek* uit 2005 adviseerde Van der Stel al het volgende: 'Verhoog de aandacht voor theoretisch voorspelde mechanismen die de verandering (procesuitkomst) die in de therapie

optreedt, kunnen verklaren. [...] Richt veel conceptuele en empirische aandacht op de technische en personele aspecten van het leiderschap van de groep. [...] Doe moeite om consensus te vormen over de benodigde essentiële proces- en uitkomstmaten. In de onderzoeksliteratuur worden talloze meetinstrumenten gebruikt om verbetering bij patiënten te meten, en dit hindert de onderlinge vergelijkbaarheid van de studies' (2005, 160).

Een voorbeeld

Van den Heuvel (2022) illustreert de verschillende keuzes en dilemma's die zij als onderzoeker tegenkomt bij het opzetten en uitvoeren van een onderzoeksdesign (G-FORCE) waarbij drie vormen van groepspsychotherapie voor de behandeling van cluster C persoonlijkheidsstoornissen met elkaar vergeleken worden: een specifieke vorm van groepsschematherapie voor cluster C persoonlijkheidsstoornissen (GST-C), schema-gerichte psychodynamische groepstherapie (SFGT) en psychodynamische groepstherapie (PT). G-FORCE is een *pragmatic randomized controlled trial*, wat inhoudt dat interventies in de context van de dagelijkse klinische praktijk worden onderzocht en dat zoveel mogelijk bij de reguliere klinische praktijk wordt aangesloten. Doel is te onderzoeken of de persoonlijkheidsstoornis na behandeling is verminderd.

Het in de steigers zetten van klinisch onderzoek vereist teamwork en kost tijd, aldus Van den Heuvel (2022, p. 97). Er is veel overleg nodig met wetenschappers en managers, en met de medisch-ethische toetsingscommissie, wat een proeve in geduld en uithoudingsvermogen kan zijn, omdat de wens van de onderzoeker om te starten zo afhankelijk wordt van veel mensen en procedures. Toch

is het belangrijk hier de tijd voor te nemen, het zorgvuldig afstemmen van praktische en wetenschappelijke aspecten betaalt zich later terug. In aansluiting op Van der Stel zegt Van den Heuvel dat de werking van algemene factoren (groepscohesie, groeps-klimaat, de werkrelatie met de therapeuten) als een voorwaarde gezien moet worden om tot een effectieve behandeling te kunnen komen, maar dat het nog nauwelijks gelukt is om de werking van theoriespecifieke werkingsmechanismen aan te tonen, omdat gedegen onderzoek hiernaar beperkt is (Van de Heuvel, 2022).

En onderzoek naar groepsdynamica dan?

Het onderzoek van Van den Heuvel is gericht op het effect van groepsbehandelingen bij een specifieke stoornis. Maar hoe zit het nu met het onderzoek naar groepsdynamica? Schruijer (2020) stelt de vraag of er überhaupt nog wel wetenschappelijk onderzoek naar groepsdynamiek bestaat, waarmee ze bedoelt onderzoek naar de emotionele, vaak onbewuste dynamiek op het niveau van de groep-als-geheel. In een steekproef van twaalf internationaal vooraanstaande tijdschriften in het tijdvak juli 2019 – juni 2020 bekeek ze de ongeveer zeshonderd publicaties, waarvan er honderd onderzoek naar groepen rapporteerden. Veertien van deze honderd gingen over bestaande groepen waarbij de analyse op groepsniveau gemaakt werd. Slechts één hiervan kon met enige welwillendheid door Schruijer als groepsdynamisch onderzoek genoemd worden, dus gericht op het emotionele klimaat, maar zonder op zoek te gaan naar de diepere, onbewuste dynamiek. Er waren 39 studies die zeiden groepsdynamisch onderzoek te doen, maar in feite de groep als een

optelsom van de individuele groepsleden beschouwden, en de rest werd gedaan op individueel analyseniveau.

Anders gezegd, het onderzoek naar stoornis-specifieke behandelingen in groepstherapieën zal ongetwijfeld een belangrijke plaats in blijven nemen, maar het onderzoek naar groepsdynamische processen lijkt in de lijn van wat Van der Stel aandroeg een grotere, want complexere, uitdaging. Het laat ook meteen zien dat leerboeken geen afgerond geheel vormen maar een tussenbalans opmaken die zichtbaar maakt wat er is en wat er nog ontbreekt. Dat is van belang voor opleiding en praktijk en wil uitdagen tot een innoverend vervolg.

Het dubbele referentiekader

We merkten hiervoor al op dat de NVGP aan het begin van deze eeuw een tamelijk ingrijpend veranderingsproces doormaakte. Dat had alles te maken met de jarenlange dominantie van de groepsdynamisch georiënteerde groepsanalytische benadering van groepspsychotherapie. Met groepsdynamisch bedoelde men de inzichten uit vooral de sociale psychologie, met groepsanalytisch bedoelde men het psychoanalytische gezichtspunt. Wie in oude jaargangen van de voorloper van *Groepen* kijkt – het tijdschrift heette aanvankelijk *Groepspsychotherapie* als verenigingsblad van toen nog de Nederlandse Vereniging voor Groepspsychotherapie – ziet dat het rommelt: het referentiekader wordt steeds nadrukkelijker ter discussie gesteld. Maar het duurde te lang en verliep te traag, aldus nogmaals Berk (2008). Hij beschrijft hoe de Amerikaanse groepspsychotherapie de omslag al in de jaren vijftig maakte (Berk, 2009, p. 63-69). Dat valt precies in de periode

die hij aanduidde met de term 'storming' (Berk, 1997). Het lijkt erop dat we in de Nederlandse context een eigen variant op het spoor komen van deze 'storming', maar wel zo'n dertig jaar later. Vanaf de jaren tachtig kreeg het interpersoonlijke model van Yalom (Yalom & Leszcz, 2020) grote invloed op het groepstherapeutisch denken en werken in Nederland. De rest is geschiedenis.

Groepsdynamica als eerste referentiekader wordt het bepalende gezicht van de NVGP, die met behoud van dezelfde afkorting haar naam veranderde in Nederlandse Vereniging voor Groepsdynamica & Groepspsychotherapie. De opvatting over groepsdynamica was sterk bepaald door het Amerikaanse sociaalpsychologische onderzoek.

Wat is nu het verschil tussen het interpersoonlijke en groepsdynamische referentiekader? Het eenvoudigste antwoord luidt dat het interpersoonlijke kader een verklaringsmodel is voor psychische klachten die de uitkomst zijn van moeilijkheden in het interpersoonlijke domein. Yalom en Leszcz formuleren het interpersoonlijke uitgangspunt in nog fundamentele zin: '*we are obliged to consider the human being in the matrix of his or her interpersonal relationships*' (Yalom & Leszcz, 2020, p. 330). In dat licht kunnen we ook wel plaatsen dat interpersoonlijk leren en cohesie in deze benadering zo'n belangrijke rol spelen (zie ook Colijn, 2022, p. 45). Het groepsdynamische referentiekader betreft de groepsdynamica als een verzamelterm voor een (niet vastgelegde) reeks van processen die zich in groepen afspeelt. Het gaat te ver om te zeggen dat ze in elk handboek weer anders heten, maar helemaal onwaar is het niet. De mogelijke verwarring ontstaat doordat termen nu eens

in het ene dan weer in het andere kader gebruikt worden zonder dat er werkelijk verschil lijkt te zijn. Zo is cohesie op basis van het vele empirische onderzoek wellicht de belangrijkste groepsdynamische factor, terwijl het ook bij Yalom en Leszcz een centrale plaats heeft onder de titel therapeutische factor (Kelfkens, 2022).

Het vervolg is een kwestie van tijd. In het competentieprofiel van de specialistisch groepstherapeut wordt vastgelegd dat de specialistisch groepstherapeut NVGP verschillende theorieën van de groepstherapie kent en hanteert, met specifieke vermelding dat het interpersoonlijk model van Yalom en Leszcz bekend is en in de praktijk toegepast wordt (2023, NVGP).

Dan is het nog een stap voor de NVGP om in 2023 te besluiten dat het interpersoonlijk model van Yalom en Leszcz (2020) officieel het tweede referentiekader wordt naast dat van de groepsdynamica, zonder iets af te willen doen aan welke diversiteit ook (Daemen, 2023).

Hoeveel referentiekaders?

Nu dreigt er enig misverstand. Groepsdynamica, een specifieke behandelmethode (MBT, CGT, schematherapie, IPT, DGT) en het interpersoonlijke model, over hoeveel referentiekaders hebben we het nu? In het ene geval gaat het om groepsdynamica en een specifieke behandelmethode, zoals bij De Haas (2022). In het andere geval gaat het om groepsdynamica en het interpersoonlijke model, zoals geformuleerd door de NVGP. Critici zouden kunnen tegenwerpen dat het laatste nogal dubbelop lijkt. Het interpersoonlijke model van Yalom en Leszcz kan immers opgevat worden als een variant van een groepsdynamische benadering. Het betekent in ieder geval wel dat er niet geko-

zen is voor een andere groepsdynamische benadering zoals het Britse groepsanalytische model. Het voornaamste verschil zit in het type groepsdynamische processen dat de voorrang krijgt. In het Britse model zijn dat de opvattingen van Foulkes en Bion en niet zozeer de Amerikaanse sociaalpsychologische benadering van groepsdynamica. Met wat ondertussen het dubbele referentiekader is gaan heten, wordt toch vooral het eerste bedoeld: groepsdynamica gecombineerd met een specifiek therapeutisch referentiekader. Zo vinden we het ook in de NVP Factsheet over groepspsychotherapie bij volwassenen (2021).

Het besluit van de NVGP om het interpersoonlijk model als tweede referentiekader naast dat van de groepsdynamica te plaatsen staat dus niet op zichzelf. Het is de uitkomst van een jarenlang proces dat in 1997 door het bestuur in gang werd gezet, dat in 2004 tot een voorlopige tussenstand bereikte, en in 2023 tot een (voorlopige?) afronding kwam. Een van de opmerkelijke aspecten van dit hele proces is dat bij de tussenstand in 2004 zoals gezegd de naam van de vereniging werd gewijzigd. In die naamswijziging zat onmiskenbaar al het hele idee van een dubbel referentiekader verpakt.

Tot slot, evaluerend

Hoewel de feitelijke fase van pionieren ('forming') inmiddels ver achter ons ligt en de NVGP staat voor een groep psychotherapeuten die ruimschoots de werkfase ('performing') heeft bereikt, vraagt dat laatste om voortdurend onderhoud. De recente geschiedenis van de groepspsychotherapie in Nederland zoals in dit artikel aangeduid met een drietal gebeurtenissen, laat dat duidelijk

zien. Dat onderhoud verliep niet zonder slag of stoot, of in de termen van Tuckman zonder 'storming' en 'norming'.

Telkens weer nieuwe varianten zoals online-groepspsychotherapie moeten een plek krijgen. De beweging in het psychotherapeutisch veld is schooloverstijgende en transdiagnostisch gericht. Het onderzoek is niet af. We zijn het met Burlingame (2023) eens, die er om een reeks van redenen van overtuigd is dat de toekomst van de groepspsychotherapie rooskleurig is. Dat kan men toeschrijven aan onderzoek en alles wat dat oplevert. Dat kan niet het enige zijn. Het is

Conflicten dragen bij aan een nieuwe regulering, en dat is winst ten gunste van de taak

ook het genoemde onderhoud. Conflicten dragen bij aan een nieuwe regulering, en dat is winst ten gunste van de taak.

Met Burlingame delen wij dus het optimisme, maar achteroverleunen – misplaatste uitdrukking in het psychotherapeutisch jargon – is er natuurlijk niet bij. Er blijft het nodige te wensen over, ook weer ter ondersteuning van het onderhoud van de werkfase. De *Praktijkrichtlijnen groepsbehandeling* vragen steeds weer om actualisatie. Het schaarse onderzoek in Nederland naar de werking van groepstherapie zou zich toch ook meer op procesonderzoek moeten willen richten en op de rol van de groepspsychotherapeut. Daarnaast stelt het werken vanuit een dubbel referentiekader hoge eisen aan de

competenties van de groepstherapeut en zijn of haar leiderschapskwaliteiten, terwijl daar nu weinig onderzoek over te vinden is. Met voortschrijdend onderzoek, met het aansluiting vinden bij de sterke onderzoeks-traditie in de Verenigde Staten maar ook in andere landen, en met het promoten van de groepstherapie bij patiëntenverenigingen, in teams van ggz-instellingen, bij beleids-makers en zorgverzekeraars, kan groeps-

therapie met recht en reden nog sterker op de kaart worden gezet. Patiënten die vertellen over hun ervaringen in de groep kunnen een aanzienlijke rol spelen bij de drempelverlaging voor patiënten of individueel georiënteerde therapeuten die nog steeds denken dat een groep minder te bieden heeft dan een individuele be-handeling. Niet het individu is primair, maar de groep.

- ¹ Bruce W. Tuckman (1938-2016) was een Amerikaanse sociaalpsycholoog die in 1965 zijn eerste versie van een ontwikkelingsmodel van kleine psychotherapie groepen presenteerde. Aanvankelijk stelde hij vier, later vijf fasen op: *forming* (vormfase), *storming* (stormfase, conflict), *norming* (normfase, regulering), *performing* (werk- of prestatiefase) en *adjourning* (afscheidsfase, beëindiging). In die fasen gaat het telkens om twee lijnen: de interpersoonlijke dynamiek en de taakgerichtheid. Zijn model wordt nog altijd gebruikt en wordt in de Amerikaanse Clinical Practice Guidelines uitvoerig besproken (Bernard, e.a., 2008, p. 487-491).
- ² Overigens heeft Berk in later werk dit idee niet vastgehouden. Zijn uitgebreidere geschiedenis van de groepspsychotherapie uit 2009 deelde hij in aan de hand van decennia (Berk, 2009).

Piet Verhagen (p.verhagen@ggzcentraal.nl) is psychiater en groepspsychotherapeut bij GGz Centraal en bijzonder hoogleraar aan de KU Leuven.

Arnout ter Haar is psychotherapeut en werkt als coach in eigen praktijk.

Refereren aan:

.....
Verhagen, P. & Haar, A. ter (2024). Recente ontwikkelingen in groepspsychotherapie en een blik op de toekomst. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 19(4), p. 33-47.

Literatuur

.....
Aalders, H. & Krijnen, I. (2019). Het combineren van groepsdynamiek en specifieke psychotherapeutische behandelmethoden. In R.W. Koks & P. Steures (red.) (2019). *Praktijkrichtlijnen groepsbehandeling* (p. 122-134). www.groepspsychotherapie.nl/praktijkrichtlijnen

Aalders, H, Daemen, M. & Hest, K. van (2021). Het Zorgprestatiemodel. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 16(4), p. 10-23.

Barlow, S.H., Burlingame, G.M. & Fuhriman, A. (2000). Therapeutic application of groups: From Pratt's 'thought control classes' to modern group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 4(1), p. 115-134.

- Berk, T. (1997). *Een geschiedenis van de groepspsychotherapie*. Deventer: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Berk, T. (2005). *Leerboek Groepspsychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Berk, T. (2008). Een bruikbaar verleden. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 3(1), p. 18-28.
- Berk, T. (2010). Groepstherapie, toen en nu. Een essay over de ontwikkeling van de groepspsychotherapie van 1900 tot 2010.
- Bernard, H., Burlingame, G., Flores, Ph., Greene, L. Joyce, A., Kobos, J.C., Leszcz, M., MacNair Semands, R.R., Piper, W.E., Slocum McEaney, A.M. & Feirman, D. (2008). Clinical practice guidelines for group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58(4), p. 455-542.
- Burlingame, G.M. (2023) The future of group therapy is bright! *International Journal of Group Psychotherapy*, 73(1), p. 1-19.
- Burlingame, G.M. & Jensen, J.L. (2017). Small group process and outcome research highlights: A 25-year perspective. *International Journal of Group Psychotherapy*, 67(1), p. 194-218.
- Burlingame, G. & Strauss, B. (2021). Efficacy of small group treatments: Foundation for evidence-based practice. In M. Barkham, L. Castonguay, & W. Lutz (eds.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (7th ed., p. 591-631). New York: Wiley & Sons.
- Burlingame, G.M., Strauss, B. & Joyce, A.S. (2013). Change mechanisms and effectiveness of small-group treatments. In Lambert M.J. (ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., p. 640-689). New York: John Wiley & Sons.
- Colijn, S. (2022). Hoe werkt psychotherapie? In: P.J. Verhagen & A. ter Haar (red.). *Leerboek Groepspsychotherapie* (p. 31-44). Amsterdam: Boom | De Tijdstroom.
- Daemen, M.H.L. (2023). Diversiteit is onze kracht. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 18(2), p. 9-14.
- Haar, A. ter & Verhagen, P.J. (2022). Een beknopte geschiedenis van de groepstherapie. In: P.J. Verhagen & A. ter Haar. *Leerboek Groepspsychotherapie* (p. 17-28). Amsterdam: Boom | De Tijdstroom.
- Haas, W. de (2020). *Groepsbehandeling en teambegeleiding in de zorg. Een praktische handleiding op basis van de groepsdynamica. Tweede herziene editie*. Amsterdam: Boom.
- Haas, W. de (2022). Groepsdynamische processen. In: P.J. Verhagen & A. ter Haar (red.), *Leerboek Groepspsychotherapie* (p. 47-59). Amsterdam: Boom| De Tijdstroom.

Hegger, A. (2023). Een vitaliserend nieuw leerboek. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 18(4), p. 55-64.

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

Heuvel, B. van den (2022). Opzetten en uitvoeren van onderzoek naar groepstherapie in de praktijk: de G-FORCE-studie. In: P.J. Verhagen & A. ter Haar (red.), *Leerboek Groepspsychotherapie* (p. 95-104). Amsterdam: Boom | De Tijdstroom.

Kelfkens, L. (2022). Interpersoonlijke groepspsychotherapie. In: P.J. Verhagen & A. ter Haar (red.), *Leerboek Groepspsychotherapie* (p. 63-74). Amsterdam: Boom | De Tijdstroom.

Koks, R.W. (2018). Wat weten we eigenlijk over groepen? *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 13(4), p. 32-43.

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

Koks, R.W. & Steures, P. (2017). Praktijkrichtlijnen groepsbehandeling. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie*, 12(4), p. 7-14.

Koks, R.W. & Steures, P. (red.) (2019). *Praktijkrichtlijnen groepsbehandeling*. www.groepspsychotherapie.nl/praktijkrichtlijnen

Koks, R.W., Steures, P. & Haar, A. ter (2021). Dutch design: Practice guidelines for group treatment in the Netherlands. *International Journal of Group Psychotherapy*, 71(3), p. 424-440.

NVGP (2023). *Competentieprofiel specialistisch groepstherapeut NVGP*. https://www.groepspsychotherapie.nl/nvgp/_sitefiles/file/competentieprofielen/competentieprofiel-specialistisch-groepstherapeut-nvgp-18-04-23-def.pdf

NVP Wetenschapsraad (2021). *Groepspsychotherapie bij volwassenen. Stand van zaken en praktijk*. NVP publicaties en factsheets - NVP (psychotherapie.nl)

Schlapobersky, J.R. (2015). Group psychotherapy in the United Kingdom. *International Journal of Group Psychotherapy*, 65(4), p. 569-581.

Schruijer, S. (2020). Over de afwezigheid van een groepsdynamisch perspectief in het wetenschappelijk onderzoek naar groepen. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 15(4), p. 29-39.

Snijders, H. & Berk, T. (2008). Een blik over de grenzen. De AGPA-richtlijnen groepspsychotherapie. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 3(3), p. 32-45.

Stel, J.C. van der (2022). Onderzoek naar groepspsychotherapie. In: P.J. Verhagen & A. ter Haar (red.). *Leerboek Groepspsychotherapie* (p. 77-91). Amsterdam: Boom | De Tijdstroom.

Verhagen, P.J. (2020). Met de Praktijkrichtlijnen in de hand. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 15(2), 8-19.

Verhagen, P.J. & Hegger, A. (2024). De religiositeitskloof. *Psyche & Geloof*, 35(3), in druk.

Verhagen, P.J. & Haar, A. ter (2022). *Leerboek Groepspsychotherapie*. Amsterdam: Boom | De Tijdstroom.

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

.....

Groepstherapie in de ggz: een van de beoogde oplossingen voor wachtlijstproblematiek, maar hoe?

Dit artikel omschrijft groei van het aantal groepsbehandelingen als een van de oplossingen voor de wachtlijstproblematiek in de ggz in Nederland. Ondanks personeelstekorten en de toenemende prevalentie van psychische stoornissen, blijft het aantal groepsconsulten relatief laag. De auteurs pleiten voor het stimuleren van meer groepsaanbod in de ggz. Hierbij is het van belang om het stigma over groepstherapie te doorbreken, de informatievoorziening te verbeteren, meer te investeren in opleidingsmogelijkheden, groepsbehandeling correct te vergoeden, organisatorische ondersteuning in de praktijk te bieden, gebruik te maken van ROM en wetenschappelijk onderzoek naar groepstherapie te bevorderen.

Door Marjolein Koementas-de Vos
en Marc Daemen

In april 2024 kopte *de Volkskrant*: 'Nederlanders in psychische nood te lang op wachtlijst, in bijna alle regio's en voor bijna alle diagnoses' (de Volkskrant, 2024). Ook patiëntenorganisatie MIND plaatste een artikel in april 2024: 'Bijna 100.000 mensen wachten op ggz: dringend actie nodig' (Mind, 2024). De zorgelijke berichtgevingen waren gebaseerd op cijfers van de Nederlandse Zorgautoriteit, waaruit bleek dat het aantal wachtplekken nog steeds stijgt, zij het minder snel dan in de jaren ervoor, en dat meer dan de helft van de wachtenden langer dan de Treeknorm moet wachten op zorg (NZa, 2024).

Verschillende factoren spelen hierbij een rol. Een van deze factoren is de toenemende prevalentie van psychische stoornissen in Nederland, zoals blijkt uit de NEMESIS-3 studie (ten Have et al., 2023). Dit is eveneens een globaal probleem: minstens twaalf procent van de wereldbevolking lijdt aan een psychische stoornis, waarbij angst- en stemmingsstoornissen het meest voorkomen. Bovendien blijft het aantal alleen maar toenemen (GBD Mental Health Collaborators, 2022). Naast de toenemende prevalentie van

psychische aandoeningen draagt ook het chronische tekort aan personeel binnen de geestelijke gezondheidszorg bij aan de wereldwijde zorgcrisis. Dit geldt niet alleen voor Nederland, waar het personeelstekort in de ggz naar verwachting enkel zal toenemen (Skipr, 2023), maar ook op internationaal niveau. De WHO erkent dit probleem en roept op tot meer samenwerking tussen overheden en zorginstellingen wereldwijd

Uit meerdere meta-analyses blijkt dat groepsbehandeling voor de meest voorkomende stoornissen effectief is

om de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg te verbeteren (WHO, 2022). Dit omvat het bevorderen van initiatieven die de capaciteit van de ggz vergroten, zoals innovatieve behandelmethoden en integrale zorgmodellen, evenals het verbeteren van de werkomstandigheden van zorgverleners om verdere uitval te voorkomen.

In Nederland is er een soortgelijke beweging gaande, onder andere middels het Integraal Zorgakkoord *Samen werken aan gezonde zorg* (2022), waarin verschillende oplossingen worden aangedragen om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, ook voor de ggz. Groepstherapie wordt hierin expliciet genoemd en de zorgverzekeraars schreven in 2020 al over het belang van meer groepsaanbod, naast het aanbieden van online zorg om de wachttijden in de ggz terug te dringen (Zorgverzekeraars Nederland, 2020). In 2024 heeft Menzis in gesprekken met de auteurs van dit artikel aangekondigd om actiever aan

te sturen op het aanbieden van groepsbehandelingen in de ggz. Deze zorgverzekeraar zal in 2025 een opslagtarief introduceren voor ggz-aanbieders die ten minste tien procent meer groepsconsulten aanbieden dan in 2024 (Menzis, 2024). Ook andere zorgverzekeraars hebben in hun inkoopvoorwaarden voor 2025 een paragraaf opgenomen over het stimuleren van groepsbehandeling 'als een belangrijke mogelijkheid om zorgcapaciteit vrij te spelen' (Zilveren Kruis, 2024) en 'om meer cliënten te behandelen en daarmee bij te dragen aan de maatschappelijke opgaven zoals het verkorten van de wachttijsten' (VGZ, 2024). Dat de druk op de ggz en de algemene gezondheidszorg hoog is, staat vast, en het vraagt om een meervoudige, geïntegreerde aanpak om deze te verlichten. Wij zien het aanbieden van meer groepsbehandelingen als een van de mogelijke oplossingen. In dit artikel lichten we graag de redenen hiervoor toe, en de adviezen om meer groepsbehandeling in de praktijk te bevorderen.

Een unieke triple E-behandeling

Op basis van wetenschappelijk onderzoek blijkt groepstherapie een effectieve behandeling van psychische stoornissen: groepstherapie is effectiever dan wachtlijsten, even effectief als individuele therapie (equivalent), en het is efficiënter dan individueel aanbod omdat je meer personen in dezelfde tijd kan behandelen, waardoor het ook wel een triple-E behandeling wordt genoemd: Effective, Equivalent & Efficient (Rosendahl et al., 2021; Yalom & Leszcz, 2020). Meerdere meta-analyses zijn gepubliceerd waaruit blijkt dat groepsbehandeling voor de meest voorkomende stoornissen, zoals

angststoornissen, obsessief-compulsieve stoornissen, posttraumatische stress-stoornissen, en stemmingsstoornissen, effectief is (Barkowski et al., 2020; Janis et al., 2021; Schwartze et al., 2016; Schwartze et al., 2017; Schwartze et al., 2019). Net als bij individuele therapie is ook bij groepstherapie het meeste onderzoek gedaan naar cognitieve gedragstherapie, waarvoor dan ook de meeste evidentie beschikbaar is. Naast de evidentie biedt groepstherapie ook een uniek aanbod: cliënten krijgen de mogelijkheid om te exploreren en te leren in een veilige context met anderen, ook wel een sociale microkosmos genaamd, om zo disfunctionele patronen te doorbreken. Hierbij spelen specifieke groepstherapeutische factoren een rol, zoals het kunnen leren van elkaar (interpersoonlijk leren), het ervaren van verbondenheid (cohesie), het helpen van anderen (altruïsme), en het creëren van een toekomstperspectief door anderen te zien veranderen (hoop) (Yalom & Leszcz, 2020).

In dit artikel betogen wij niet dat alle vormen van ggz-behandeling in groepen moeten worden aangeboden, maar wel dat een grotere mix van groeps- en individuele behandelingen al aanzienlijke positieve effecten op de wachtlijstproblematiek kan hebben. Wij baseren ons betoog op een personele en financiële impactanalyse van Whittingham en collega's (2023). Hoewel hun argumenten zijn gebaseerd op de Amerikaanse situatie, zijn veel van hun bevindingen ook van toepassing op de Nederlandse context. Zij benoemen een lagere druk op de personele capaciteit, meer aandacht voor minderheden, de unieke voordelen van groepstherapeutische factoren, financiële besparingen en een vermindering van de werkdruk. Graag

lichten wij deze punten nader toe. Zo stellen zij dat je met groepstherapie vijf tot twaalf patiënten in één consult kunt behandelen, met slechts twee behandelaren, in tegenstelling tot een individueel aanbod, waardoor dus minder behandelaren nodig zijn.

Groepstherapie biedt bovendien de mogelijkheid om aandacht te besteden aan kwesties waarmee minderheden te maken hebben, doordat een veilige groepsomgeving het bespreekbaar maken van onderwerpen zoals vooroordelen en racisme faciliteert. Dit kan leiden tot meer wederzijds begrip, een vermindering van stigma en een grotere toegankelijkheid van zorg voor minderheden. Daarnaast wijzen Whittingham en collega's op andere positieve uitkomsten van groepsinterventies, zoals verbeteringen in de fysieke gezondheid, een toename van het gevoel van welzijn en een vermindering van sociale isolatie door specifieke therapeutische factoren binnen de groep, zoals cohesie en interpersoonlijk leren.

Hoewel deze voordelen op zich waardevol zijn, zullen overheid, zorgverzekeraars en ggz-aanbieders vooral geïnteresseerd zijn in de financiële voordelen. Whittingham en collega's presenteren een uitgebreide berekening van de potentiële besparingen door een toename van het groepsaanbod, zelfs wanneer de toegankelijkheid voor minderheden wordt verbeterd en de vraag naar zorg daardoor toeneemt. Deze liegt er niet om: indien men in de Verenigde Staten slechts tien procent meer groepstherapie zou aanbieden dan nu, zouden er in één klap 3,5 miljoen cliënten meer kunnen worden geholpen die momenteel op wachtlijsten staan, terwijl het de ziektekostenverzekering een besparing van 5,6 miljard dollar zou opleveren. Naast deze voordelen kan groepsthera-

pie ook de werkdruk voor behandelaren verminderen, omdat kortere wachttijden resulteren in minder crisissituaties bij cliënten en zo een betere doorstroom binnen de praktijk. Wij voegen daaraan toe dat het geven van groepen een uitgelezen kans is om samen te werken en als collega's van elkaar te kunnen leren.

In Amerika worden groepsbehandelingen voornamelijk aangeboden in ziekenhuizen, waar patiënten met de ernstigste psychische stoornissen worden behandeld, terwijl in vrijgevestigde praktijken, die zich richten op patiënten met lichtere problematiek, grotendeels individuele behandelingen worden gegeven. Een hogere mate van ernst van de problematiek lijkt dus geen argument te zijn voor een voorkeur voor individuele behandelingen. Uit onze gesprekken met zorgverzekeraar Menzis blijkt dat deze discrepantie in Nederland minder relevant is. Volgens hun data is het aantal geregistreerde groepsconsulten in de gehele ggz relatief laag ten opzichte van individuele consulten, zonder dat er een specifieke discrepantie is met de vrijgevestigde sector.

Barrières

Als meer groepsbehandelingen de oplossing voor de wachtlijstproblematiek is, waarom worden deze dan nog niet op grotere schaal aangeboden? Waarschijnlijk spelen hierbij meerdere factoren een rol: het overheersende idee over groepstherapie, de beschikbaarheid van informatie, het opleidingsaanbod, de bekostigingssystematiek, organisatorische ondersteuning en wetenschappelijk onderzoek.

Zowel cliënten als behandelaren ervaren groepstherapie vaak niet als de beste vorm

van behandeling, maar eerder als een 'second best'-optie. Zij ervaren drempels bij het overwegen van groepsbehandeling. Cliënten hebben bijvoorbeeld angst voor het oordeel van anderen, vrezen agressief gedrag van groepsleden, of hebben een sterke behoefte aan individuele aandacht, waarvan zij denken dat deze in een groep niet voldoende geboden kan worden. Aan de andere kant voelen behandelaren zich vaak onvoldoende toegerust om effectieve groepstherapie te bieden en ervaren zij soms schaamte en krenking wanneer zij dit wel moeten doen (Shay et al., 2021). De toegankelijkheid tot informatie, evenals het gebrek aan opleiding en supervisie, vormt voor behandelaren een probleem. Zorgstandaarden en richtlijnen zijn belangrijke hulpbronnen voor organisaties en andere stakeholders in de ggz om evidence-based en practice-based zorg te organiseren. Echter, wanneer er gekeken wordt naar internationale en Nederlandse multidisciplinaire richtlijnen en zorgstandaarden, wordt groepstherapie beperkt aangeraden, ondanks de beschikbare evidentie (Koementas-de Vos & Rosendahl, ingestuurd voor publicatie). Daarnaast ontbreken vaak praktische materialen, zoals draaiboeken en werkboeken voor verschillende doelgroepen, evenals richtlijnen hoe groepen te organiseren van begin tot einde van een behandeling. Hoewel er steeds meer wetenschappelijke evidentie voor groepsbehandelingen komt, is er in Nederland relatief weinig aandacht voor wetenschappelijk onderzoek naar groepstherapie. Zo hebben we al jaren geen leerstoel meer in groepstherapie en zijn er op de website van ZonMW geen gesubsidieerde studies te vinden die zich specifiek richten op groepsbehandelingen. Dit terwijl wetenschappelijk onderzoek het groepsaan-

bod zou kunnen bevorderen, het meer inzicht kan bieden voor welke doelgroepen groeps-therapie helpend kan zijn, en bovendien een breder groepsaanbod kan creëren.

Bevorderen groepsaanbod in de praktijk

Wij hebben wel degelijk hoop dat de genoemde barrières overwonnen kunnen worden. Er zijn hulpbronnen beschikbaar die waarschijnlijk voor veel stakeholders onbekend zijn, en ontwikkelingen gaande die het bevorderen van groepsaanbod kunnen stimuleren.

1. Stigma over groepsaanbod doorbreken

Groepstherapie is geen second-best optie, maar een unieke behandelvorm met bewezen effectiviteit. De wetenschapsraad van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) heeft in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Groepsdynamica en Groepspsychotherapie (NVGP) een factsheet ontwikkeld over de wetenschappelijk evidentie van groepstherapie (NVP, 2021). Het is een uitgebreide informatiefolder over wat groepstherapie is, voor wie het bedoeld is, wat de werkzaamheid en kosteneffectiviteit is. Deze folder kan gebruikt worden om verschillende stakeholders te informeren, denk hierbij aan cliënten en cliëntorganisaties, richtlijnontwikkelaars, beleidsmakers, zorgverzekeraars en behandelaren. Ook de website van de NVGP (<https://www.groepspsychotherapie.nl/>) biedt uitgebreide informatie voor zowel cliënten als behandelaren, met onder andere filmpjes over verschillende groepstherapeutische thema's. Daarnaast maakt de NVGP gebruik van sociale media om een zo breed mogelijk publiek te kunnen bereiken.

De beste manier om het stigma te doorbreken is evenwel om cliënten zelf aan het woord te laten. We noemen enkele treffende voorbeelden:

- Naar aanleiding van het verschijnen van het nieuwe *Leerboek Groepspsychotherapie* werd in samenwerking met uitgeverij Boom een podcast gemaakt (Verhagen & ter Haar, 2022a). In twee afleveringen hiervan getuigen cliënten over hun persoonlijke beleving van groepstherapie.
- Recent is het boek *Samen beter door groepspsychotherapie* verschenen waarin zestien authentieke getuigenissen zijn opgenomen van cliënten die vertellen over hun ervaringen in een therapiegroep. De verhalen worden van deskundig commentaar voorzien door twee ervaren groepstherapeuten die de redactie hebben verzorgd van dit unieke interviewproject (Leferink op Reinink & Klein, 2024).
- Jop Leuven, een filmregisseur die zelf in groepstherapie is geweest, maakte de film *Marleen*, gebaseerd op zijn eigen ervaringen in een therapiegroep.
- In toenemende mate nemen ervaringsdeskundigen zelf initiatieven tot nieuw groepsaanbod. Zo loopt er bij ggz-instelling Altrecht een succesvolle 'Wachten Waard'-groep waarbij mensen die op de wachtlijst staan (vóór de intake) in een groep, geleid door ervaringsdeskundigen, worden voorbereid op de behandeling (Werner & Aalders, 2024). Dit is een mooi voorbeeld van hoe in herstelacademies steeds meer groepen voor en door (ex-)cliënten worden opgezet.

2. Informatievoorziening: zorgstandaarden, praktijkrichtlijnen, beschikbare materialen

Om de kwaliteit van behandelingen in de gezondheidszorg te waarborgen, zijn er de afgelopen decennia in Nederland verschil-

lende kwaliteitsstandaarden ontwikkeld (AKWA, 2024). Weliswaar wordt groepspsychotherapie expliciet vermeld in de Zorgstandaard Psychotherapie (voorheen genoemd: Generieke Module Psychotherapie), maar in de meeste andere zorgstandaarden en richtlijnen komt groepsbehandeling nauwelijks voor. Als antwoord hierop heeft de NVGP eigen *Praktijkrichtlijnen voor groepsbehandeling in de gezondheidszorg* (2019) ontwikkeld en voor iedereen vrij beschikbaar gesteld via haar website. Deze praktijkricht-

Groepstherapie geven is een vak apart waarvoor een specifieke opleiding is vereist

lijnen bieden praktiserende groepsbehandelaren 'een handreiking om hun behandelgroepen vorm te geven naar de kennis die beschikbaar is vanuit de huidige stand van de wetenschap en expert consensus. (...) De praktijkrichtlijnen formuleren het minimale dat je als groepsbehandelaar moet weten en moet doen om op een verantwoorde manier te werken met groepen, en zijn een eerste aanzet om te komen tot een omschrijving van evidence-based groepsbehandelingen. (...) De Praktijkrichtlijnen zijn transtheoretisch en kunnen toegepast worden bij elk behandelkader dat gebruik wil maken van de groep, van de groepsdynamiek en van de groepsprocessen als middel om de gestelde behandeldoelen van de groepsleden te bereiken' (Koks & Steures, 2019). Meer informatie over de essentie van groepstherapie is te vinden in Nederlandstalige

standaardwerken zoals *Groepsbehandeling en teambegeleiding in de gezondheidszorg* (de Haas, 2020) en het eerder al genoemde *Leerboek Groepspsychotherapie* (Verhagen & ter Haar, 2022b). Actuele ontwikkelingen kunnen volgen in het tijdschrift voor groepsdynamica en groepspsychotherapie *Groepen*, uitgegeven door de NVGP. Demonstratiesessies over groepstherapie zijn terug te vinden op Psyflix.net, een online platform voor nascholing over psychotherapie en diagnostiek (Daemen, 2023a; Daemen, 2023b; Krijnen & Tinga, 2023).

3. Opleiding

Nog te vaak worden ggz-professionals geacht therapiegroepen te begeleiden terwijl ze hier onvoldoende op zijn voorbereid. Dit kan leiden tot onbevredigende therapieresultaten, vroegtijdig afhaken van cliënten en ontmoediging bij hulpverleners. Groepstherapie geven is immers een vak apart waarvoor een specifieke opleiding is vereist. Van oudsher biedt de NVGP een opleidingstraject tot *specialistisch groepstherapeut-NVGP* aan voor academisch geschoolde, BIG-geregistreerde professionals, zoals gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, klinisch psychologen of psychiaters. Ook wie een van deze BIG-opleidingen volgt, kan al starten met de specialistische NVGP-opleiding. In steeds meer opleidingen tot gezondheidszorgpsycholoog wordt bijvoorbeeld een NVGP-erkende basis cursus Groepsdynamica gegeven, voor veel jonge professionals een eerste kennismaking met groepstherapie. Daarnaast wordt sinds een aantal jaren een basisopleiding tot *groepstherapeut-NVGP* aangeboden voor wie de specialistische opleiding niet kan of wil volgen. Het instap-

niveau voor dit traject is een hbo-vooropleiding. Men leert met groepsdynamiek om te gaan en deze in te zetten bij groepsbehandeling voor de meest voorkomende psychische problemen en/of stoornissen. Hierbij volstaat kennis van de groepsdynamica, het basisreferentiekader van waaruit alle NVGP-leden vertrekken.

Wanneer men groepstherapie voor een complexere doelgroep of in een intensievere setting wenst te verrichten, is kennis noodzakelijk van het tweede referentiekader van de NVGP, het interpersoonlijke model. Dit door Yalom en Leszcz (2020) ontwikkelde model wordt aangeleerd in het specialistische opleidingstraject en stelt de opleiding in staat complexe groepsprocessen te hantieren, zoals vroege afweermechanismen en overdracht- en tegenoverdrachtfenomenen. Bovendien is het interpersoonlijke model goed te integreren met andere behandelmodellen, zoals schema-focused therapy (SFT), mentalization-based treatment (MBT), cognitieve gedragstherapie (CGT) of affectfobietherapie (AFT), teneinde deze nieuwe methoden in groepsverband uit te kunnen voeren. Beide opleidingstrajecten starten met een basis cursus in groepsdynamica. Wie daarna één supervisiereeks over groepsbehandeling volgt, kan zich alvast laten registreren als groepstherapeut-NVGP. Wie meer wil, gaat voor het lidmaatschap specialistisch groepstherapeut-NVGP en eventueel daarna voor een registratie als opleider-NVGP. De structuur van de opleiding tot specialistisch groepstherapeut-NVGP is vergelijkbaar met die van de meeste specialistische opleidingen: cursorisch onderwijs, supervisie en leertherapie.

In de basis cursus staat universele groepsdynamica voorop. Dit betekent dat de funda-

mentele theoretische begrippen uit de groepsdynamica en sociale psychologie, zoals cohesie, interactie, fasen, normen en rollen, ruim aan bod komen. Beperkt komen ook enkele verdiepende onderwerpen aan bod, zoals weerstand, overdracht en regressie. Na afloop heeft de cursist geleerd de groepsdynamiek in te zetten ten behoeve van groepsbehandeling en teambegeleiding in de gezondheidszorg.

De specialistische cursus groepspsychotherapie bouwt voort op de kennis en vaardigheden die in de basis cursus groepsdynamica zijn verkregen. De cursus biedt scholing in een universele vorm van groepspsychotherapie, het interpersoonlijke model van Yalom en Leszcz (2020). Het interpersoonlijke model is gebaseerd op het meest centrale en eigene aan de groepstherapie, namelijk het leren van elkaar door de groepsdeelnemers en de hier-en-nu-interacties die daarvoor worden gebruikt. In de specialistische cursus komen daarnaast enkele psychoanalytische concepten aan bod, onder andere bij de behandeling van complexe groepsprocessen, en wordt ook aandacht besteed aan het passend leren integreren van het interpersoonlijke model bij andere actuele vormen van psychotherapie (bijvoorbeeld: MBT, SFT of AFT).

Deze theoretische opleiding wordt aangevuld met een flexibel gedeelte, bestaande uit *keuzemodules*: cursussen over specifieke vormen van groepstherapie, andere erkende nascholing, of modulaire activiteiten (bijvoorbeeld het schrijven van een artikel over groepstherapie).

De eerste stappen in de praktijk worden gezet onder *supervisie* van een NVGP-erkennde supervisor. Doorgaans kiest men ervoor één therapiegroep structureel te volgen. Bij voorkeur maakt de supervisant video-

opnamen van de sessies, die samen met de supervisor kunnen worden bekeken en besproken. Uiteraard moeten de cliënten worden geïnformeerd over het doel van de opnamen en hiervoor toestemming geven. Voor de registratie als specialistisch groepstherapeut-NVGP dient men twee supervisierreeksen van 25 sessies te hebben gevolgd over twee verschillende groepen. Ten slotte is er nog de *leertherapie*, met als doel het inzicht in het eigen functioneren als groepstherapeut te bevorderen. Tijdens de NVGP-opleiding tot specialistisch groepstherapeut moet minstens de helft van vijftig sessies leertherapie in groepsverband plaatsvinden. Er is sprake van een dubbele leerervaring: men observeert hoe een senior collega het aanpakt én men ervaart hoe het is om zich in een groep in de cliëntpositie te bevinden. Het is een gelegenheid groepsdynamiek aan den lijve te ervaren en te kunnen reflecteren op de eigen positie in groepen (Daemen, 2022a).

Wij vinden dat een basisregistratie als groepstherapeut-NVGP een minimale voorwaarde zou moeten zijn om in de ggz met behandelgroepen te mogen werken. Nu al geven NVGP-opleiders regelmatig *in company*-cursussen en supervisie in ggz-instellingen, maar er zal een behoorlijke inhaalslag nodig zijn om nog meer professionals op te leiden tot deskundige groepsbehandelaren.

4. Correcte vergoeding

Met de komst van het Zorgprestatie-model (ZPM) is sinds 2022 een nieuwe bekostigings-systematiek ingevoerd voor de gespecialiseerde, forensische en basis-ggz. Na de AWBZ (tot 2008) en de DBC-systematiek (2008-2021) is dit voor groepstherapeuten werkzaam in de ggz een derde bekostigings-

systematiek met belangrijke implicaties. Eens te meer diende men zich af te vragen: hoe wordt groepstherapie vergoed in vergelijking met individuele therapie? En welke gevolgen zal dit hebben voor het behandel-aanbod van ggz-aanbieders? Op het eerste oog leek het financieel minder gunstig om onder het ZPM groepsconsulten aan te bieden. Maar gelukkig ontdekte het bestuur van de NVGP in het ZPM een weeffout ten nadele van groepstherapie en werd tijdig actie ondernomen (Aalders, Daemen, & van Hest, 2021). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) erkende de omissie en besloot meer indirecte tijd toe te wijzen aan groepsbehandeling zodat de tarieven voor groepsconsulten met gemiddeld 23,71% werden verhoogd (Daemen, 2022b). Een besluit dat overigens recent nogmaals én definitief werd bekrachtigd door het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) in een rechtszaak over de ZPM-tarieven voor 2022 en 2023. Kortom: groepstherapie loont! Zelfs wanneer een therapiegroep een tijd onderbezet is of regelmatig *no shows* kent, blijft deze rendabel omdat de door één of twee behandelaren bestede directe tijd per sessie wordt verdeeld over de effectief aanwezige cliënten en wordt gefactureerd aan hun verzekeraar. Dit betekent dat een zorgaanbieder altijd de door de inzet van een behandelaar gemaakte kosten kan terugverdienen. Zijn er bijvoorbeeld een keer slechts zes cliënten aanwezig, dan ontvangt men hiervoor samen eenzelfde tarief als voor een sessie met acht aanwezige cliënten. De verzekeraar van een aanwezige cliënt betaalt in dat geval weliswaar iets meer voor deze sessie dan voor een sessie met de voltallige groep, maar de totale kostprijs per cliënt blijft nog altijd beduidend lager dan bij een individuele behandeling.

Indien de cliënt hiermee eenzelfde behandelresultaat behaalt, dan is de zorgverzekeraar nog steeds goedkoper uit (Daemen, Aalders & van der Meer, 2022).

Het huidige Nederlandse bekostigingssysteem is dus gunstig voor groepstherapie, zowel voor zorgaanbieders als voor zorgverzekeraars. En toch wordt er sinds de invoering van het ZPM niet spectaculair meer groepstherapie aangeboden. Hoe kan dat?

Een moderne groepstherapeut moet managers, financiers, collega's en verwijzers kunnen overtuigen van zijn product

Een van de auteurs van dit artikel nam vorig jaar deel aan een tweedaagse werkconferentie over Evidence Based Group Therapy in Duitsland. Daar bleek dat louter financiële impulsen van de overheid om groepstherapie meer op de kaart te zetten als oplossing voor de wachtlijstproblematiek niet volstonden. In Duitsland kunnen psychotherapeuten tegenwoordig beduidend meer geld verdienen als zij een groep aanbieden in plaats van individuele behandelingen – je zou als psychotherapeut bijna gek zijn om geen groepsbehandelingen aan te bieden. Toch is het aantal groepsbehandelingen in Duitsland nauwelijks toegenomen en de wachtlijsten zijn onverminderd lang. Het lijkt erop dat een gebrek aan kennis, werkervaring en ondersteuning een belangrijke verklaring is waarom de meeste therapeuten hun individuele werkwijze blijven hanteren. De beleidsma-

kers in Duitsland zijn voornemens om ook deze belemmering aan te pakken, bijvoorbeeld door zich te richten op het onderwijs en het bieden van meer organisatorische ondersteuning in de praktijk (Koementas-de Vos, 2023).

5. Organisatorische ondersteuning in de praktijk

Ook in de Nederlandse ggz wordt waarschijnlijk onvoldoende stilgestaan bij wat er zoal komt kijken bij het organiseren en in stand houden van een succesvol groepsaanbod. Elke therapiegroep heeft een sociale context nodig om levensvatbaar te zijn. Een groepstherapeut moet het eigen werk inhoudelijk en organisatorisch goed op orde hebben. Het therapeutisch kader omvat onder andere een transparante procedure voor aanmelding en indicatiestelling, duidelijkheid over de werkwijze in de groep en heldere werkafspraken. De toegenomen nadruk op kosteneffectiviteit in de gezondheidszorg vereist bovendien een goede verkoopstrategie: aan welke behoefte komt dit behandelplan tegemoet en voor welke prijs? Een moderne groepstherapeut moet managers, financiers, collega's en verwijzers kunnen overtuigen van zijn product (Daemen, 2022a). Ten slotte komen er heel wat praktische zaken bij kijken: materiële randvoorwaarden, digitale informatiebrochures, werkafspraken rond afmeldingen enzovoort. Binnen een grotere organisatie is het een gedeelde verantwoordelijkheid van groepstherapeuten en managers om deze zaken goed op orde te hebben. Hoe men dit precies kan aanpakken is uitstekend beschreven in het eerste deel van de eerder vermelde Praktijkrichtlijnen voor groepsbehandeling in de gezondheidszorg: over de organisatie van een succesvolle

behandelgroep en de selectie van cliënten (de Haas & van Hest, 2019).

6. Routine Outcome Monitoring

Ondanks dat psychotherapie doorgaans een effectieve behandeling is voor het verminderen van psychische problemen, blijkt een bepaald percentage cliënten onvoldoende te profiteren en voortijdig de behandeling te beëindigen. Dit geldt voor zowel individuele als voor groepsbehandelingen, waarbij naar schatting ongeveer 5-15 procent van de cliënten zelfs achteruitgaat gedurende de behandeling en 15-25 procent van de cliënten de behandeling eerder stopt (Barkowski et al., 2020; Janis et al., 2021; Lewis et al., 2020; Schuman et al., 2014; Slone, et al., 2015). Behandelaren blijken echter moeite te hebben om de behandelvoortgang te voorspellen en hebben de neiging om behandeluitkomsten te overschatten (Chapman et al., 2012; Hannan et al., 2005; Hatfield et al., 2010; Walfish et al., 2012). Het routinematig monitoren van de behandeling, ook wel Routine Outcome Monitoring (ROM), voortgangsfeedback of *measurement based care* genaamd, is ontwikkeld om behandelaren en cliënten te ondersteunen in het tijdig signaleren van ongunstige behandeluitkomsten (o.a. de Jong et al., 2023). Hierbij vullen cliënten op meerdere momenten tijdens de behandeling gestandaardiseerde vragenlijsten in, bijvoorbeeld op de computer, en hebben de behandelaar en cliënt de mogelijkheid om de resultaten samen te bespreken en zo nodig de behandeling bij te stellen om het beloop te bevorderen.

In de ggz-praktijk worden doorgaans aan het begin en het einde van de behandeling vragenlijsten afgenomen, en ieder jaar wanneer cliënten voor langere tijd in zorg zijn.

Maar in de wetenschappelijke literatuur is vooral onderzoek gedaan naar een hogere frequentie van afname van vragenlijsten, zoals wekelijks of iedere sessie, waarbij is gebleken dat het gebruikmaken van ROM een klein, maar robuust positief effect heeft op behandeluitkomsten en voortijdige uitval kan verminderen (de Jong et al., 2021). In groepstherapie zijn de resultaten van deze vorm van ROM minder eenduidig, zo zijn er enkele studies die gunstige uitkomsten laten zien, maar ook dat ROM geen effect heeft of een ongunstig effect kan hebben. Op zich is dit niet vreemd, omdat er bijvoorbeeld te weinig ruimte kan zijn om de inhoud van de groepsbehandeling aan te passen aan die ene cliënt die onvoldoende profiteert in een zeer gestructureerde CGT-groep, of omdat er te weinig tijd is om in de groepsessie de feedbackresultaten te kunnen bespreken en zinvol in te zetten. Het onderzoek naar feedback in groepstherapie staat nog in de kinderschoenen waarbij eerste stappen zijn gezet om de werkingsmechanismen in een groepsetting te begrijpen (Koementas-de Vos et al., 2022) en verschillende vormen van feedback in uiteenlopende settingen zijn onderzocht op toepasbaarheid en werkzaamheid (o.a. Burlingame et al., 2018; Gryesten et al., 2023; Koementas-de Vos et al., 2023).

Ondanks de gemengde resultaten zijn wij van mening dat het zinvol kan zijn om ROM in te zetten, zij het niet op wekelijkse basis binnen groepstherapieën, totdat hier meer onderzoek naar is gedaan. Wel vinden we het waardevol om ROM te gebruiken voor het evalueren van de aangeboden modules in een behandeltraject. Met andere woorden, door standaard voor-, tussen- en eindmetingen van groepsbehandelingen uit te voeren,

kan zowel op cliënt- als groepsniveau inzichtelijk worden gemaakt in hoeverre de groepsbehandeling effectief is. Op cliëntniveau biedt ROM de mogelijkheid om samen met de cliënt te evalueren in hoeverre de groepsbehandeling heeft bijgedragen aan het behalen van de behandeldoelen, of bijsturing nodig is, en of het wellicht verstandig is om te stoppen of andere interventies aan te bieden.

Zoals eerder beschreven, pleiten we voor een flexibele benadering die een combinatie van individuele en groepsbehandelingen omvat. Dit vraagt om een aanpak die per persoon kan verschillen: de ene cliënt kan baat hebben bij een combinatie van zowel individuele als groepsmodules, terwijl een andere cliënt meer profijt kan hebben van een reeks groepsmodules of juist van individuele interventies. Het gebruik van vragenlijsten kan hierbij nuttig zijn om de effectiviteit van specifieke modules te evalueren en om, in samenwerking met de cliënt, richting te geven aan een meer gepersonaliseerde behandelstrategie.

Naast het cliëntniveau kan het gebruik van ROM ook waardevol inzicht bieden op groepsniveau. Een behandelaar kan, samen met andere inhoudelijk verantwoordelijken, evalueren in hoeverre een groep effectief is, hoeveel cliënten hiervan profiteren en hoeveel mogelijk niet, en indien nodig het groepsaanbod aanpassen om de effectiviteit verder te optimaliseren.

7. Wetenschappelijk onderzoek

Helaas staat wetenschappelijk onderzoek naar groepstherapie in Nederland (nog) niet hoog op de agenda. Gelukkig is er in andere, voornamelijk westerse landen meer onderzoek gedaan naar groepsbehandelingen,

waardoor we meer weten over de effectiviteit van specifieke groepsbehandelingen voor de meest voorkomende psychische stoornissen (o.a. Barkowski et al., 2020). Toch vinden wij het van belang dat ook in Nederland onderzocht wordt welke groepstherapieën het meest geschikt zijn voor welke cliëntgroepen, om zo een meer gepersonaliseerde indicatiestelling te kunnen ondersteunen.

We hopen met dit artikel meer onderzoekers te inspireren om onderzoek naar groepstherapie te gaan doen

Daarnaast lijkt het ons zinvol om verder te onderzoeken hoe ROM effectief ingezet kan worden in groepsbehandelingen. Zo is recent de Group Questionnaire in het Nederlands vertaald en gevalideerd, en kan dit een veelbelovend instrument zijn om behandelaren van groepstherapie te kunnen ondersteunen in het bevorderen van de unieke groepstherapeutische processen (Burlingame et al, 2021; Van den Heuvel et al., in voorbereiding). Voorts is er in Nederland een ontwikkeling gaande dat ervaringsdeskundigen steeds meer ingezet worden om groepen te leiden voor uiteenlopende ggz-doelgroepen. Over de werkzaamheid en effectiviteit van deze groepen is eigenlijk naar ons weten niets bekend en we juichen verder wetenschappelijk onderzoek hiernaar toe. Tot slot lijkt het ons van belang om te evalueren of een meer gevarieerd behandel aanbod, bestaande uit zowel individuele als groeps-

modules, daadwerkelijk tot de boogde resultaten leidt in vergelijking met de gangbare behandelmethoden. Hierbij kan gedacht worden aan een kosteneffectiviteitsanalyse. De NVGP heeft een wetenschapscommissie met een aantal bevoegen wetenschappers die onderzoek doen naar groepstherapie, maar

de spoeling is dun. We hopen met dit artikel meer onderzoekers te inspireren om onderzoek naar groepstherapie te gaan doen, maar ook beleidsmakers die betrokken zijn bij de onderzoeksagenda's om het onderzoek naar groepsbehandelingen verder te kunnen ondersteunen.

Marjolein Koementas-de Vos is klinisch psycholoog, psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut en onderzoeker bij GGZ Noord-Holland-Noord. Ze werkt als plaatsvervangend hoofdopleider GZ bij RINO Amsterdam.

Marc Daemen is klinisch psycholoog/psychotherapeut, P-opleider GGZ Westelijk Noord-Brabant en bestuursvoorzitter van de NVGP. Hij is coördinerend docent groepsdynamica en groepstherapie bij de opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog RINO Groep, (leer)supervisor, cursusgever, leertherapeut NVGP en (leer)supervisor NVP.

Refereren aan:

Koementas-de Vos, M & Daemen, M. (2024). Groepstherapie in de ggz: een van de beoogde oplossingen voor wachtlijstproblematiek, maar hoe? *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 19(4), p. 49-63.

Literatuur

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

Barkowski, S., Schwartze, D., Strauss, B., Burlingame, G.M. & Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 30(8), p. 965-982.

Burlingame, G.M., Alldredge, C.T. & Arnold, R.A. (2021). Alliance rupture detection and repair in group therapy: Using the Group Questionnaire-GQ. *International Journal of Group Psychotherapy*, 71(2), p. 338-370.

Burlingame, G.M., Whitcomb, K.E., Woodland, S.C., Olsen, J.A., Beecher, M. & Gleave, R. (2018). The effects of relationship and progress feedback in group psychotherapy using the Group Questionnaire and Outcome Questionnaire-45: A randomized clinical trial. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(2), p. 116-131.

Chapman, C.L., Burlingame, G.M., Gleave, R., Rees, F., Beecher, M. & Porter, G.S. (2012). Clinical prediction in group psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 22(6), p. 673-681.

Daemen, M.H.L. (2022a). NVGP-opleidingen tot groepstherapeut en specialistisch groepstherapeut. In: Verhagen, P. & Haar, A. ter (ed.). *Leerboek Groepspsychotherapie*. Amsterdam: Boom.

- Daemen, M.H.L. (2022b). Missie geslaagd: er komen betere tarieven voor groepsconsulten in het ZPM! *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 17(3), p. p. 9-13.
- Daemen, M.H.L., Aalders, H. & Meer, M. van der (2022). Het zorgprestatie-model, deel 2. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 17(4), p. 9-23.
- Daemen, M.H.L. (2023a). Reeks 1. Lastige groepssituaties, in: *Psyflix serie over groepstherapie*. Te bekijken op <https://psyflix.net/>
- Daemen, M.H.L. (2023b). Reeks 2. Het interpersoonlijke model, in: *Psyflix serie over groepstherapie*. Te bekijken op <https://psyflix.net/>
- De Volkskrant (4-4-2024). Nederlanders in psychische nood te lang op wachtlijst, in bijna alle regio's en voor vrijwel alle diagnoses. Geraadpleegd op 25-07-2024 via <https://www.volkskrant.nl/wetenschap/nederlanders-in-psychische-nood-te-lang-op-wachtlijst-in-bijna-alle-regio-s-en-voor-vrijwel-alle-diagnoses>
- Fuhriman, A. & Burlingame, G.M. (1990). Consistency of matter: A comparative analysis of individual and group process variables. *The Counseling Psychologist*, 18(1), p. 6-63.
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *The Lancet. Psychiatry*, 9(2), p. 137-150.
- Gryesten, J.R., Poulsen, S., Moltu, C., Biering, E.B., Møller, K. & Arnfred, S.M. (2023). Patients' and therapists' experiences of standardized group cognitive behavioral therapy: Needs for a personalized approach. *Administration and Policy in Mental Health*,
- Haas, W. de (2020). *Groepsbehandeling en teambegeleiding in de zorg*. Amsterdam: Boom.
- Haas, W. de & Hest, K. van (2019). De organisatie van een succesvolle behandelgroep. In: *Praktijkrichtlijnen voor groepsbehandelingen in de (geestelijke) gezondheidszorg*. Utrecht: NVGP.
- Haas, W. de & Hest, K. van (2019). Selectie van de cliënten voor groepsbehandeling en samenstelling van een behandelgroep. In: *Praktijkrichtlijnen voor groepsbehandelingen in de (geestelijke) gezondheidszorg*. Utrecht: NVGP.
- Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon, C., Nielsen, S.L., Smart, D.W., Shimokawa, K. & Sutton, S.W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), p. 155-163.
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S.H., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(1), p. 25-32.
- Have, M. ten, Tuithof, M., Dorsselaer, S. van, Schouten, F., Graaf, R de. NEMESIS, de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/kerncijfers-psychische-aandoeningen/samenvatting-kerncijfers/>. Geraadpleegd op: 25-07-2024. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Heuvel, B.B. van den, Klaassen, N., Wuestman, V. & Beurs, E. de (2024). The Group Questionnaire (GQ-NL): A psychometric investigation among Dutch patients with personality disorders. Manuscript submitted for publication.
- Janis, R.A., Burlingame, G.M., Svien, H., Jensen, J. & Lundgreen, R. (2021). Group therapy for mood disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 31(3), p. 342-358.

Jong, K. de, Conijn, J.M., Gallagher, R., Reshetnikova, A.S., Heij, M. & Lutz, M.C. (2021). Using progress feedback to improve outcomes and reduce drop-out, treatment duration, and deterioration: A multilevel meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 85, 102002.

Jong, K. de, Delgadoillo, J. & Barkham, M. (2023). *Routine Outcome Monitoring and feedback in psychological therapies: A practitioner's guide*. Open University Press.

Koementas-de Vos, M. (2023). Groepstherapie verdient betere marketing. In: *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 18(4), p. 43-49.

Koementas-de Vos, M.W. & Rosendahl, J. (2024). Group psychotherapy for common mental health disorders: It is time to close the gap between scientific evidence and guideline recommendations. Manuscript submitted for publication.

Koementas-de Vos, M.W., van Dijk, M., Tiemens, B., de Jong, K., Witteman, C.L.M. & Nugter, M.A. (2022). Feedback-informed group treatment: A qualitative study of the experiences and needs of patients and therapists. *International Journal of Group Psychotherapy*, 72(3), p. 193-227.

Koementas-de Vos, M.W., Tiemens, B., Engelsbel, F., de Jong, K., Witteman, C.L.M. & Nugter, M. A. (2024). Renewed feedback-informed group treatment for patients with anxiety and depressive disorders. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*.

Koks, R. & Steures, P. (red.) (2019). *Praktijkrichtlijnen voor groepsbehandelingen in de (geestelijke) gezondheidszorg*. Utrecht: NVGP. Vrij te raadplegen op: www.groepspsychotherapie.nl.

Krijnen, I. & Tinga, N. (2023). Reeks 3. MBT-Groepstherapie (MBT-G), in: *Psyflix serie over groepstherapie*. Te bekijken op <https://psyflix.net/>

Leferink op Reinink, M. & Klein, M. (red.) (2024). *Samen beter door groepspsychotherapie. Ervaringen van cliënten*. Sint-Niklaas/'s-Hertogenbosch: Gompel & Svacina.

Lewis, C., Roberts, N.P., Gibson, S. & Bisson, J.I. (2020). Dropout from psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1709709.

Menzis (2024). *Zorginkoopbeleid Geestelijke Gezondheidszorg 2025. Transformeren naar duurzaam toegankelijke en betaalbare zorg*, p. 13. Geraadpleegd op 23-08-2024 via <https://www.menzis.nl/zorgaanbieders/inkoopbeleid-2025>

MIND (4-4-2024). Bijna 100.000 mensen wachten op ggz: dringend actie nodig. Geraadpleegd op 25-07-2024 via <https://wijzijnmind.nl/nieuws/bijna-100-000-mensen-wachten-op-ggz-dringend-actie-nodig>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, e.a. (2022). *Integraal Zorg Akkoord. Samen werken aan gezonde zorg*, p. 78. Geraadpleegd op 24-08-2024 via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>.

NVP (2021). Factsheet *Groepspsychotherapie bij volwassenen. Stand van wetenschap en praktijk*. Geraadpleegd op 24-08-2024 via <https://www.psychotherapie.nl/over-de-nvp/nvp-publicaties>.

NZA (4-4-2024). Wachttijden ggz blijven hoog: mensen wachten in bijna alle regio's en voor alle diagnoses te lang. Geraadpleegd op 25-07-2024 via <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2024/04/04/wachttijden-ggz-blijven-hoog-mensen-wachten-in-bijna-alle-regios-en-voor-alle-diagnoses-te-lang>.

Rosendahl, J., Alldredge, C.T., Burlingame, G.M. & Strauss, B. (2021). Recent developments in group psychotherapy research. *American Journal of Psychotherapy*, 74(2), p. 52-59.

- Schuman, D.L., Slone, N.C., Reese, R.J. & Duncan, B. (2015). Efficacy of client feedback in group psychotherapy with soldiers referred for substance abuse treatment. *Psychotherapy Research*, 25(4), p. 396-407.
- Schwartz, D., Barkowski, S., Strauss, B., Burlingame, G.M., Barth, J. & Rosendahl, J. (2017). Efficacy of group psychotherapy for panic disorder: Meta-analysis of randomized, controlled trials. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 21(2), p. 77-93.
- Schwartz, D., Barkowski, S., Strauss, B., Knaevelsrud, C. & Rosendahl, J. (2019). Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy Research*, 29(4), p. 415-431.
- Schwartz, D., Barkowski, S., Burlingame, G. M., Strauss, B. & Rosendahl, J. (2016). Efficacy of group psychotherapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 10, p. 49-61.
- Shay J.J. (2021). Terrified of group therapy: Investigating obstacles to entering or leading groups. *American Journal of Psychotherapy*, 74(2), p. 71-75.
- Skiper (25-4-2023). Verwacht personeelstekort in ggz blijft groeien. Geraadpleegd op 25-07-2023 via <https://www.skiper.nl/nieuws/verwacht-personeelstekort-in-ggz-blijft-groeien/>
- Slone, N.C., Reese, R.J., Mathews-Duval, S. & Kodet, J. (2015). Evaluating the efficacy of client feedback in group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 19(2), p. 122-136.
- Verhagen, P. & Haar, A. ter (2022a). Podcast Groepspsychotherapie. Geraadpleegd op 15-04-2023 via https://www.boompsychologie.nl/product/100-11116_Leerboek-groepspsychotherapie#extra
- Verhagen, P. & Haar, A. ter (ed.) (2022b). *Leerboek Groepspsychotherapie*. Amsterdam: Boom.
- VGZ (2024) *Inkoopbeleid 2025 Geestelijke Gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 23-08-2024 via <https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/geestelijke-gezondheidszorg/inkoopbeleid/visie-2025-passende-en-doelmatige-ggz>
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P. & Lambert, M.J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110(2), p. 639-644.
- Werner, L. & Aalders, H. (2024). WachtenWaard, een geslaagde pilot. In: *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 19(2), p. 75-82.
- Whittingham, M., Marmarosh, C.L., Mallow, P. & Scherer, M. (2023). Mental health care equity and access: A group therapy solution. *The American Psychologist*, 78(2), p. 119-133.
- World Health Organization (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Yalom, I.D. & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (6th ed.). New York: Basic Books.
- Zilveren Kruis (2024). *Inkoopbeleid Geestelijke gezondheidszorg – Instellingen 2025*, p. 5. Geraadpleegd op 23-08-2024 via <https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/ggz/beleid-en-contract/instellingen>
- Zorgverzekeraars Nederland (2020). *De ggz in 2025: Vergezicht op de geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 25-07-2024 via <https://www.zn.nl/app/uploads/2023/03/De-ggz-in-2025-vergezicht-van-zorgverzekeraars-op-de-geestelijke-gezondheidszorg1.pdf>

Bespiegelingen naar aanleiding van een wonder

Laatst werd ik gebeld door een telecom-bedrijf. Dat gebeurt uiteraard vaker en ik heb mijn antwoord dan ook klaar: 'Als u mij iets wil verkopen, ben ik niet geïnteresseerd in dit gesprek.' Dit keer was de respons: 'Nee hoor, ik bel u niet om iets te verkopen, maar om u te adviseren over onze nieuwe producten.' Een opmerkelijke verdraaiing van in ieder geval mijn realiteit. Misschien was de belster in kwestie echt overtuigd van haar onbaatzuchtigheid (al dan niet ten gevolge van een wens tot baanbehoud of succesvolle indoctrinatie)? Hedendaagse uitspraken en slogans die incompatibele realiteiten verenigen zijn talrijk. Denk aan 'een rustige jaarwisseling', 'schoon stoken', of 'groene groei' (there are no such things...). Ondanks de overduidelijke commerciële en politieke belangen die erachter schuil gaan, willen velen er maar al te graag in geloven. Ons verstand echter, weet het als iets te mooi klinkt om waar te zijn. Maar wat als iets te ingewikkeld is om waar te zijn?

De recent uitgebrachte documentaire *The Gullspång Miracle* (2023), is een wonderlijk en intrigerend verhaal over familiedynamiek. Twee Noorse zussen, Kari en May, kopen een

appartement in het Zweedse Gullspång en staan plots oog in oog met verkoopster Olaug, die sprekend lijkt op hun jong overleden, in de oorlog geboren zus Lita. Een wonder! Uit onder meer een DNA-test blijkt dat Olaug de in Zweden opgegroeide tweelingzuster is van Lita. Olaug herkent bij zichzelf een sinds jaren gevoeld gemis, zoals gescheiden tweelingen dat kunnen ervaren, en sluit de dochter van Lita liefdevol in haar armen. Kari en May, evenals hun broer, verwelkomen Olaug hartelijk in hun familie.

Al spoedig komt er een kink in deze warme kabel. De verschillen tussen de Noorse kant van de familie en de Zweedse tak zijn groot. De Noren komen van het platteland en zijn tevreden met hun boerenbestaan. Ze zijn daarenboven gelovig en spiritueel, terwijl Olaug modebewust, cultureel onderlegd, rationeel en geheel ongelovig is. Een kloof ontstaat die steeds minder overbrugbaar lijkt. Een rol hierbij speelt de gezamenlijke zoektocht naar de oorzaak van Lita's overlijden. De Noorse familie weet niet beter dan dat ze zelfmoord pleegde. Maar uit nauwgezette bestudering van de politiedocumentatie blijkt dat het een natuurlijk overlijden betrof, tot grote opluchting van de Noorse zussen.

Immers, zelfmoord is een zonde. Een ontmoeting met veronachtzaamde getuigen van weleer, geeft aanzienlijke aanleiding om moord te vermoeden. Olaug wil dit zorgvuldig uitzoeken; Kari en May willen er echter niets van weten.

Interessanter is waaróm de verschillen zo belangrijk worden

Verwijten vliegen over en weer. Olaug raakt geïrriteerd door de spiritualiteit en godsvrucht van de Noorse zussen. Ze ervaart druk om zich te bekeren en beroept zich op haar hoge IQ. Uit boosheid flapt ze eruit beide dames te kunnen vermoorden ware het niet dat ze zo'n enorme zelfbeheersing heeft. Op hun beurt zijn Kari en May overduidelijk gepikeerd als Olaug het ouderlijk huis aanschouwt en meewarig concludeert dat haar overleden zusje in armoede is opgegroeid. 'We waren niet arm én we waren heel gelukkig', roepen ze verontwaardigd uit. Het duurt niet lang voordat de contacten worden verbroken. Olaug wil geen familie meer zijn en dringt aan op een nieuwe DNA-test. Tot ieders verbazing wijst deze tweede test uit dat ze tóch geen familie zijn. 'Ze heeft zich laten inspuiten met andermans bloed', zo luidt de reactie van Kari en May. Hoe dan ook, een waarlijk wonderlijk verhaal. Let wel, een docu en geen fictie.

Vele vragen blijven onbeantwoord. Niettemin kunnen we proberen te begrijpen waarom de breuk ontstaat. Sociaalpsychologen zouden de verwijdering kunnen beschouwen vanuit

een intergroepspectief: de Zweedse en de Noorse familietak zijn verschillende begrensde sociale entiteiten en elkaars vergelijkingsander. Met 'wij-zij-denken' en zelfs maximalisering van het verschil als gevolg (e.g. Tajfel, 1970). En dan is er ook nog eens sprake van een meerderheid (de uitgebreide en hechte Noorse familie) en een minderheid (Olaug die als eenling de familie wordt ingezogen). Onderzoekers die zich bezighouden met zogenoemde 'faultlines' (e.g. Thatcher & Patel, 2012) zullen zich richten op de kloof die gebaseerd is op meerdere breuklijnen: zo zijn Kari en May gelovig, Noors, en platte-lands, terwijl Olaug ongelovig, Zweeds en stads is. Tweelingonderzoekers (e.g. Bouchard et al., 1990) hebben een geweldig intrigerende nature-nurture-puzzel. Olaug voelt zich een deel van een tweeling, maar keert zich uiteindelijk af van de familieband – vanwege haar opvoeding? En dan zijn er vast andere sociale wetenschappers die zullen wijzen op de diverse 'bubbles' waarin de zussen verkeren, of een en ander verklaren vanuit culturele kenmerken.

Interessanter is waaróm de verschillen zo belangrijk worden en waaróm een en ander niet verder kan worden uitgezocht. In plaats van het ontdekken van mogelijk onwenselijke waarheden is leven met illusies draaglijker: ik ben niet weggegeven of geadopteerd, onze zus is niet vermoord, er is niet tegen mij gelogen. Het is ook opvallend dat de Noorse familie nooit het graf van Lita of de plek des onheils heeft bezocht. De schaamte vanwege zelfmoord zal een rol hebben gespeeld, maar wellicht ook een doorwerkende angst voor de nazi's die een bijzondere belangstelling voor tweelingen aan de dag legden. Samen zijn en op elkaar lijken betekende gevaar. Een transgenerationale angst voor

de waarheid? Het zijn de biologische én stiefouders van de tweeling geweest die de waarheid bewust geheim hebben gehouden, ook nadat de nationaalsocialistische dreiging geweken was (vast met de beste bedoelingen). De boodschap: niet wroeten in emotioneel lastige realiteiten.

En zo, ondanks een warme samenkomst van verloren familieleden, willen ze uiteindelijk blijven geloven in de eigen waarheid. Waarheid in functie van de wens. Uiteindelijk kennen we dé waarheid niet. Maar wat vooral verwondert is het niet willen weten wat de waarheid is, met een relatiebreuk ten gevolg. Terwijl eenzaamheid en verlangen naar contact blijven bestaan. Niet alleen wil Olaug in innig contact verbonden blijven met haar 'nicht', tevens belt ze documentairemaakster Marian Frederiksson en stelt ze haar voor samen een DNA-test te doen... Verlangen en

angst zijn sterker dan waarheid (en het IQ, ook van Olaug).

Een belangrijke les voor onderzoekers die onoverbrugbare verschillen verantwoordelijk houden voor breuken, conflict en polarisatie is: zou het zo kunnen zijn dat 'onoverbrugbare verschillen' aangeroepen en vergroot worden om maar niet geconfronteerd te worden met ongemakkelijke waarheden? Het begrijpen van de context is essentieel. Ook in onze samenleving zijn problemen enorm en complex. Gevoelens van angst en machteloosheid zijn gemakkelijker te verdragen als er een schuldige 'ander' kan worden aangewezen (ongetwijfeld aangewakkerd door leiders ten behoeve van politiek gewin). De uitdaging blijft hoe vanuit gedeelde menselijkheid de tragiek van het bestaan te adresseren.

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

Refereren aan:

.....
Schruijer, S. (2024). Bepiegelingen naar aanleiding van een wonder. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 19(4), p. 65-67.

Literatuur

.....
Bouchard, T., Lykken, D., McGue, M., Segal, N. & Tellegen, A. (1990). Sources of human psychological differences: The Minnesota study of twins reared apart. *Science*, 250, p. 223-228.

Tajfel, H. (1970). Experiments in intergroup discrimination. *Scientific American*, 223, p. 96-102.

Thatcher, S. & Patel, P. (2012). Group faultlines: A review, integration, and guide to future research. *Journal of Management*, 38, p. 969-1009.

The Gullspång Miracle (2023). Documentaire. Regie: Marian Frederiksson. Ballad Film.
.....

Leertherapie: *practise what you preach*

In 2020 werd een commissie in het leven geroepen die zich boog over de vraag naar de plaats, functie en vorm van de leertherapie in de huidige opleidingen tot klinisch-psycholoog en psychotherapeut en in de toekomstige opleiding tot Klinisch Psycholoog-Psychotherapeut (KP-PT). Dat gebeurde op initiatief van de hoofdopleiders van deze opleidingen. Het doel was tot een liefst eensluidend en eenduidig advies te komen over leertherapie in de nieuwe opleiding. In de commissie ontstond een levendige discussie, maar tot een eensluidend advies kwam het niet. Naar aanleiding van deze discussie willen de auteurs hun visie uiteenzetten op nut en noodzaak van leertherapie in de opleiding tot KP-PT.

Door Janie van Dijk, Anna Bartak
en Paul Wijts

Leertherapie is een persoonlijke psychotherapie van de opleiding gedurende de opleiding. In het Besluit opleidingseisen Psychotherapeut (FGZPt, 2019) wordt leertherapie omschreven als 'Het ondergaan van een psychotherapie in het kader van de opleiding, met als doel bij de opleiding de ontwikkeling en het inzicht in het eigen functioneren als psychotherapeut te bevorderen' (pg.3). Een verdere definitie of een omschrijving van doelen wordt niet gegeven. Aan het einde van dit artikel zullen we de definitie en doelen van leertherapie formuleren die logisch volgen uit ons betoog. Vastgelegd in het huidige Besluit Specialisme Klinische Psychologie (FGZPt, 2019) en in het Besluit Opleidingseisen Psychotherapeut (FGZPt, 2019) is de eis van vijftig sessies leertherapie van 45 minuten elk, verspreid over minimaal negen maanden. De keuze voor leertherapeut, referentiekader en setting (individueel of groep) is vrij. De leertherapeut moet als zodanig geregistreerd zijn bij een wetenschappelijke vereniging of bij de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP). In de praktijk is het toegestaan de leertherapie op te splitsen in twee keer 25 sessies bij twee verschillende therapeuten.

Wordt er een nieuw specialisme in het leven geroepen, de KP-PT, dan worden de opleidingseisen opnieuw geformuleerd.

De toekomstige KP-PT opleiding zal als doel hebben op te leiden tot bekwaame psychotherapeuten. Psychotherapie definiëren we, gebaseerd op verschillende bronnen (Opleidingsplan Psychotherapeut, 2018; Colijn e.a., 2009; Generieke Module Psychotherapie, 2018) als volgt: psychotherapie is het op deskundige wijze doelbewust toepassen van klinische methodes en attitudes voor diagnostiek, indicatiestelling en behandeling met als doel mensen bij te staan in het veranderen van hun gedrag, cognities, emoties en/of persoonskenmerken in de richting die door de betrokkenen wenselijk wordt geacht. De psychotherapeutische relatie kan enerzijds voorwaardenscheppend en ondersteunend en anderzijds methodisch instrument van behandeling zijn. De klinische methodes en attitudes zijn gebaseerd zijn op algemeen aanvaarde psychologische principes en zijn waar mogelijk empirisch ondersteund in wetenschappelijk onderzoek.'

Het opleidingsplan Psychotherapeut (2018) beschrijft psychotherapeuten als zij die zich richten 'op de curatieve behandeling van patiënten met complexe psychische problematiek, hetgeen meestal leidt tot langer durende behandeling waarin het benutten van de therapeutische relatie een centrale rol speelt. [...] Er worden bij psychotherapie hoge eisen gesteld aan het vaak langer durend en intensief interpersoonlijk contact. De therapeutische relatie, het therapeutisch proces en de therapeutische context komen dientengevolge meer op de voorgrond te staan dan in korter durende en meer klachtgerichte behandelingen.'

De vraag naar evidentie

In de discussie over leertherapie wordt vooral de vraag gesteld wat de wetenschappelijke evidentie is voor leertherapie. Deze vraag willen wij hier graag proberen te beantwoorden, waarbij duidelijk zal worden dat we het begrip 'wetenschappelijke evidentie' opvatten zoals het oorspronkelijk bedoeld was.

We willen daarom allereerst stilstaan bij de vraag wat we verstaan onder een handelingswijze die wij *evidence-based* noemen. David Sackett, grondlegger van de *evidence based medicine*, waarschuwde voor het misbruik (laten we zeggen voor bijvoorbeeld ideologische of financiële doeleinden) van wat met evidence-based medicine bedoeld is: een richtsnoer om de klinische praktijk zinvol in te richten.

We willen waken voor een strijd over meta-analyses en getallen

'Evidence based medicine is not "cookbook" medicine. Because it requires a bottom up approach that integrates the best external evidence with individual clinical expertise and patients' choice, it cannot result in slavish, cookbook approaches to individual patient care. External clinical evidence can inform, but can never replace, individual clinical expertise, and it is this expertise that decides whether the external evidence applies to the individual patient at all and, if so, how it should be integrated into a clinical decision. Similarly, any

external guideline must be integrated with individual clinical expertise in deciding whether and how it matches the patient's clinical state, predicament, and preferences, and thus whether it should be applied. Clinicians who fear top down cookbooks will find the advocates of evidence based medicine joining them at the barricades' (Sackett e.a., 1996, p. 72).

De kennis die wij volgens deze visie vergaren is samengesteld uit drie belangrijke pijlers: state-of-the-art wetenschappelijke evidentie, klinische expertise en de keuze van de patiënt. Deze visie kan toegepast worden op de vraag naar de evidentie voor leertherapie. In ons specifieke geval gaat het om de opleiding en de opleiding in plaats van de behandeling en de patiënt. We willen waken voor een strijd over meta-analyses en getallen betreffende leertherapie, en ons richten op een integratie van bovengenoemde pijlers, leidende tot een bredere evidentie waarin klinische expertise en keuze van de opleiding een plek krijgt (zie ook Scheepers, 2021; Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017). Dit alles om de toekomstige opleiding zo goed mogelijk in te richten. Vragen die daarbij horen zijn: wat voor soort hulpverleners willen we opleiden? Welke middelen hebben we nodig om dit doel te bereiken? Welke verbanden worden er gevonden tussen de manier waarop opleiding en leertherapie wordt vormgegeven en belangrijke uitkomsten? Wat is de ervaring van opleidingen/therapeuten zelf met hun eigen (leer) therapie, de manier waarop die plaatsvond en de gevolgen die zij ervaren?

In dit licht geven we hieronder een overzicht van de stand van de wetenschappelijke bevindingen rondom leertherapie, het belang van de persoon van de therapeut, werkzame factoren in psychotherapie, de 'wording van

een goede therapeut' en de consequenties daarvan voor de inrichting van de opleiding. De therapeut (KP-PT'er) in opleiding moet optimaal ondersteund worden in zijn professionele en persoonlijke ontwikkeling. We zullen in dit artikel verhelderen dat een verplichte leertherapie daarbij een vanzelfsprekend en essentieel onderdeel van de opleiding uitmaakt.

De persoon van de therapeut

De persoon van de therapeut is een van de duidelijkste voorspellers van therapieresultaat (Heinonen & Nissen-Lie, 2020; Wampold & Imel, 2015), met een verklaarde variantie van therapie-uitkomst van 5-10% (Baldwin & Imel, 2013; Benish & Imel, 2008; Laska e.a., 2014; Nissen-Lie, 2017, Moe & Thimm, 2021). Verschillende meta-analyses tonen daarnaast aan dat ook de (kwaliteit van) de therapeutische alliantie een van de meest robuuste voorspellers van therapieresultaat is (Flückiger e.a., 2018). Dit geldt over diagnoses en behandelmethodieken heen (Flückiger e.a., 2012). Het belang dat therapeuten vanouds hechten aan de invloed van de therapeutische oriëntatie op behandelresultaat is begrijpelijk omdat het houvast en (beroeps)identiteit geeft. Wetenschappelijk is dit standpunt inmiddels achterhaald, zowel door een groot aantal aan 'horse-race-studies' die herhaaldelijk weinig verschil tussen therapiescholen laat zien, als ook door modern psychotherapie-onderzoek dat het belang van de persoon van de therapeut en de therapeutische relatie meer centraal stelt. Inmiddels is er in het bredere veld van de psychotherapie erkenning voor het belang van de persoon van de therapeut voor het therapeutisch proces en de uitkomst ervan

(Castonguay & Hill, 2017; Wampold, 2015; Flückiger, 2018; Wampold & Owen, 2021). Waar gaat het dan om bij de 'persoon van de therapeut'? Nissen-Lie en collega's (2017) bespreken op basis van een overzicht van

Effectieve therapeuten lijken vooral sterk te zijn in interpersoonlijke vaardigheden

recente studies de relevante persoonlijke kenmerken en interpersoonlijke vaardigheden die het meest bijdragen aan gunstige therapie-uitkomsten. Het betreft het vermogen tot responsiviteit, affirmatie en oprechtheid; empathie met verschillende typen patiënten; overtuigend zijn; verdragen van agressie bij devaluerende en afwijzende patiënten en vaardigheid in het hanteren van tegenoverdrachtsreacties (Nissen-Lie e.a., 2017; Moe e.a., 2012, Lingiardi e.a., 2018; Wampold, 2015).

Effectieve therapeuten lijken vooral sterk te zijn in interpersoonlijke vaardigheden, vaardigheden met betrekking tot de therapeutische relatie dus, die deels bepaald worden door hun persoonlijke achtergrond en hechtingsgeschiedenis (Heinonen & Nissen-Lie, 2020). De therapeutische relatie is een relatie waarin het gehechtheidssysteem van patiënt én therapeut geactiveerd wordt. Veilig gehechte therapeuten blijken beter aan te sluiten bij de gehechtheidsstijl van hun patiënten. Zij maken spontaan interventies die bevorderlijk zijn: meer adequaat ontregelende interventies bij angstig-vermij-

dend gehechte patiënten en meer steunende of praktische interventies bij patiënten met een gepreoccupeerde gehechtheidsstijl (Dozier & Bates, 2004; Lingiardi e.a., 2018). Therapeuten met een onveilige gehechtheidsstijl doen het tegenovergestelde, blijkt uit het onderzoek van Dozier en Bates (2004). De belangrijkste kenmerken van een goede therapeut, vonden zij, zijn een autonome persoonlijkheid met bovengemiddelde intelligentie, een flexibele relatiestijl op basis van veilige gehechtheid, met het vermogen de psychotherapeutische setting te verdragen en met een hoge mate van zelfreflectie (Dozier & Bates, 2004; Wallin, 2007; Heuves, 2011). Je kunt veronderstellen dat dit ook geldt voor therapeuten met een, door therapie of anderszins, verworven veilige gehechtheid. Deze therapeuten kennen de (binnen) wereld van hun patiënten uit eigen ervaring (Roisman e.a., 2002; Wallin, 2007). Als motieven voor de beroepskeuze van psychotherapeuten bijvoorbeeld ook voortkomen uit parentificatie of uit een anderszins getroubleerde ontwikkelingsgeschiedenis, kan dat tot een kracht uitgroeien, mits er veilige ruimte is om deze 'woundedness' te onderzoeken en te bewerken (Zerubavel & Wright, 2012), een ontwikkeling dus naar een verworven veilige gehechtheid. De auteurs laten zien hoe belangrijk hierin destigmatisatie van het 'gewond zijn' is, maar vooral ook de destigmatisatie van het hulp zoeken. Daarvoor is een 'open dialoog' nodig. Juist voor beginnende therapeuten, opleidelingen, willen zij de weg vrij maken om ondanks schaamte de eigen kwetsbaarheid te onderzoeken, zodat dezen op hun beurt een veilige ruimte aan hun patiënten kunnen (blijven) bieden. Hierbij benoemen de auteurs expliciet het gevaar van formele (competentie-)evalua-

ties die dit proces in de weg kunnen staan. *'The stigma of disclosing woundedness may prevent psychotherapists from seeking help for their distress [...], the very thing that might help [...]. A common fear is that woundedness will be misconstrued as impairment [...]. Receiving official evaluations of clinical competency complicates the risks associated with a disclosure of woundedness for trainees and early career psychologists. Supervisees who are receiving middle-of-the-road or negative evaluations may find it too risky to make disclosures. In fact, these therapists may be the most in need of guidance around how to handle clinically relevant manifestations of wounds'* [Zerubavel & Wright, 2012, p. 488].

Leertherapie, effect op behandelresultaten en de persoon van de therapeut

We mogen aannemen dat de (leer)therapie van de therapeut in de ontwikkeling van deze therapiefactoren – persoon van de therapeut, goede alliantie – een rol speelt. Maar weten we dat ook?

Alvorens deze vraag te beantwoorden staan we stil bij de vraag of (leer)therapie effect heeft op symptoomvermindering bij patiënten, op het behandelresultaat. Een onzinnige vraag stelt Draijer (2019) weliswaar, omdat er in een opleiding zoveel gebeurt dat het effect van leertherapie op de behandeling niet te isoleren en te bepalen is. Toch is er onderzoek gedaan naar de vraag of een eigen therapie (dus niet per se leertherapie) bij professionals een direct positief resultaat heeft op hun behandeluitkomsten. Beutler en collega's (2004) zien in hun review dat er geen direct verband aangetoond kan worden tussen persoonlijke therapie en behandelresultaten, maar ook zij stellen de vraag of

zo'n direct verband überhaupt wel te zien en te meten is. Eerder denken zij aan positieve effecten van levenslang leren, omdat het gaat om langdurige processen van reflectie, verandering en consolidatie van voor therapeuten belangrijke persoonlijke variabelen. Een veel geciteerde review is die van Macran en Shapiro (1998) die concluderen dat het onduidelijk is of persoonlijke therapie effect heeft op behandelresultaten. Bennett-Levy en Finlay-Jones (2018) noemen in hun overzicht van een aantal reviews het beperkte bewijs van effect van persoonlijke therapie op behandelresultaten. Ook anderen (Rønnestad e.a., 2016; Moe & Thimm, 2021) komen tot deze conclusie in hun reviews. Al deze auteurs benadrukken echter de methodologische problemen bij deze onderzoeken. Gezien de complexiteit van de onderzochte concepten is dit geen onvoorziene uitkomst. Sterker nog, het is mogelijk een te simplistische aanname dat directe lineaire causaliteit tussen (de effecten van) leertherapie en (korte-termijn) behandelresultaten aan te tonen zijn. Een ander relevant punt in deze kwestie over leertherapie is het verband tussen kwaliteiten van de therapeut en effecten op hun behandelingen. Empirisch bewijs voor een verband tussen deze therapeutkwaliteiten en behandelresultaat is gevonden in onderzoek van Nissen-Lie en collega's (2017). Een positieve zelfwaardering (*self-affiliation*) van de therapeut en professionele zelftwijfel dragen bij aan een gunstige therapie-uitkomst. *Self-affiliation* betreft de manier waarop iemand zichzelf beleeft. Is deze voldoende in balans en overwegend positief, dan zal dit een open, meer tolerante interpersoonlijke stijl mogelijk maken. *Self-affiliation* hangt samen met het vermogen het zelfgevoel te reguleren, ook als dat onder druk komt te

staan in een therapeutische relatie, bijvoorbeeld door een devaluerende, afwijzende overdracht. Het geeft ruimte voor professionele zelftwijfel waarbij je jezelf als therapeut kunt bevragen zonder daar al te angstig van te worden.

Brengt (leer)therapie verbetering in de genoemde persoonlijke kwaliteiten van de therapeut en in het interpersoonlijk functioneren? Gezien de methodologische problemen om tot een wetenschappelijk sluitend 'bewijs' te komen dat leertherapie van de therapeut een direct meetbare invloed heeft op het welzijn van patiënten – is het dan wel mogelijk om de invloed van leertherapie op deze kenmerken van een psychotherapeut te onderzoeken?

Als je het de therapeuten zelf vraagt, is het antwoord duidelijk, blijkt uit onderzoek naar hun mening over persoonlijke therapie, al dan niet gevolgd gedurende de opleiding.

Professionals zijn doorgaans heel positief over het effect van hun eigen therapie op hun functioneren en de kwaliteit van hun werk

Een hoog percentage professionals zoekt om professionele en persoonlijke redenen therapie: tussen de 73 en 94 procent bij de bijna 4000 ondervraagden in een onderzoek van Orlinsky en collega's (2011). Naast supervisie en het opdoen van ervaring in behandelingen wordt de eigen therapie gezien als een van de belangrijkste hoekstenen van de opleiding. Professionals zijn doorgaans heel

positief over het effect van hun therapie op hun eigen functioneren en op de kwaliteit van hun werk (Orlinsky e.a., 2011; Macran & Shapiro, 1998; Bike e.a., 2009; Råbu e.a., 2021). Het meest noemen zij aspecten die de interpersoonlijke relatie en de dynamiek van de psychotherapie betreffen: het belang van warmte, empathie en van de relatie; zelf te weten hoe het is om in therapie te zijn; het belang van (tegen)overdracht; het belang van een eigen therapie voor therapeuten; de 'menschelijkheid' van de therapeut; het belang van geduld en tolerantie. En *last but not least*: de ervaring – bij het ondergaan van een therapie – dat goede psychotherapie helpt. De subjectieve beleving van professionals is dus dat zij door therapie competentere therapeuten zijn geworden.

Soortgelijke bevindingen doen ook Strauss en Taeger (2021) met betrekking tot leertherapie. In hun systematisch literatuuroverzicht van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeken tussen 2005 en 2020 naar het effect van leertherapie (*Selbsterfahrung*) komen zij tot de conclusie dat er overwegend positieve effecten van leertherapie zijn op interpersoonlijke vaardigheden, zelfwaarneming, het begrip van therapeutisch werk, welbevinden van therapeuten en het ervaren van verlichting. Ook noemen zij het verstevigen van de beroepsidentiteit als een positief effect. Therapeuten gebruiken de positieve ervaring uit de relatie met hun eigen leertherapeut als belangrijke wegwijzer voor de relatie met hun cliënten (Bellows, 2007; Norcross & Connor, 2005). Er is al met al enig bewijs dat persoonlijke therapie die kwaliteiten van therapeuten verbeteren die constructief bijdragen aan verandering bij patiënten, zoals empathie, warmte en oprechtheid (Macran & Shapiro, 1998; Bike

e.a., 2009). Orlinsky en collega's (2005, 2011) concluderen uit hun zeer uitgebreide reviews dat er 'ample evidence' is voor het gunstige effect van (leer)therapie op therapeutkwaliteiten. Anderen concluderen evenwel dat het empirische bewijs niet sterk is (Moe & Thimm, 2021; Bennett-Levy, 2019). Ook hier wreekt zich dat de concepten te complex zijn om een methodologisch sterk onderzoek voor het aantonen van causaliteit uit te voeren. Strauss en Taeger benadrukken overigens,

Grensoverschrijding is een beduchte valkuil in ons beroep

net als Orlinsky en collega's (2011), het belang van levenslang leren: psychotherapeutische reflectie als een terugkerend element in de loopbaan, ook ter voorkoming van uitputting en grensoverschrijdingen, waarover hieronder meer. Kennelijk voegen de meeste therapeuten de daad bij het woord en gaan herhaaldelijk opnieuw in therapie, niet omdat onder therapeuten gemiddeld genomen meer pathologie bestaat, maar omdat therapeuten niet anders zijn dan andere mensen – en dus ook kwetsbaar voor levenscrises – en omdat het vak veel (draagkracht) vergt (zie Orlinsky e.a., 2011).

Leertherapie in het licht van de risico's van het vak

Het belang van leertherapie wordt ook vaak genoemd in het licht van de risico's die verbonden zijn aan het vak psychotherapie. Uitputting door emotionele belasting is een risico voor de therapeut. Grensoverschrij-

dingen zijn een gevaar voor de patiënt, en natuurlijk ook voor de therapeut zelf. Recent onderzoek van Nissen-Lie e.a. (2021) en Lakioti e.a. (2020) laat zien dat het meeste risico op uitval ligt bij de therapeuten met zorgen in hun eigen leven, met vroege traumatisering, met een onveilige gehechtheid, en met weinig bevrediging door hun werk. Deze auteurs bevelen therapie en supervisie aan ter preventie van uitputting.

Grensoverschrijding is een beduchte valkuil in ons beroep (Norris e.a.; 2003, Gabbard, 2016). Behalve duidelijke overschrijdingen is er ook een groot grijs gebied, het hellend vlak. Openheid, bewustwording van onze tegenoverdracht en reflectie op ons handelen zijn noodzakelijk om, op tijd, schade te voorkomen. Leertherapie kan bijdragen aan de analyse van de tegenoverdracht in relatie tot de eigen kwetsbaarheden van de therapeut in opleiding.

'Boundary problems are universal concerns, not merely the character defects of bad apples in the professional barrel; nor are they relevant only to those doing psychoanalytically oriented psychotherapy; nor are they confined to the offices of the private practitioner. We have presented an overview of characteristics of the patient and of the psychotherapist that may predispose to serious disruptions of the therapy process. Clinicians young and old, and in all settings, must overcome their understandable but damaging reluctance to fully examine this topic in every setting – didactic, training, consultative, and supervisory. Here we have tried to initiate that process and provide an overview for trainees and early-career and senior practitioners. We have done so because history teaches the hard lesson that this matter must be reviewed and revisited at least as often as the Physicians' Desk Reference, and

for the same reason: the welfare of the patient and the serious and often tragic consequences of missteps in this area for both patient and practitioner' (Norris e.a., 2003, p. 522).

Draijer en Nicolai (2021) vragen aandacht voor (tegen)overdrachtsverschijnselen in de behandeling van met name vroeg getraumatiseerde cliënten, een van de groepen waar de KP-PT-therapeut (in opleiding) veelvuldig mee te maken krijgt. Zij benadrukken het belang van veiligheid in inter- en supervisie maar stellen ook dat juist supervisie in de opleiding, en het daarmee verbonden oordeel over het functioneren, een te onveilige vorm van ondersteuning kan zijn op dit zeer persoonlijke gebied van functioneren. Het veilige kader van (leer)therapie is nodig als om deze kwetsbaarheden en de mogelijk hieruit resulterende blinde vlekken te bespreken.

Gabbard (2016) onderschrijft dit: er moet aandacht blijven voor de blinde vlekken, want *'the unconscious will always be resisted. Hence, we have a great deal of difficulty honestly assessing our countertransference wishes and our rationalizations for stepping outside the frame in one manner or another'* (p. 152). Hij merkt op dat een vertrouwensrelatie met een andere therapeut van onmisbare waarde is, één waarin niet geoordeeld wordt, tijdens de opleiding en ook daarna. Hier ligt een basis voor het levenslang leren voor de therapeut. Leertherapie is van belang voor het beperken van genoemde risico's. Op herhaling gaan is wenselijk en soms noodzakelijk.

Overwegingen en conclusie

Het schrijven van dit stuk is een proces geweest van gedachtenvorming en voort-

schrijdend inzicht. We willen afronden met nog enkele overwegingen en tot slot de definitie en doelen van leertherapie zoals wij die formuleren op basis van het voorgaande. We geven daarbij ook enkele randvoorwaarden aan die wij voor leertherapie van belang achten.

Het is evident, en dat wordt breed gedragen binnen verschillende psychotherapiescholen, dat voor een gunstig verloop van een therapie de persoon van de therapeut er toe doet. Ook is er een vrij brede consensus over de aard van de persoonsgebonden kwaliteiten waarover een therapeut moet beschikken om een therapeutisch proces adequaat op gang te brengen en hanteren. En, hoewel er geen causale relatie aangetoond wordt tussen persoonlijke therapie en kenmerken van de therapeut en/of behandelresultaten, is het een breed gedeelde opvatting dat meer zelfkennis en een groter vermogen tot zelfreflectie verband houden met relevante therapeutkenmerken en het vermogen flexibel met de behandelrelatie om te gaan. Het lijkt een kwestie van gezond verstand: hoe kun je de ander begrijpen als je jezelf niet kent? We haalden Sackett aan die stelt dat evidence based bestaat uit de pijlers van empirische evidentie, klinische consensus en de inbreng van de betrokkene (in zijn theorie de patiënt in de behandeling, in ons geval de therapeut in (leer)therapie). We willen, in analogie, stellen dat de empirische evidentie voor leertherapie weliswaar op methodologische beperkingen stuit, maar dat er ruimschoots onderbouwing is vanuit klinische expertise en expert-consensus (waaronder die van de therapeuten die (leer)therapie ondergingen).

Sprekend over klinische expertise: vanouds waarden psychoanalytisch geschoolde

therapeuten de leeraanlyse/-therapie omdat weet van de eigen binnenwereld als voorwaarde wordt gezien voor het kunnen hanteren van de sterke krachten in een therapeutische relatie. Kennis van de eigen geschiedenis, eigen kwetsbaarheden en van eigen gevoelens, plus een goed ontwikkeld reflectief vermogen, zijn noodzakelijk om te laveren in het krachtenveld van de overdracht en tegenoverdracht (zie Draijer, 2017; Heuves, 2011). Ook cognitief-gedragstherapeutisch georiënteerden onderschrijven enkele van deze uitgangspunten steeds meer: de persoon van de therapeut en de therapeutische relatie zijn relevant (Bennett-Levy 2019; zie Hafkensheid, 2021).

Zelfkennis en -reflectie zijn geen (puur cognitieve) vaardigheden die getraind kunnen worden

Zij zullen de weg ernaartoe evenwel ook mogelijk achten via een meer focale, meer cognitief ingestoken route. Bennett-Levy (2018, 2019) geeft een voorbeeld van zo'n route met zijn Personal Practice Model: reflecteren kun je leren. Zijn model beschouwt de persoon van de therapeut als een belangrijke factor in een psychotherapie. Reflectie over de *personal self* en de *therapist self* zijn allebei nodig en deze overlappen. Hij stelt de vraag of training noodzakelijk is om de rol van therapeut goed te kunnen vervullen en presenteert zijn Self-practice/Self-reflection-cursus om het reflectief vermogen van de therapeut te bevorderen. In hun arti-

kel over leertherapie maken Strauss en Taeger (2021) hierbij terecht de opmerking dat een dergelijke insteek het risico heeft te cognitief te zijn. Ook wij concluderen, de discussie overziend, dat het in het leerproces essentieel is dat de aanstaande therapeut door een eigen therapie vertrouwd raakt met de eigen gevoelswereld en daarop leert reflecteren. Een cursus als die van Bennett-Levy is daarvoor niet toereikend. Zelfkennis en -reflectie zijn geen (puur cognitieve) vaardigheden die getraind kunnen worden. Reflectief vermogen is ons inziens intrinsiek verbonden aan een geïntegreerd beeld van zichzelf, zoals dat het geval is bij een autonome 'state of mind' (Dozier & Bates, 2004, Wallin 2007). Wallin (2007, p. 146) schrijft: 'To activate a similar process [van mentaliseren - toev. auteurs] in psychotherapy, we must be able not only to respond emotionally to the patient but also to reflect on emotion – our own and the patient's – so that rather than simply being gripped by feelings we can try to make sense of them. (Needless to say, this sort of responsiveness can, at times, be very difficult to summon, and it usually requires that therapists themselves have considerable experience **as patients**).' Hij noemt de essentie 'the ability to make sense of oneself and others in terms of a coherent autobiographical and biographical narrative' (Wallin, p. 148).

Draijer (2017, p. 166) beschrijft dit in andere bewoordingen: de therapeut 'moet bereid en in staat zijn om zich gevoelsmatig uit de dwingende affectieve greep van de patiënt los te maken en te reflecteren op wat er zich tussen hem of haar en de patiënt voordoet. Daartoe is het noodzakelijk om het eigen gevoelsleven in te zetten. Als het goed is leert hij of zij dat in leertherapie'. Zij stipt

aan dat van therapeuten vaak gezegd wordt dat het geparentificeerde kinderen zijn die geleerd hebben zich te focussen op de ander. Geen zicht hebben op deze parentificatie is een valkuil, maar – gezien het *wounded healer*/verworven gehechtheid-paradigma – kan er ook groei ontstaan, mits de hulpverlener hiervoor de (leer)therapeutische ruimte krijgt.

We hopen voldoende duidelijk gemaakt te hebben, dat dit processen zijn waarvoor in leertherapie tijd en veiligheid gewaarborgd moeten zijn. Het is daarom van belang dat de veilige ruimte van de leertherapie in de toekomstige opleiding wordt behouden en genoeg ruimte omvat zodat een dergelijk therapeutisch proces zinvol doorlopen kan worden.

Veiligheid is een voorwaarde voor het doorwerken van een dergelijk proces. Dat betekent dat leertherapie vertrouwelijk is en dat er niet gerapporteerd wordt aan de opleiding. Bezien vanuit de eerder genoemde gedachte dat therapeuten nogal eens geparentificeerde kinderen zijn, zouden we met een leertherapie waarover gerapporteerd wordt, de aangepastheid van de aanstaande (angstige) therapeut juist versterken, en non-reflectie op momenten van dreigende grensoverschrijding in de hand werken. Niet alle therapeuten gebruiken de therapeutische relatie bewust als instrument. Dat neemt niet weg dat de behandelrelatie in een psychotherapie – in welke therapeutische stroming dan ook – altijd van invloed is op het slagen van de behandeling. De genoemde argumenten voor leertherapie blijven hier dus gelden: de psychotherapeut werkt met kwetsbare patiënten in een vertrouwensrelatie. Dat vraagt om goede ver-

trouwdheid en omgang met eigen gevoeligheden, alleen al om helder te hebben welke interpersoonlijke fenomenen er spelen, en deze te scheiden van eigen gevoeligheden, zodat schade zoals door grensoverschrijdingen wordt voorkomen.

Het aanbieden van leertherapie als een vanzelfsprekend onderdeel van de opleiding, een 'veilige plek' om je eigen persoon en gevoelswereld – zonder beoordeling – te onderzoeken, is essentieel voor de bewustwording van onvermijdelijke blinde vlekken, om te leren omgaan met de risico's en belasting van het beroep, het voorkomen van schade voor jezelf of de patiënt, en voor het (verder) ontwikkelen van het zelfbeeld en de beroepsidentiteit van de KP-PT-therapeut. Leertherapie is er om jezelf *gevoelsmatig* te leren kennen, in beeld te krijgen wat je nog niet weet, in plaats van te reflecteren op wat je al wel weet – zoals dat kan op andere plekken in de opleiding. Je wilt als therapeut immers niet dat je eigen (eventueel onbewuste) gevoeligheden de ontwikkeling van de patiënt in de weg staan.

Degene die in de opleiding die vertrouwelijkheid en veiligheid van de leertherapie heeft ervaren, zal zich later wellicht sneller tot hulp wenden als dit nodig blijkt. Dit moeten we vanzelfsprekend houden, ook na de opleiding. Want, schrijft Gabbard, na zoveel jaar opleiding kan de indruk bestaan dat je het als therapeut alleen moet kunnen rooien.

'As boundaries become fuzzier and the analyst is immersed in self-doubt, the possibility of a consultation seems even more remote because the analyst may feel that it would be humiliating to talk to a third party about the many mistakes and countertransference enactments that are occurring in the treatment' (Gabbard, 2016, p. 153).

Op basis van het voorgaande komen we tot de volgende definitie van leertherapie (voor het nieuwe beroep KP-PT: leertherapie is een psychotherapie die een opleiding volgt in het kader van de opleiding tot KP-PT, met het oog op persoonlijke en professionele ontwikkeling, in onderlinge samenhang, met het doel inzicht in het eigen functioneren als KP-PT te bevorderen en daardoor het functioneren te verbeteren, op alle terreinen die het beroep bestrijkt, en in het bijzonder wat betreft de beoefening van psychotherapie met complexe patiënten.

Leertherapie is een onderdeel van de opleiding en derhalve strikt genomen geen curatieve psychotherapie

Gezien bovenstaande argumenten formuleren wij de volgende doelen van leertherapie als sterke pijler van de opleiding:

- het ontwikkelen van het reflectief vermogen
- de bewustwording van eigen gevoelens, gedachten en gedrag in het kader van het hanteren van de therapeutische relatie in de diagnostiek en de behandeling van patiënten met complexe problematiek (overdracht/tegenoverdracht)
- een basis leggen voor een proces van doorlopend leren, waarin de focus blijft op het persoonlijke en professionele functioneren
- ervaring op kunnen doen met de positie van (leer)client om gevoeligheid te ontwikkelen voor de dynamiek van een therapeutische relatie
- het aangereikt krijgen van een rolmodel ter bevordering van de internalisatie van een psychotherapeutische attitude
- het normaliseren van het bespreken van eigen kwetsbaarheden en van het zoeken van ondersteuning in een professionele rol
- het bieden van emotionele steun, het voorkomen van uitputting en het vanzelfsprekend maken van goede zelfzorg.

Leertherapie is een onderdeel van de opleiding en derhalve strikt genomen geen curatieve psychotherapie. Als een opleiding in het dagelijks functioneren en in de opleiding duidelijk gehinderd wordt door psychische klachten en eventueel persoonlijkheidsproblematiek, dan is een curatieve therapie op zijn plaats. Uiteraard is er overlap tussen leertherapie en curatieve therapie: in leertherapie komt ook de ontwikkelingsgeschiedenis en typerende psychische dynamiek van de opleiding aan bod.

Om een (leer)therapeutisch proces tot ontwikkeling te laten komen en te doorlopen is ruimte en tijd nodig. In onze optiek is het daarom van belang als richtlijn de eis van vijftig sessies vast te houden. We benadrukten al eerder het belang van vertrouwelijkheid. Ons inziens past daar het rapporteren over de inhoud van de therapie aan de opleiding niet bij, noch enig ander oordeel over de geschiktheid van de opleiding voor het vak. Dit kan een spanningsveld zijn, ook al wordt de ontwikkeling van de opleiding op veel andere momenten in de opleiding geëvalueerd. In uitzonderlijke gevallen kan de leertherapeut zelfs in gewetensnood raken. Goede intervisie voor leertherapeuten om hier adequaat mee om te gaan is dan onmisbaar. In lijn hiermee kunnen we Gabbard (2016) aanhalen die het belang benadrukt

van het raadplegen van een derde partij, ook door ervaren (leer)therapeuten, om helderheid te houden over het psychotherapeutische werk.

Wij pleiten dus voor behoud van de leertherapie als een onmisbare veilige ruimte in een uitdagende en competentiegerichte opleiding, om ons werk als (kwetsbaar) mens met kwetsbare mensen een goede basis te geven en last but not least om plezier te houden in ons werk. Daarbij is van belang dat de leertherapie binnen de opleiding niet op zichzelf staat, maar deel uitmaakt van een samen-

hangend geheel van parallel lopende supervisie, het curriculum, het leerproces in de opleidingsgroep en de praktijk. Een geïntegreerde opleiding dus, gericht op de ontwikkeling van de persoon van de therapeut, in samenhang met de verwerving van professionele vaardigheden. De opleiding is dan een ontwikkeltraject, waarin de essentie van de psychotherapie expliciet en impliciet wordt uitgedragen: *practise what you preach*.

Dit artikel is eerder verschenen in het *Tijdschrift voor Psychotherapie*.

Janie van Dijk (info@vandijkpsychotherapie.nl) is klinisch psycholoog-psychotherapeut, supervisor, leertherapeut en docent van psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters in opleiding. Ze werkt in eigen praktijk in Utrecht.

Dr. Anna Bartak is psychotherapeut en docent van psychotherapeuten en klinisch psychologen in opleiding. Ze werkt in eigen praktijk in Amsterdam.

Paul Wijts is klinisch psycholoog en opleider/supervisor. Hij werkt als psychoanalyticus en psychoanalytisch psychotherapeut in eigen praktijk te Bunde.

Refereren aan:

.....
Dijk, J. van, Bartak, A. & Wijts, P. (2024). Leertherapie: *practise what you preach*. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 19(4), p. 69-83.

Literatuur

.....
AKWA (2018). *Generieke Module Psychotherapie*. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychotherapie>

Baldwin, S.A. & Imel, Z.E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (p. 258-297). Hoboken, New Jersey: Wiley & Sons.

Bellows, K.F. (2007). Psychotherapists' personal psychotherapy and its perceived influence on clinical practice. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(3), p. 204-226.

Benish, W. & Imel, B.E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychological Review*, 28(5), p. 746-758.

Bennett-Levy, J. (2019). Why therapists should walk the talk: The theoretical and empirical case for personal practice in therapist training and professional development. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 62, p. 133-145.

Bennett-Levy, J. & Finlay-Jones, A. (2018). The role of personal practice in therapist skill development: A model to guide therapists, educators, supervisors and researchers. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(3), p. 185-205.

Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist Variables. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed., pp. 227-306). New York: Wiley.

Bike, D.H., Norcross, J.C. & Schatz, D.M. (2009). Processes and outcomes of psychotherapists' personal therapy: Replication and extension 20 years later. *Psychotherapy*, 46(1), (p. 19-31).

Castonguay, L.G. & Hill, C.E. (Eds.). (2017). *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects*. Washington DC: American Psychological Association.

Colijn, S., Snijders, J.A., Thunnissen, M., Bögels, S. & Trijsburg, R.W. (red.) (2009). *Leerboek Psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Dozier, M. & Bates, B.C. (2004). Attachment state of mind and the treatment relationship. In L. Atkinson & S. Goldberg (Eds.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (p. 167-180). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Draijer, N. (2019). Ken u zelf; leertherapie in de Nederlandse opleiding tot psychiater. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61(3), p. 164-169.

Draijer, N. & Nicolai, N. (2020), Overdracht en tegenoverdracht bij vroegkinderlijke traumatisering 'revisited'. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 46(6), p. 167-184.

FGZPt, (2019). *Besluit opleidingseisen psychotherapeut*. https://www.fgzpt.nl/e2/site/fgzpt/custom/site/upload/file/pdf/besluiten_csgp/191127_besluit_pt_definitief_college_specialismen_gezondheidszorgpsycholoog_en_psychotherapeut_fgzpt_aang_.pdf

FGZPt (2019). *Besluit specialisme klinische psychologie*. https://www.fgzpt.nl/e2/site/fgzpt/custom/site/upload/file/pdf/besluiten_csgp/191127_besluit_specialisme_kp_.pdf

FGZPt (2018). *Opleidingsplan Psychotherapeut*. https://www.fgzpt.nl/e2/site/fgzpt/custom/site/upload/file/pdf/besluiten_csgp/opleidingsplan_pt_3_12_2018.pdf

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

Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Symonds, D. & Horvath, A.O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, 59(1), p. 10-17.

Gabbard, G.O. (2016). *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis* (2nd ed.). Arlington: American Psychiatric Association.

Hafkenscheid, A. (2021), *De therapeutische relatie*. 2^e druk. Amsterdam: Boom Uitgevers.

Heinonen, E. & Nissen-Lie, H.A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review. *Psychotherapy research*, 30(4), p. 417-432.

Heuves, W. (2011), Wat maakt iemand nu tot een bekwame en effectieve (psychodynamische) behandelaar? In Q. van Dam & L. Daenen, *Bekwaam behandelen. Competenties en blinde vlekken vanuit psychoanalytisch perspectief* (p. 1-20). Assen: Van Gorcum.

Lakioti, A., Stalikas, A. & Pezirkianidis, C. (2020). The role of personal, professional, and psychological factors in therapists' resilience. *Professional psychology: research and practice*, 51(6), p. 560-570.

Laska, K.M., Gurman, A.S. & Wampold, B.E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), p. 467-481.

Lingiardi, V., Muzi, L., Tanzilli, A. & Carone, N. (2018). Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(1), p. 85-101.

Macran, S. & Shapiro, D.A. (1998). The role of personal therapy for therapists: A review. *British Journal of Medical Psychology*, 71(1), p. 13-25.

Moe, F.D. & Thimm, J. (2021). Personal therapy and the personal therapist. *Nordic Psychology*, 73(1), p. 3-28.

Nissen-Lie, H.A., Orlinsky, D.E. & Rønnestad, M.H. (2021). The emotionally burdened psychotherapist: Personal and situational risk factors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 52(5), p. 429-438.

Nissen-Lie, H.A., Rønnestad, M.H., Høglend, P.A., Havik, O.E., Solbakken, O.A., Stiles, T.C. & Monsen, J.T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(1), p. 48-60.

Norcross, J.C. & Connor, K.A. (2005). Psychotherapists entering personal therapy: Their primary reasons and presenting problems. In J.D. Geller, J.C. Norcross, & D.E. Orlinsky (Eds.), *The psychotherapist's own psychotherapy: Patient and clinician perspectives* (p. 192-201). Oxford: Oxford University Press.

Norris, D.M., Gutheil, T.G. & Strasburger, L.H. (2003). This couldn't happen to me: boundary problems and sexual misconduct in the psychotherapy relationship. *Psychiatric Services*, 54(4), p. 517-522.

Orlinsky, D.E., Norcross, J., Rønnestad, M.H. & Weisman, H. (2005). Outcomes and impacts of psychotherapist's own psychotherapy. In J.D. Geller, J.C. Norcross & D.E. Orlinsky (Eds.), *The psychotherapist's own psychotherapy: Patient and clinician perspectives* (p.214-230). Oxford: Oxford University Press.

Orlinsky, D.E., Schofield, M.J., Schroder, T. & Kazantzis, N. (2011). Utilization of personal therapy by psychotherapists: a practice-friendly review and a new study. *Journal of Clinical Psychology*, 67(8), p. 828-842.

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017). *Zonder context geen bewijs*. <https://www.raadvv.nl/documenten/publicaties/2017/06/19/zonder-context-geen-bewijs>

Råbu, M., McLeod, J., Haavind, H., Bernhardt, I.S., Nissen-Lie, H. & Moltu, C. (2021). How psychotherapists make use of their experiences from being a client: Lessons from a collective autoethnography. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3), p. 109-128.

Roisman, G.L., Padron, E., Sroufe, L.A. & Egeland, B. (2002). Earned-secure attachment status in retrospect and prospect. *Child Development*, 73(4), p. 1204-1219.

Rønnestad, M.H., Orlinsky, D.E., & Wiseman, H. (2016). Professional development and personal therapy. In J.C. Norcross, G.R. VandenBos, D.K. Freedheim & L.F. Campbell (Eds.), *APA handbook of clinical psychology: Education and profession* (p. 223-235). Washington: American Psychological Association.

Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.A., Haynes, R.B. & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, p. 71-72.

Scheepers, F. (2021). *Mensen zijn ingewikkeld*. Amsterdam: Arbeiderspers.

Strauß, B. & Taeger, D. (2021). Untersuchungen zur 'Wirkung' von Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung – Ein systematisches Review [Effects of Personal Therapy During Psychotherapy Training - A Systematic Review]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 71(2), p. 489-498.

Wallin. D.J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.

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

Wampold, B.E. & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. London: Routledge.

Wampold, B.E. & Owen, J. (2021). Therapist effects: History, methods, magnitude and characteristics of effective therapists. In M. Barkham, W. Lutz & L.G. Castunguay (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (p. 263-296), Hoboken, New Jersey: Wiley.

Zerubavel, N. & Wright, M.O. (2012). The dilemma of the wounded healer. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 49(4), p. 482-491.

.....

De schaduwkant van psychotherapie: Hoe vaak rapporteren patiënten negatieve ervaringen?

De studie die in dit artikel wordt besproken beoogt meer inzicht te geven in de negatieve effecten van psychotherapie zoals gerapporteerd door patiënten. Tweehonderd (voormalige) ggz-patiënten vulden anoniem een vragenlijst in. Slechts elf procent rapporteerde geen enkele negatieve ervaring tijdens en na de therapie. De auteurs betogen dat het monitoren van nadelige effecten tot standaard zou moeten worden verheven bij elke vorm van psychotherapie.

Door Brechje Dandachi-FitzGerald,
Sanne Houben, Henry Otgaar,
Marcel van den Hout
en Harald Merckelbach

P*rimum non nocere* (ten eerste, niet schaden) is een leidend principe bij biomedische interventies. Maar anders dan dat binnen de geneeskunde gangbaar is, worden bij studies naar psychotherapeutische interventies nadelige effecten zelden geregistreerd (Holmes e.a., 2018). Zo werd in slechts 21% van alle in 2010 gepubliceerde psychotherapie-trials enigerlei registratie van psychotherapeutische nevenschade ter sprake gebracht (Jonsson, Alaie, Parlin, & Arnberg, 2014). En als zo'n registratie er al was, dan had die doorgaans enkel betrekking op het uitblijven van verbetering dan wel verergering van symptomen. De potentieel nadelige effecten van psychotherapie reiken echter veel verder dan deze twee parameters. In brede zin omvatten de negatieve effecten van psychotherapie alle ongunstige reacties die manifest worden tijdens of na een behandeling (Linden, 2013; Merckelbach e.a., 2018). Negatieve effecten kunnen variëren in ernst en duur. Negatieve effecten kunnen onvermijdbaar zijn, zoals een toename van angst bij confrontatie met een fobisch object. Belangrijk is dat negatieve effecten verder kunnen strekken dan enkel verergering van

bestaande of het ontstaan van nieuwe symptomen. Ze kunnen ook betrekking hebben op bijvoorbeeld een echtscheiding die de patiënt onder invloed van de therapie in gang zet of een ontslag waartoe de patiënt zich door de therapie aangemoedigd voelt.

Herzog, Lauff, Rief en Brakemeir (2019) zetten de Engelse en Duitse literatuur over het meten van negatieve effecten van psychotherapie op een rij. Zij vonden zeven meetinstrumenten en ten minste tien verschillende categorieën van negatieve effecten. Geen van de meetinstrumenten besloeg echter alle categorieën. Eén instrument is in het Nederlands vertaald en vrij verkrijgbaar: de Negative Effects Questionnaire (NEQ; Rozental e.a., 2016).

Om te komen tot een Nederlandse vragenlijst die negatieve effecten van psychotherapie op een meer omvattende manier in kaart brengt, hebben we eerst twee vragenlijsten – de hierboven genoemde NEQ en de Positive and Negative Effects of Psychotherapy Scale (PANEPS; Moritze.a., 2019) – aan een panel van zeventien voormalige patiënten en ervaringsdeskundigen in de ggz voorgelegd (Berghs, 2020). Op basis van de gegevens verkregen via het panel en literatuurstudie, ontwikkelden we een nieuwe vragenlijst en die legden we voor aan (voormalige) ggz-patiënten, die anoniem de lijst invulden. In dit artikel staan we stil bij de resultaten.

Methode

Deelnemers werden geworven via een advertentietekst geplaatst op diverse sociale media, waaronder psychosenet.nl en de website van de Vereniging voor Ervaringsdeskundigen. Ook werd de vragenlijst intern verspreid bij JADOS, een instelling voor per-

sonen met autismespectrumstoornis. De advertentietekst bevatte een link en QR-code naar een pagina met een introductie en drie vragenlijsten. De eerste bestond uit items over demografische achtergrond, gestelde diagnoses en meest recente psychologische behandeling. De tweede vragenlijst was de 'Positieve en Negatieve Effecten van Psychologische behandeling' (PNEP). Deelnemers kregen willekeurig óf eerst alle positieve items van deze vragenlijst, óf eerst alle negatieve items. De derde vragenlijst bevatte items over de PNEP, waaronder vragen naar de begrijpelijkheid van de items en de volledigheid van de PNEP.

De PNEP-vragenlijst bestaat uit 73 items. De vragenlijst opent met twee items, die vragen of de respondent positieve en negatieve gevolgen van psychologische behandeling heeft ondervonden en zo ja, welke dat dan zijn. Daarna volgen twee blokken met items over negatieve (36 items; bijvoorbeeld: 'Ik voelde me kwetsbaar of onbeschermd') en positieve effecten (33 items; bijvoorbeeld: 'Ik begreep mijzelf beter'). De respondent geeft bij elk item aan of hij/zij het effect heeft ervaren (ja/nee). Indien dit het geval is, volgen er vragen over de intensiteit en de duur, en de waarschijnlijke oorzaak (de therapie of andere omstandigheden). Van een therapie-effect¹ wordt gesproken wanneer de respondent een positieve of negatieve gebeurtenis heeft ervaren én die toeschrijft aan de therapie. De vragenlijst eindigt met twee items waarbij respondenten wordt verzocht op een schaal lopend van -100 ('ben erg verslechterd') tot +100 ('ben erg verbeterd') het behandelresultaat te beoordelen en of de voordelen opwegen tegen de nadelen (-100 = 'nadelen waren groter dan voordelen'; +100 = 'voordelen waren groter dan nadelen').

Statistische analyse

Met SPSS Statistics (versie 26) brachten we de beschrijvende statistiek van de PNEP-gegevens in kaart. Met een 2 (positief versus negatief) x 2 (volgorde 1 versus volgorde 2) ANOVA met herhaalde metingen werd onderzocht of afnamevolgorde een effect had op het aantal gerapporteerde positieve en negatieve therapie-ervaringen. Met een Pears-on-correlatieanalyse werden de verbanden onderzocht tussen het aantal negatieve therapie-ervaringen, het aantal positieve therapie-ervaringen, en de beoordeling van het behandelresultaat.

Resultaten

De link naar de studie werd 371 keer geopend². In totaal vulden 200 personen alle vragen in. Het merendeel van de respondenten was vrouw, hoog opgeleid en tussen de 25 en 54 jaar (zie Tabel 1). De meest recente psychologische behandeling had betrekking op twee diagnoses (mediaan; interkwartielafstand: 1-3). Bij ongeveer de helft van de behandelingen werd gebruikgemaakt van één behandelmethode. De andere helft was gestoeld op twee of meerdere methoden.

Negatieve en positieve therapie-ervaringen

In totaal kregen 104 respondenten eerst de negatieve items, gevolgd door de positieve items. Bij 96 respondenten werd de afnamevolgorde omgekeerd. Afnamevolgorde maakte voor het aantal gerapporteerde negatieve en positieve therapie-ervaringen niet uit [$F(1,198) = 0,48, p = 0,49$, partiële $\eta^2 < 0,01$]. Daarom werden voor de verdere

analyse de twee afnamevolgordes samen-gevoegd. Het gemiddelde aantal positieve therapie-ervaringen was significant hoger dan het gemiddelde aantal negatieve therapie-ervaringen [$F(1,198) = 37,43, p < 0,01$, partiële $\eta^2 = 0,16$].

Zes respondenten zeiden grensoverschrijdend gedrag in de vorm van verbaal geweld, dwang of bespotting te hebben meegemaakt

Over de meest recente behandeling werd een mediaan van zes negatieve therapie-ervaringen gerapporteerd (interkwartielafstand: 3-11). Last krijgen van nare gedachten en herinneringen, zich emotioneel overweldigd voelen en een toename van stress werden het vaakst genoemd (zie Tabel 2). Het ontwikkelen van suicidale gedachten werd door 13,5% van de respondenten gerapporteerd. Zes respondenten (3%) zeiden grensoverschrijdend gedrag in de vorm van verbaal geweld (bijvoorbeeld schreeuwen, schelden), dwang of bespotting te hebben meegemaakt. Twee respondenten (1%) maakten melding van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Eenentwintig respondenten (10,5%) rapporteerden geen enkele negatieve therapie-ervaring. De intensiteit en de duur van de therapie-ervaringen varieerden. Ter illustratie het item dat het vaakst werd genoemd: toename van nare gedachten en herinneringen in therapie. Van de deelnemers die hier last van

Tabel 1: Kenmerken respondenten (N = 200).

	% steekproef
Geslacht	
Vrouw	76,0
Man	21,0
Anders	3,0
Leeftijd	
18-24 jaar	16,0
25-34 jaar	24,0
35-44 jaar	18,0
45-54 jaar	24,5
55-64 jaar	12,0
65-74 jaar	5,5
Opleidingsniveau	
Laag	2,5
Gemiddeld	31,5
Hoog	66,0
Diagnose groep die centraal stond tijdens de laatste behandeling *	
Trauma / posttraumatische stressstoornis	32,5
Stemmingsstoornissen	30,5
Persoonlijkheidsstoornissen	22,0
Autismespectrumstoornissen	17,0
Angststoornissen	14,0
Psychosespectrumstoornissen	10,0
Eetstoornissen	4,5
ADHD	3,0
Overig	8,5
Behandelmethodiek die gevolgd werd tijdens de laatste behandeling *	
Gesprekken met de behandelaar	54,0
Cognitieve gedragstherapie	34,0
EMDR	28,0
Schematherapie	15,5
Groepstherapie	12,0
Relatie-/gezinstherapie	4,5
Emotion-focused therapie	7,5
Mentalization-based therapie	3,0
Interpersoonlijke therapie	3,0
Anders	18,5
Weet het niet	2,0
Eind behandeling	
Loopt nog	45,0
Dit jaar (2020)	9,0
Vorig jaar	15,5
Tussen 2-5 jaar	16,5
> 5 jaar	13,5
Duur behandeling	
Minder dan 2 maanden	6,0
Tussen 2 en 6 maanden	17,0
Tussen 6 en 12 maanden	18,0
Tussen 1 en 2 jaar	24,0
Tussen 2 en 5 jaar	25,0
Meer dan 5 jaar	10,0

* *Meerdere antwoorden mogelijk*

kregen, ervoer 25% dit als *enigszins* negatief, 46% als *behoorlijk* negatief, en 30% als *zeer* negatief. Ook hoe lang deze klacht aanhield, varieerde: 13% van de respondenten had hier kortdurend last van gehad; 28% meerdere dagen tot weken; 45% maanden; en 15% had hier blijvend last van. Ook waren er opmerkelijke verschillen in intensiteit en duur tussen de negatieve ervaringen. De meeste respondenten die bang waren dat anderen zouden ontdekken dat ze in psychologische behandeling waren (of waren geweest), bestempelden dit als zeer negatief. Pakweg de helft van hen bleef hier last van ondervinden, zelfs nadat de behandeling was beëindigd. Ook wanneer dierbaren zich ervoor schaamden dat de respondent in psychologische behandeling was (geweest), werd dit door de meeste respondenten als blijvend en behoorlijk tot zeer negatief ervaren. Daarentegen ervoer niemand van de respondenten bij wie in therapie de relatie met de familie onder druk was komen te staan, dit als zeer negatief of blijvend. Een meer gedetailleerde samenvatting van de PNEP-gegevens is in de appendix te vinden.

Over de meest recente behandeling werd een mediaan van dertien positieve therapie-ervaringen gerapporteerd (interkwartielafstand: 5-20). Zich geaccepteerd voelen door de therapeut, het idee hebben dat de therapie goed werd uitgevoerd, en zich begrepen en gesteund voelen door de therapeut, werden het vaakst genoemd (zie Tabel 2). Ook ervaringen die te maken hebben met de ontwikkeling van de respondent werden regelmatig gerapporteerd, waaronder beter met problemen kunnen omgaan en toegenomen zelfacceptatie (49,5%). Dertien respondenten (6,5%) rapporteerden geen enkele positieve therapie-ervaring. Ook de positieve thera-

pie-ervaringen varieerden in intensiteit en duur (zie Appendix).

Er was een invers verband tussen het aantal negatieve en positieve therapie-ervaringen ($r = -0,39$, $p < 0,01$, $r^2 = 0,15$). Op de vraag 'Alles overziend, hoe goed heeft de psychologische behandeling u geholpen?' bedroeg de mediaan 55,5 (interkwartielafstand: 8,5-83,3)³. We maakten een globale, ruwe indeling waarbij we scores rondom het nulpunt definieerden als geen duidelijke verandering (-25 tot 25) en scores daaronder als indicatief voor een negatief behandelresultaat en daarboven als indicatief voor een positief behandelresultaat. Uitgaand van deze afkappunten, rapporteerden 13,6% verslechterd te zijn in therapie (score tussen -100 en -26), 19,7% dat de therapie weinig effect had gehad (score tussen -25 en 25) en 66,7% dat zij verbeterd waren in de therapie (score tussen 26-100). Het rapporteren van meer positieve therapie-ervaringen ging gepaard met een hogere score op deze uitkomstmaat ($r = 0,73$, $p < 0,01$, $r^2 = 0,53$), terwijl het rapporteren van meer negatieve therapie-ervaringen gepaard ging met een ongunstigere beoordeling van het behandelresultaat ($r = -0,50$, $p < 0,01$, $r^2 = 0,25$). Binnen de groep respondenten die rapporteerden verbeterd te zijn in therapie (score > 25), bedroeg de mediaanscore voor negatieve therapie-ervaringen 5 (interkwartielafstand: 2-8).

Beschouwing

Negatieve effecten tijdens en na psychotherapie zijn lange tijd weinig serieus genomen door het professionele en wetenschapsveld. Daarvoor zijn verschillende verklaringen zoals de dominante opvatting dat praten geen kwaad kan, alsook het idee dat nega-

Tabel 2: Top tien negatieve en positieve therapie-ervaringen

Negatieve therapie-ervaringen	% steekproef (N = 200)	95%-BI
Ik had meer last van nare gedachten en herinneringen	55,0	47,8 – 62,0
Ik werd overweldigd door emoties	49,5	42,4 – 56,6
Ik had meer last van stress en/of spanning	47,0	39,9 – 54,2
Ik voelde me kwetsbaar of onbeschermd	37,5	30,8 – 44,6
De klachten waarvoor ik behandeling had gezocht, namen toe	32,5	26,1 – 39,5
Ik was somberder	31,5	25,1 – 38,4
Ik voelde me hopeloos	29,0	22,8 – 35,8
Ik voelde me angstiger	28,5	22,4 – 35,3
Er kwamen nieuwe, nare herinneringen naar boven die mij onbekend waren voor de behandeling	27,0	21,0 – 33,7
Ik verloor het vertrouwen in de therapie	27,0	21,0 – 33,7
Positieve therapie-ervaringen		
Ik voelde dat de therapeut mij accepteerde	68,5	61,6 – 74,9
De therapie werd naar mijn mening goed uitgevoerd	68,0	61,1 – 74,4
De therapeut begreep en steunde mij	67,0	60,0 – 73,5
Ik had een klik met mijn therapeut	66,5	59,5 – 73,0
De therapeut heeft me goed geïnformeerd over de therapie	63,5	56,4 – 70,2
Ik begreep mijzelf beter	61,5	54,4 – 68,3
Ik voelde me beter	57,5	50,3 – 64,4
Ik had veel vertrouwen in de therapievorm (methode van behandeling)	57,0	49,8 – 64,0
Mijn klachten waarvoor ik in behandeling kwam, namen af	53,5	46,3 – 60,6
Ik leerde beter met problemen om te gaan	50,0	42,9 – 57,1

tieve effecten integraal onderdeel zijn van een effectieve therapie (de 'no pain - no gain'-doctrine). Of deze opvattingen correct zijn, is echter een empirische vraag die nader onderzoek verdient. Met dat in het achterhoofd ontwikkelden we een vragenlijst naar positieve en negatieve effecten van psychotherapie en legden deze anoniem voor aan (voormalige) ggz-patiënten. Slechts een op de tien noemde geen enkele nadelige

therapie-ervaring. Ook de groep respondenten die zei verbeterd te zijn in de therapie, rapporteerde zo'n vijf negatieve therapie-ervaringen. Onze bevindingen laten zien dat negatieve therapie-ervaringen eerder regel dan uitzondering zijn, ook bij behandelingen die door patiënten als succesvol worden ervaren. Daarbij past de kanttekening dat het noemen van meer negatieve therapie-ervaringen gepaard ging met een lager

aantal positieve therapie-ervaringen en een ongunstigere waardering van het therapie-resultaat. Dat weerspreekt het idee dat 'no pain - no gain' een algemeen geldend principe is.

Er is onvoldoende kennis over het bijwerkingenprofiel van psychologische interventies

Er is onvoldoende kennis over het bijwerkingenprofiel van psychologische interventies. Zo is denkbaar dat het hervinden van jeugd-trauma's een te vermijden risico is dat zich vooral doet gelden bij therapieën die uitdrukkelijk zijn gericht op het reviseren van herinneringen, zoals schematherapie of EMDR (Houben e.a., 2020)⁴. Daarentegen kan tijdelijk meer last krijgen van nare herinneringen een onvermijdelijke bijwerking zijn van deze therapieën. Patiëntkenmerken en de context kunnen verder bijdragen aan het risico op nadelige effecten van psychotherapie. Een te grote afhankelijkheid van de therapeut kan bijvoorbeeld vooral een risico zijn bij patiënten met een beperkt sociaal netwerk. Of neem patiënten bij wie een eerdere behandeling niet succesvol was. Te verwachten valt dat zij eerder het vertrouwen verliezen in een volgende therapie. We weten weinig van dit type dynamiek en daarom is het belangrijk dat er meer wetenschappelijke aandacht komt voor de negatieve effecten van psychotherapie. Aandacht is allereerst nodig voor het beoordelen van therapieën op hun effectiviteit. Zo kan het zijn dat twee therapievormen een vergelijkbaar reductie van klachten teweegbrengen,

maar dat therapie X voor cliënten veel beter te verdragen is dan therapie Y. Een voorbeeld hiervan is de Inference Based Approach (IBA), een nieuw ontwikkelde therapie voor obsessieve-compulsieve stoornissen (Visser, 2019). Eerste onderzoeksresultaten laten geen verschil zien in klachtreductie tussen deze nieuwe therapievorm en de standaardbehandeling van CGT middels exposure met responspreventie. Bij IBA hoeven patiënten echter niet blootgesteld te worden aan het gevreesde gevaar.

Op de tweede plaats is meer kennis nodig om patiënten goed te kunnen informeren over de werking en de potentiële positieve en negatieve effecten van psychologische interventies (Blease, Lilienfeld, & Kelley, 2016). Naast wetenschappelijke evidentie voor de therapie-effectiviteit, spelen de expertise van de clinicus en patiëntvoorkeuren mee in de keuze voor een behandeling (Lilienfeld, 2013). Behandelaar en patiënt bespreken samen welke behandeling het beste bij de patiënt past. Voor patiënten is het hierbij niet alleen belangrijk te weten hoe goed een therapie werkt, maar ook wat het voor hen betekent om de therapie te volgen. Dobler en collega's (2018) omschrijven dit als behandel-last: het werk dat patiënten moeten verrichten om voor hun gezondheid te zorgen, en de impact hiervan op hun functioneren en welzijn. Goede informatievoorziening over de verschillende behandelopties en gedeelde besluitvorming zijn meer dan een verplichting; ze verhogen de slagingskans van de therapie en verminderen het risico op nadelige gevolgen (Crawford e.a., 2016; Hardy e.a., 2019; Swift, Callahan, Cooper, & Parkin, 2018).

Tot slot is meer kennis belangrijk om therapeuten te kunnen informeren, zodat zij nega-

tieve effecten van therapie beter en eerder leren herkennen. Onderzoek laat zien dat therapeuten nogal eens voorbijgaan aan de negatieve ervaringen van hun patiënten (Hannan e.a., 2005; Hatfield e.a., 2010). Daarbij beoordelen therapeuten zulke ervaringen ook als minder indringend dan patiënten en wordt de oorzaak ervan vaker bij de patiënt en/of de psychische aandoening gelegd dan bij de therapie (Hook & Devereux, 2018; Werbart, Annevall, & Hillblom, 2019). Hierdoor gaan therapeuten voorbij aan de mogelijkheid om tijdig in te grijpen en de kans op therapeutisch falen te verkleinen. In de afgelopen jaren zijn er meerdere initiatieven ontplooid om negatieve ontwikkelingen in therapie te signaleren. Een voorbeeld betreft het Interview Clientverandering (Nederlandse vertaling Franssen & Stickens, 2005; Stinckens & Smit, 2010). In dit semi-structureerde interview worden patiënten gevraagd hoe zij de therapie hebben ervaren, wat voor hen veranderd is sinds de start van de therapie, en wat volgens hen mogelijke oorzaken zijn van deze veranderingen. Een tweede voorbeeld betreft het feedback-geïnterformeerd behandelen. Hierbij wordt bij iedere behandelsessie de klachten en symptomen in kaart gebracht en de therapeut van feedback voorzien, zodat de therapie zo nodig afgebroken of bijgestuurd kan worden (Lambert e.a., 2005; Janse e.a., 2017). Een meetinstrument zoals de PNEP waarbij in bredere zin ervaringen in de therapie worden geïnterformeerd, zou hierop een goede aanvulling zijn. Het tussentijds en aan het eind van de therapie afnemen van een dergelijk instrument kan de therapeut helpen bij het signaleren van negatieve ervaringen en het hierover in gesprek gaan met de patiënt.

Aan onze studie kleef een drietal beperkingen. Om te beginnen weten we niet hoe representatief onze steekproef is voor patiënten die in psychologische behandeling zijn geweest. Hoewel de steekproef vrij divers was wat betreft DSM-5 classificaties, therapievorm en behandelduur, waren personen met een laag opleidingsniveau, mannen en ouderen ondervertegenwoordigd. De resultaten wijzen er overigens niet op dat vooral patiënten met een uitgesproken negatieve of positieve ervaring gereageerd hebben op de oproep om de vragenlijst in te vullen. Zo rapporteerde slechts een kleine minderheid geen enkele positieve of negatieve therapie-ervaring. Ten tweede is de door ons gevolgde benadering niet goed in staat om een onderscheid te maken tussen negatieve effecten die *vanwege* de therapie optreden en negatieve effecten die *tijdens* de therapie optreden (Lilienfeld e.a., 2014).

Het is op de eerste plaats nodig om negatieve effecten in kaart te brengen tijdens psychotherapie-trials

Daarmee samenhangend en ten derde: onze bevindingen zijn gebaseerd op zelf-rapportage van (voormalige) patiënten. Die hoeft niet altijd nauwkeurig te zijn, ofschoon de geringe aandacht voor wat patiënten vinden van hun psychotherapie nu juist debet is aan de stiefmoederlijke bedeling die het onderwerp van nadelige therapie-effecten tot nog toe ten deel viel.

Conclusie

Patiënten kunnen negatieve gevolgen onder- vinden van hun psychotherapie. Het is belangrijk om hier meer kennis over te ont- wikkelen. Onze studie is een eerste aanzet en er resten allerlei vragen. Om een paar te noemen: hoe vaak treden nadelige effecten op die vermijdbaar zijn? Hebben bepaalde therapieën een hoger risico op bijwerkingen? Wanneer precies leidt het ervaren van nega- tieve effecten tot een ongunstig behandelre- sultaat? En wat is het risico op blijvende schade van een therapie? Om hierop ant-

woorden te krijgen, is het op de eerste plaats nodig om negatieve effecten in kaart te bren- gen tijdens psychotherapie-trials. Om de effectiviteit van psychologische interventies te kunnen beoordelen, moeten namelijk zowel de voordelen als de risico's in ogen- schouw worden genomen.

Het onderzoek werd mogelijk gemaakt door de stichting Wetenschapsbevordering Klinisch psycholoog en Klinisch neuropsycholoog.

Dit artikel is eerder gepubliceerd in het *Tijdschrift voor Psychotherapie*.

- ¹ Ter illustratie, het item 'ik was somberder' werd door 56% van de respondenten ervaren; 31,5% schreef dit toe aan de therapie. Omdat de term therapie-effect een causale samenhang suggereert die niet vastgesteld kan worden met onze onderzoekspz, kiezen we voor de term therapie-ervaring wanneer we spreken over de resultaten van het vragenlijstonderzoek.
- ² Van de groep die de link opende, maar de vragen niet voltooide, vulden 86 respondenten (50,3%) het eerste demografische deel in. Opleidingsniveau, geslacht, en leeftijd verschilden niet tussen de groep die de studie niet voltooide en de groep die de studie wel voltooide (alle p's > 0,12).
- ³ Dit item was sterk gecorreleerd met het item 'Alles overziend, wegen de voordelen van de therapie voor u op tegen de nadelen'; $r = 0,86$, $p < 0,01$, $r^2 = 0,74$. Vanwege die redundantie hebben we ervoor gekozen om enkel dit eerste item mee te nemen in de verdere analyse.
- ⁴ Een bespreking van in therapie hervonden herinneringen valt buiten de reikwijdte van dit artikel. Voor een recent overzichtsartikel verwijzen wij naar Otgaar e.a. (2019).

Dr. Brechje Dandachi-FitzGerald (b.fitzgerald@maastrichtuniversity.nl) is universitair docent aan de Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen van de Universiteit Maastricht, sectie Forensische Psychologie, afdeling Klinisch Psychologische Wetenschappen. Ze werkt daarnaast als klinisch psycholoog bij Mondriaan voor Geestelijke Gezondheid te Heerlen. Email: b.fitzgerald@maastrichtuniversity.nl.

Drs. Sanne Houben is promovendus (m.i.v. 27-5-2021: postdoctoraal onderzoeker), sectie Forensische Psychologie, afdeling Klinisch Psychologische Wetenschappen, Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen, Universiteit Maastricht.

Prof. dr. Henry Otgaar is hoogleraar Rechtspsychologie aan de Universiteit Maastricht, sectie Forensische Psychologie, afdeling Klinisch Psychologische Wetenschappen, Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen.

Prof. dr. Marcel van den Hout is hoogleraar Klinische Psychologie, in het bijzonder de Experimentele Psychopathologie, bij de Faculteit der Sociale en Gedragwetenschappen van de Universiteit Utrecht.

Prof. dr. Harald Merckelbach is hoogleraar Toegepaste Functieleer en decaan aan de Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen bij de Universiteit Maastricht.

Refereren aan:

Dandachi-FitzGerald, B., Houben, S., Otgaar, H., Hout, M. van den & Merckelbach, H. (2024). De schaduwkant van psychotherapie: Hoe vaak rapporteren patiënten negatieve ervaringen? *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 19(4), p. 85-99.

Literatuur

Berghs, M. (2020). *Evaluation of two questionnaires to measure negative effects of psychotherapy* (niet gepubliceerde masterthesis.). Universiteit van Maastricht.

Blease, C.R., Lilienfeld, S.O. & Kelley, J.M. (2016). Evidence-based practice and psychological treatments: the imperatives of informed consent. *Frontiers in Psychology*, 7:1170.

Crawford, M.J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P., Clarke, J., & Parry, G.D. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: Results of a national survey. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), p. 260-265.

Dobler, C.C., Harb, N., Maguire, C.A., Amour, C.L., Coleman, C. & Murad, M.H. (2018). Treatment burden should be included in clinical practice guidelines. *British Medical Journal*, 363:k4065

Franssen, A. & Stinckens, N. (2005). *Nederlandstalige vertaling van het Client Change Interview van Elliott, intern document*. Centrum voor Clientgericht-experiëntiële Psychotherapie en Counseling, Katholieke Universiteit Leuven.

Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon, C., Nielsen, S.L., Smart, D.W., Shimokawa, K. & Sutton, S.W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), p. 155-163.

Hardy, G.E., Bishop-Edwards, L., Chambers, E., Connell, J., Dent-Brown, K., Kothari, G., O'hara, R. & Parry, G.D. (2019). Risk factors for negative experiences during psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 29(3), p. 403-414.

Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S.H. & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(1), p. 25-32.

Herzog, P., Lauff, S., Rief, W. & Brakemeir, E-L. (2019). Assessing the unwanted: a systematic review of instruments used to assess negative effects of psychotherapy. *Brain and Behavior*, 9:e01447.

Holmes, E.A., Ghaderi, A., Harmer, C.J., Ramchandani, P.G., Cuijpers, P., Morrison, A., Roiser, J., Bockting, C., O'Connor, R. Shafran, R., Moulds, M. & Craske, M.G. (2018). The Lancet Psychiatry commission on psychological treatments research in tomorrow's science. *The Lancet Psychiatry*, 5(3), p. 237-286.

Hook, J. & Devereux, D. (2018). Boundary violations in therapy: the patient's experience of harm. *BJPsych Advances*, 24(6), p. 366-373.

Houben, S.T.L., Otgaar, H., Roelofs, J., Smeets, T. & Merckelbach, H. (2020). Increases of correct memories and spontaneous false memories due to eye movements when memories are retrieved after a time delay. *Behaviour Research and Therapy*, 125, 103546.

Janse, P.D., De Jong, K., Van Dijk, M.K., Hutschemaekers, G.J. & Verbraak, M.J. (2017). Improving the efficiency of cognitive-behavioural therapy by using formal client feedback. *Psychotherapy Research*, 27(5), p. 525-538.

Jonsson, U., Alaie, I., Parlin, T. & Arnberg, F.K. (2014). Reporting of harms in randomized controlled trials of psychological interventions for mental and behavioral disorders: a review of current practice. *Contemporary Clinical Trials*, 38(1), p. 1-8.

Lambert, M.J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J.L., Hawkins, E.J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: Clinical results and practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), p. 165-174.

Lilienfeld, S.O., Ritschel, R.A., Lynn, S.J., Cautin, R.L. & Lutzman, R.D. (2014). Why ineffective psychotherapies appear to work: a taxonomy of causes of spurious therapeutic effectiveness. *Perspectives on Psychological Science*, 9(4), p. 355-387.

Lilienfeld, S.O., Ritschel, L.A., Lynn, S.J., Cautin, R.L., Lutzman, R.D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33(7), p. 883-900.

Linden, M. (2013). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: From unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(4), p. 286-296.

Merckelbach, H., Houben, S.T.L., Dandachi-FitzGerald, B., Otgaar, H., & Roelofs, J. (2018). Als psychotherapie faalt. *De Psycholoog*, 10, p. 10-21.

Moritz, S., Nestoriuc, Y., Rief, W., Klein, J.P., Jelinek, L. & Peth, J. (2019). It can't hurt, right? Adverse effects of psychotherapy in patients with depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(5), p. 577-586.

Otgaar, H., Howe, M. L., Patihis, L., Merckelbach, H., Lynn, S.J., Lilienfeld, S.O. & Loftus, E.F. (2019). The return of the repressed: The persistent and problematic claims of long-forgotten trauma. *Perspectives on Psychological Science*, 14(6), p. 1072-1095.

Rozental, A., Kottorp, A., Boettcher, J., Andersson, G. & Carlbring, P. (2016). Negative effects of psychological treatments: An exploratory factor analysis of the negative effects questionnaire for monitoring and reporting adverse and unwanted events. *PLoS ONE*, 11:e0157503.

Stinckens, N. & Smits, D. (2010). Het belang van systematisch casestudyonderzoek. Waarom het gouden muiltje Assepoester toebehoort. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 40(2), p. 94-105.

Swift, J.K., Callahan, J.L., Cooper, M. & Parkin, S.R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74, p. 1924-1937.

Visser, H. (2019). IBA: therapie voor dwang, maar dan zonder exposure. *GZ-psychologie*, 4, p. 27-31.

Werbart, A., Annevall, A. & Hillblom, J. (2019). Successful and less successful psychotherapies compared: three therapists and their six contrasting cases. *Frontiers in Psychology*, 10:816.

.....

Appendix-1

Responsfrequenties (percentages t.o.v. N = 200) negatieve ervaringen tijdens en na de psychologische behandeling

Negatieve gebeurtenis / effect	Ervaren: ja	Oorzaak: de therapie	Intensiteit negatieve therapie-ervaring		Duur negatieve therapie-ervaring			Blijven (stop behandeling)	
			Enigszins	Behoorlijk	Zeer	Kortdurend dagen, weken	Meerdere maanden		
1 Ik had meer last van stress en/of spanning	69,0 →	47,0	11,5	21,5	14,0	6,0	13,0	21,0	7,0
2 Ik had meer moeite met slapen	47,0	26,5	7,0	12,0	7,5	4,0	5,5	13,5	3,5
3 Ik had meer last van nare gedachten en herinneringen	69,5	55,0	15,0	27,0	13,0	9,5	17,0	21,5	7,0
4 Ik voelde me angstiger	41,5	28,5	5,0	14,0	9,5	3,0	7,0	13,5	5,0
5 Ik was somberder	56,0	31,5	11,0	10,5	10,0	5,5	10,5	10,5	5,0
6 Ik werd overvloedig door emoties	66,5	49,5	13,5	20,0	16,0	12,0	14,5	17,5	5,5
7 Ik voelde me kwetsbaar of onbeschermd	55,0	37,5	8,5	16,5	12,5	7,5	9,5	13,0	7,5
8 Ik kreeg gedachten dat het beter was als ik er niet meer zou zijn of dat ik een einde aan mijn leven zou moeten maken	45,0	13,5	2,5	2,5	8,5	2,0	5,0	4,0	2,5
9 De klachten waarvoor ik behandeling had gezocht, namen toe	44,0	32,5	6,5	12,0	14,0	0,0	4,5	7,0	21,0
10 Ik kreeg last van andere, nieuwe klachten die ik nog niet had voor ik in behandeling kwam	32,0	20,0	4,0	7,0	9,0	1,5	2,5	8,0	8,0
11 Er kwamen nieuwe, nare herinneringen naar boven die mij onbekend waren voor de behandeling	34,5	27,0	9,5	12,5	5,0	7,0	4,5	9,5	6,0
12 Ik schaamde me ervoor dat ik in psychologische behandeling ben (geweest)	28,0	14,0	5,0	5,5	3,5	2,0	1,5	5,0	5,5
13 Mensen in mijn omgeving (familie, partner, vrienden) schaamden zich ervoor dat ik in psychologische behandeling ben (geweest)	17,5	5,5	0,0	3,0	2,5	0,0	1,0	0,5	4,0
14 Ik had het gevoel dat mensen me gek vonden	41,5	9,5	2,0	3,0	4,5	1,0	1,5	2,5	4,5
15 Ik ben bang dat mensen erachter komen dat ik in psychologische behandeling ben (geweest)	20,0	8,5	0,5	2,0	6,0	0,0	0,5	3,0	5,0
16 Ik merkte geen verbetering	38,5	24,5	5,0	6,5	13,0	1,5	4,5	8,0	10,5
17 Ik voelde me hopeloos	59,5	29,0	2,5	13,5	13,0	2,0	6,5	13,5	7,0

18	Ik verloor het vertrouwen in mijzelf / mijn eigenwaarde verminderde	43,0	21,0	5,0	6,0	10,0	3,5	3,5	8,0	6,0
19	De behandeling duurde langer dan ik van tevoren had gedacht of mij verteld is	33,0	24,0	11,0	8,0	5,0	6,5	2,0	11,0	4,5
20	Ik verloor het vertrouwen in de therapie	36,5	27,0	3,0	9,0	15,0	1,5	4,5	8,5	12,5
21	De therapie was alleen gericht op 'het wegnemen van problemen'; er was geen positief doel dat we probeerden te bereiken	23,0	19,5	5,0	7,0	7,5	3,5	2,5	7,5	6,0
22	Naar mijn mening heb ik een onjuiste diagnose gekregen	22,0	17,0	1,0	6,0	10,0	0,0	2,0	3,5	11,5
23	Ik begreep niet goed wat de bedoeling was van de behandeling	22,5	18,0	5,0	6,0	7,0	2,0	3,0	6,5	6,5
24	Ik vond dat de behandelaar onvoldoende kennis van zaken had	25,5	22,0	2,0	9,0	11,0	1,5	4,5	8,5	7,5
25	Ik had het idee dat de therapeut me niet serieus nam	22,0	18,0	2,0	5,0	11,0	1,0	2,5	6,5	8,0
26	Ik voelde me niet begrepen door de therapeut	34,5	25,0	5,0	8,5	11,5	3,5	2,0	10,5	9,0
27	Ik voelde afstand in de relatie met de therapeut	34,5	25,0	6,0	9,0	10,0	3,5	3,0	9,0	9,5
28	Ik voelde geen klik tussen mij en de therapeut	29,0	22,5	5,0	7,0	10,5	2,5	4,0	8,0	8,0
29	Ik voelde me te afhankelijk van mijn behandelaar	23,5	16,0	5,0	6,0	5,0	3,5	1,5	7,0	4,0
30	Ik durfde geen beslissing te nemen zonder eerst mijn therapeut te raadplegen	10,5	4,5	2,0	0,5	2,0	0,5	1,5	0,5	2,0
31	De relatie met mijn familie kwam onder druk te staan	26,0	12,5	1,5	5,0	6,0	0,5	1,5	6,5	4,0
32	De relatie met mijn partner verslechterde	18,5	6,5	2,0	2,0	2,5	1,5	0,5	2,0	2,5
33	Ik kon mijn dagelijkse activiteiten niet uitvoeren	44,5	17,0	4,5	5,0	7,5	1,5	3,0	9,0	3,5
34	Op mijn werk waren ze op de hoogte van mijn therapie/diagnose en dit had een negatief effect op mij	12,5	5,0	1,0	1,5	2,5	0,5	0,0	1,5	3,0
35	Ik ondervond verbaal geweld (bijvoorbeeld schreeuwen, uitschelden) / bespotting / dwang van de therapeut	5,0	3,0	0,5	0,5	2,0	0,5	0,0	1,0	1,5
36	In de therapie ben ik seksueel bang gemaakt of misbruikt door mijn behandelaar	2,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0
37	Anders, namelijk, (open tekstveld)	9,5	6,0	0,5	1,5	4,0	0,5	0,0	1,0	4,5

Vetgedrukte percentages betreffen de negatieve en positieve therapie-ervaringen.

Appendix-2

Responsfrequenties (percentages t.o.v. N = 200) positieve ervaringen tijdens en na de psychologische behandeling

	Positieve gebeurtenis / effect	Ervaren: ja	Oorzaak: de therapie	Intensiteit positieve therapie-ervaring		Duur positieve therapie-ervaring		Blijven (stop behandeling)		
				Engszins	Behoorlijk	Zeer	Kortdurend dagen, weken		Meerdere maanden	
1	Ik voelde me beter	70,0	57,5	13,5	24,5	20,0	4,5	10,5	18,0	24,5
2	Mijn klachten waarvoor ik in behandeling kwam, namen af	65,5	53,5	10,5	20,5	22,5	2,5	8,5	18,5	24,0
3	Ik zat lekkerder in mijn vel	58,5	42,0	5,5	19,5	17,0	1,0	4,5	15,0	21,5
4	Ik kon meer genieten	51,5	35,5	5,5	16,5	13,5	1,5	3,0	14,0	17,0
5	Ik voelde me vaker kalm en ontspannen	51,0	40,0	6,0	18,0	16,0	1,0	5,0	15,5	18,5
6	Ik voelde me vaker vrolijk	50,0	34,5	6,0	15,5	13,0	2,0	4,0	15,0	13,5
7	Na slapen werd ik fitter en meer uitgerust wakker	24,0	14,0	2,0	7,0	5,0	0,0	2,0	4,5	7,5
8	Ik leerde mijzelf meer te accepteren	62,5	49,0	11,5	18,0	19,5	3,0	5,5	13,5	27,0
9	Ik kreeg meer vertrouwen in mijn eigen kunnen	55,5	39,5	7,0	15,5	17,0	1,5	5,0	13,5	19,5
10	Er kwamen nieuwe, fijne herinneringen naar boven die mij onbekend waren voor de behandeling	16,0	12,0	4,5	6,5	1,0	0,5	3,0	4,5	4,0
11	Ik was er trots op dat ik therapie heb geprobeerd	56,5	39,0	13,0	14,5	11,5	5,5	5,5	13,0	15,0
12	Mensen in mijn omgeving (familie, partner, vrienden) waren trots op mij omdat ik in therapie ben (geweest)	48,5	24,0	7,0	12,0	5,0	5,0	1,5	9,0	8,5
13	Ik leerde om meer te leven vanuit wat ik waardevol en belangrijk vind	53,5	37,0	9,0	18,0	10,0	1,5	4,5	15,5	15,5
14	Ik heb nieuwe hoop gekregen	53,0	37,5	6,5	16,0	15,0	1,5	7,5	15,0	13,5
15	Ik begreep mijzelf beter	72,0	61,5	11,0	22,5	28,0	1,5	5,5	25,0	29,5
16	Ik kon mijzelf verder ontwikkelen als persoon	63,5	46,5	7,0	18,5	21,0	2,0	4,5	18,0	22,0
17	Ik maakte plannen voor de toekomst	47,0	25,5	4,5	12,0	9,0	0,5	2,5	13,0	9,5
18	De therapie werd naar mijn mening goed uitgevoerd	71,5	68,0	15,0	34,0	19,0	8,0	8,0	28,5	23,5
19	Ik had veel vertrouwen in de therapievorm (methode van behandeling)	62,0	57,0	17,5	23,5	16,0	4,0	8,0	23,5	21,5

20	De therapeut heeft me goed geïnformeerd over de therapie	67,0	63,5	28,5	22,5	12,5	17,5	7,5	20,0	18,5
21	De therapeut heeft me goed voorbereid op de tijd na het beëindigen van de therapie	27,0	24,5	5,5	9,0	10,0	2,5	2,5	8,5	11,0
22	Ik had een klik met mijn therapeut	76,0	66,5	13,5	21,0	32,0	5,5	7,0	32,5	21,5
23	De therapeut begreep en steunde mij	75,5	67,0	9,0	27,5	30,5	5,5	6,0	35,0	20,5
24	Ik voelde dat de therapeut mij accepteerde	80,5	68,5	11,0	24,0	33,5	7,0	7,0	30,5	24,0
25	Ik leerde om beter met problemen om te gaan	60,5	50,0	9,5	21,0	19,5	1,0	6,5	19,5	23,0
26	Ik heb geleerd waar ik naartoe kan gaan als ik hulp nodig heb	53,0	37,5	9,0	15,5	13,0	1,5	3,0	14,0	19,0
27	Ik zorgde beter voor mezelf	49,5	37,5	8,5	16,5	12,5	1,5	5,0	15,5	15,5
28	Ik kreeg meer controle over mijn leven	48,0	35,0	3,0	15,5	16,5	1,5	5,0	14,5	14,0
29	Ik heb geleerd om meer verantwoordelijkheid te nemen voor mezelf	47,5	32,5	8,0	11,0	13,5	1,0	4,0	10,5	17,0
30	Ik kon mijn dagelijkse bezigheden beter uitvoeren (denk bijvoorbeeld aan werk, opleiding, dagbesteding)	44,5	31,0	2,5	14,0	14,5	0,0	3,0	13,5	14,5
31	De relatie met mijn familie verbeterde	24,5	15,0	2,0	7,0	6,0	0,5	0,5	5,5	8,5
32	De relatie met mijn naasten (bijvoorbeeld partner, vrienden) verbeterde	31,0	19,5	2,5	9,5	7,5	0,0	2,5	6,5	10,5
33	Op mijn werk/studie/dagbesteding was men op de hoogte van mijn therapie/diagnose en dit had een positief effect op mij	24,5	7,0	1,5	4,5	2,0	0,0	1,0	5,0	1,0
34	Anders, namelijk, (open textveld)	17,0	12,0	0,0	3,5	8,5	0,0	1,0	4,5	6,5

Vetgedrukte percentages betreffen de negatieve en positieve therapie-ervaringen.

Brief aan de behandelaars

De hulpverleners laten me niet met rust. Daar zal ik het zelf wel naar gemaakt hebben. Telkens weer krijg ik verzoeken of ik wil bijdragen aan het voortbestaan van de hulpverlening of dat ik afzwaaiende hulpverleners wil toespreken. Ook heb ik eens voor een zaaltje met hulpverleners een halfuur durend rollenspel op me genomen waarbij ik zelf voor therapeut speelde en een van de therapeuten de rol van patiënt op zich nam (ja, therapeut zijn is moeilijker dan gedacht, maar mijn god, wat een vervelende patiënt was dat) en anders is er nog de vraag of ik hulpverleners in opleiding kan confronteren met ja, wat, de weerbarstigste praktijk?

De psychiaters in opleiding zelf hadden geloof ik gemengde gevoelens over mijn interventie

De ironie dat een romanschrijver, uiteindelijk toch een producent van fictie, gezien wordt als verkenner van de realiteit is mij niet ontgaan, hoewel ik ook natuurlijk diverse malen als journalist de wereld van de psychiatrie ben binnengedrongen. De buitenstaander wordt uitgenodigd om met een frisse blik naar de dingen te kijken opdat veel, zo niet alles bij het oude blijft.

Het mag hoe dan ook duidelijk zijn dat aller-

lei soorten fictie dat ding genaamd realiteit op maatschappelijk en individueel niveau danig beïnvloeden. Hooguit kan er onderscheid worden gemaakt tussen schadelijke en minder schadelijke ficties. Het scheiden van de ficties (schadelijk, zeer schadelijk, minder schadelijk) is een lastig en verre van neutraal proces, eigenlijk een politiek proces, terwijl de hulpverlener, is mijn ervaring, zichzelf nu juist zo graag als neutraal ziet, zwevend boven de partijen, zijn normen boven alle twijfel verheven. Hem gaat het slechts om het verwijderen van obstakels die tussen de patiënt en volwaardige deelname aan de maatschappij staan, de kwaliteit van het leven te doen toenemen, andermans leven wel te verstaan. Dat wil hij. De hulpverlener als verwarmingsmonteur. Ook als het buiten koud is, is het mede dankzij mij bij u thuis nu een graadje warmer. Ah ja, de kwaliteit van het leven is weer wat gestegen. Zo sprak ik van de zomer in Delft een klein dozijn psychiaters in opleiding toe, mede naar aanleiding van mijn roman *Moedervlekken*. De psychiater die andere psychiaters moest opleiden leek tevreden te zijn. De psychiaters in opleiding zelf hadden geloof ik gemengde gevoelens over mijn interventie. De leukste opmerking kwam van een van de psychiaters in opleiding tijdens het voorstelrondje, wat veelzeggend is want toen had ik mijn mond nog niet opengetrokken: 'Ik heb hiervoor in gynaecologie gewerkt. Het wonder van het leven is mij ontgaan.' Daar werd de basis van de hulpverlening

achteloos geschetst, leek mij. Het wonder van het leven ontgaat degene die hulp zoekt of hij wordt er zo door overweldigd dat het op eigen houtje ook niet meer helemaal lukt. Goed mogelijk dat aanbod vraag genereert. Psychiater Damiaan Denys heeft dat weleens geopperd en dat is hem niet in dank afgenomen. In een land waar slachtofferhulp niet bestaat zal de afwezigheid van die hulp de inwoners allicht niet storen, maar dat blijft een flauwe observatie. Toen de tandarts nog een marskramer was die op jaarmarkten zijn kunstjes vertoonde werd de afwezigheid van verdoving en een kundige mondhygiënist ook nauwelijks gemist. Men deed het ermee. Hooguit kun je zeggen dat wij met zijn allen in het welvarende deel van de wereld steeds minder bereid zijn te zeggen: we doen het er wel mee. En ook elders lijkt die bereidheid af te nemen. Dat is vooruitgang, dat is mondigheid, er geen genoeg mee nemen. Al zijn er natuurlijk therapeuten die de sympathieke opvatting hanteren dat ze hun patiënten moeten helpen het te doorstaan. Het leven. De partner. Het kind. De baas. De aandoe-ning. Het noodlot. Het ouderdommetje. Doorstaan klinkt beter dan accepteren. Je kunt om acceptatie vragen, dat doet de geestelijke en menig hulpverlener doet het ook (ga naar huis en bid), of je kunt acceptatie afdwingen, dat doen de politieagent en de beul (respectievelijk: bidden doe je maar in de gevangenis of: bid nog snel even voor ik uw kop eraf hak.)

Natuurlijk zal de therapeut regelmatig denken dat zijn wachtkamer weer aardig gevuld is met aanstellers, maar als maar een van die aanstellers een week later aan een touw in zijn trappenhuis bungelt, zal de therapeut altijd achterdochtig blijven. Een echte aansteller of doet hij maar alsof?

Ook blijft het moeilijk aan te geven waar culturele en maatschappelijke malaise individuele malaise wordt. Aan de maatschappij lijden we in meerdere of mindere mate allemaal – al hebben we er onze veiligheid en welvaart mede aan te danken – maar de psychotherapeut is er niet om de maatschappij te genezen. Dat zou wat zijn, de psychotherapeut als revolutionair. Zieken aller landen verenigt u.

Bijvoorbeeld de Belgische psychiater en psychoanalyticus Paul Verhaeghe, een man wiens vroegere werk ik zeer waardeer, kwijt zich steeds van de taak die hij zichzelf heeft opgelegd, in het openbaar maatschappijkritiek bedrijven, prachtig, maar de beperking van het genre wordt meteen zichtbaar. Het hapklare moralisme doet namelijk altijd een ziener op zoek naar volgelingen vermoeden. In een recent interview in het Belgische weekblad *Humo* leek Verhaeghe zijn oudere interesse in Lacan geheel verloren te hebben, het was al economie wat de klok sloeg. Een driedaagse werkweek, minder individualistisch zijn, ethisch consumeren en je meer om je kinderen en om je ouders bekommeren. Wie dan nog niet gelukkig is verdient inderdaad niet beter dan de gevangenis en de misère. De hardnekkige vijanden van het geluk zullen heropgevoed worden. Overal heropvoeders, maar de hulpverlener is een schaamteloze heropvoeder want hij kan zeggen: ik doe het allemaal voor u.

De sterhulpverlener is de afgelopen decennia aan een opmars bezig en is zeker niet alleen een schuwe revolutionair à la Verhaeghe. Relatietherapeut Esther Perel hoeft hier niet te worden geridiculiseerd, dat doet ze zelf veel beter dan wie dan ook.

Het wonder van het leven mag de hulpverlener zijn ontgaan – zou dat het zijn wat hij

met zijn patiënt deelt? – maar het wonder van de genezing of zijn manmoedige pogingen daartoe willen althans enkele hulpverleners op een zo groot mogelijk podium met de rest van de wereld delen.

Wat voor hulpverlening geldt, geldt voor zieners, vraag en aanbod zijn niet van elkaar te scheiden. Velen voelen zich geroepen voor ziener te spelen, en de behoefte aan ziener is onuitputtelijk. Of misschien moet het zo worden geformuleerd: de behoefte het licht te hebben gezien is immens. Maar het is een beetje ongeloofwaardig als je dat geheel op eigen kracht voor elkaar hebt gekregen. Daarom zeg je: 'Psychiater Tas heeft mij alles doen begrijpen.' En dan citeer je twee, drie oneliners van de helaas overleden psychiater waarmee je je publiek hoopt te imponeren en waarmee je tevens subtiel onderscheid maakt tussen hen die licht hebben gezien, jijzelf, en zij die nog een lange weg hebben te gaan. Verhaeghe lijkt het licht in de economie te hebben gezien.

En ja, de patiënt die tegen de therapeut zegt 'verlos me van mijn schulden', bedoelt misschien al te letterlijke schulden, een hypotheek, twee persoonlijke leningen, alimentatie en wat illegale gokschulden. Zou het niet heerlijk zijn als de therapeut een klein geldpersje achter de sofa had staan? Nu we toch het basisinkomen willen invoeren, doe dan maar ook basistherapie. Het zou interessant zijn te onderzoeken of patiënten die betaald worden door hun therapeut er op den duur beter aan toe zijn dan patiënten die hun therapeut betalen.

Als we de hulpvraag terugbrengen tot zijn meest rudimentaire vorm komen we hierop uit, vermoed ik: meer licht graag.

Soms is geld licht. Dat heeft Verhaeghe aardig gezien. Maar lang niet altijd. Want

waarom een dakloze met drie tanden soms beter is in levenskunst, en dus weerbaarder, dan een succesvolle gezinsvader in een huis met twee badkamers blijft een open vraag. En daarin heeft Denys dan weer wel gelijk, om weerbaarheid en weerbaarheid kweken gaat het. Dat doen we allemaal, al dan niet met hulp van buiten. Maar een te grote mate aan weerbaarheid kan zomaar cynisme en meedogenloosheid worden. Gewetensvolle weerbaarheid, kijk daar kun je een politieke partij op bouwen. Maar ook met weerbaarheid, het gebrek aan licht blijft. Voor de ene patiënt is er nooit genoeg licht, voor de ander is het aanwezige licht verstikend en voor je het weet dwalen de gedachte van de analyticus die ook niet meer de jongste is langzaam af, men heeft genoeg eigen problemen, woningnood, geen minnaars en dus geen seks en een paar vreselijke pubers die de kinderen van de analyticus schijnen te zijn.

*God weet dat er veel
incapabele hulpverleners
rondlopen, maar
daaraan ligt het niet*

De nachtmerrie van het geweld, tegen zichzelf gericht of tegen een ander, hangt boven de therapie, niet het ongeluk, dat is een constante, de totale ontsporing die door het huidige verlengstuk van de hulpverlener, de politie, graag handig wordt samengevat met de woorden 'verward persoon', om ten minste semantisch aan te geven dat we hier niet met de gemiddelde huis- tuin- en keuken-

crimineel te maken hebben. Die moet maar verward zijn in zijn eigen tijd. Sterker nog, de nachtmerrie van het geweld hangt als een sterrenhemel boven onze behoorlijk georganiseerde en gedomesticeerde samenleving waarbij de burger, die inderdaad nauwelijks meer te onderscheiden is van de man met de hulpvraag, houvast lijkt te vinden in het falen van de instanties waartoe hij gemakshalve ook zijn hulpverlener rekent. God weet dat er veel incapabele hulpverleners rondlopen, maar daaraan ligt het niet. Zoals een God die alle gebeden verhoort stukken angstaanjagender zal blijken te zijn dan een Heer die doof is voor onze gebeden, zo is een overheid die bureaucratieën uit de

grond stamppt die niet meer tot falen in staat zijn veel angstaanjagender dan het huidige zachte gerommel op de achtergrond van onze levens; nee het is niet de koelkast, het is het falen van de instanties. Ook hulpverleners die niet meer kunnen falen zullen ons nog met heimwee naar het verleden vervullen. Dat falen is misschien de waarheid achter die kernachtige geformuleerde hulpvraag van meer licht: verlos me van mijn falen. Laat het de anderen zijn die falen, maar niet ik. Hulpverlener, faal met mij. Faal in mijn plaats.

Dit artikel verscheen eerder in het Tijdschrift voor Psychotherapie.

*Door **Arnon Grunberg**, schrijver, columnist en journalist.*

Refereren aan:

.....
Grunberg, A. (2024). Brief aan de behandelaars. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 19(4), p. 101-104.

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.

