

Tussen verlangen en teleurstelling: Idealiserings- en devaluatie- dynamieken in groepstherapie

In dit artikel biedt Frans van Paassen een geïntegreerd theoretisch kader rond de pendelbeweging tussen idealisering en devaluatie. Hij beschrijft fasengebonden klinische handelingsstrategieën en verheldert de rol van culturele dimensies in idealisering/devaluatie. De groep wordt uiteindelijk gepositioneerd als een veld waarin oude percepties kunnen verschuiven naar het genuanceerder en realistischer ervaren van jezelf en anderen.

Door Frans van Paassen

‘Toen ik jou voor het eerst zag, dacht ik: dit is eindelijk een plek waar ik mezelf kan zijn. Maar nu weet ik wel beter. Jij ziet me helemaal niet. Jij bent net als de rest.’

Idealisering en devaluatie vormen twee polen van één dynamiek die in groepstherapie vaak intens zichtbaar wordt. Eerst worden therapeut of groepsleden op een voetstuk geplaatst, gevolgd door plotselinge teleurstelling en afwijzing. Deze cycli zijn geen incidenten, maar uitdrukking van vroeg ontstane verwachtingen, narcistische kwetsbaarheid en affectregulatie. Tegelijkertijd bieden ze een kans om oude scripts te herkennen en te transformeren.

De belangrijkste inzichten zijn:

- De dynamiek wortelt in vroege hechting en functioneert als intrapsychisch verdedigingsmechanisme, maar ook als interpersoonlijk communicatiesysteem.
- De groep fungeert als spiegelveld waarin individuele patronen collectief zichtbaar worden.
- Een effectieve therapeutische aanpak vraagt om geïntegreerde toepassing van psychodynamische conceptualisaties, schematherapie, mentaliseren en culturele sensitiviteit.

Theoretische perspectieven

Ontwikkelingsperspectief: idealisering als regulatie van afhankelijkheid

In de vroege ontwikkeling heeft idealisering een beschermende functie. Jonge kinderen ervaren hun ouders als almachtig en alwetend – idealisering helpt hen machteloosheid en angst te reguleren. Uitingen als 'Mijn papa/mama kan alles' weerspiegelen niet alleen bewondering, maar ook een defensieve poging om onzekerheid te beheersen. Tegelijkertijd biedt deze idealisering de illusie dat machteloosheid tijdelijk is: *wanneer ik later groot ben, zal ik me ook nooit meer zo kwetsbaar hoeven voelen.* Kernpunt: idealisering maakt deel uit van het proces waarin het kind leert dat anderen zowel goede als frustrerende kanten hebben. Wanneer deze ambivalentie niet wordt geïntegreerd (bijv. door traumatische ervaringen of onveilige hechting), blijven idealisering en devaluatie rigide patronen in latere relaties.

Psychodynamisch perspectief: splitsing en objectrelaties

Binnen de objectrelatietheorie worden idealisering en devaluatie gezien als uitingen van splitsing: een primitieve afweer om conflicterende gevoelens gescheiden te houden (Klein, 1946). Idealisering beschermt tegen angst door het 'goede object' onaangetaast te houden; agressieve of teleurstellende aspecten worden op het 'slechte object' geprojecteerd. Bij borderline- en narcistische problematiek blijft deze splitsing rigide aanwezig (Kernberg, 1975).

- Bij borderline gaat het om extreme wisselingen in percepties van zelf en ander.
- Bij narcistische problematiek wordt splitsing gebruikt om een kwetsbaar zelfgevoel te beschermen.

In groepen krijgt dit vorm via projectieve identificatie: emoties en interne conflicten worden over leden verdeeld, wat leidt tot roltoewijzing, polarisatie en wisselende percepties van de therapeut.

Modus	Manifestatie in de groep	Psychodynamische parallel
Kwetsbaar Kind	Hunkert naar erkenning, snel teleurgesteld	Afhankelijkheidsangst
Boos / Teruggetrokken Kind	<i>'Je hebt me laten vallen!'</i>	Narcistische krenking
Zelfverheffende modus	Leden kleineren, therapeut testen	Afgunst, onnipotentie
Afwijzende Ouder	Kritiek op therapeut of leden	Geactiveerd intern 'slecht object'

Tabel 1.

Interventie	Doel	Voorbeeld
Emoties benoemen en bevatten	Veilige ruimte creëren	<i>'Ik zie dat je teleurgesteld bent.'</i>
Link leggen met idealisering	Reflectie stimuleren	<i>'Eerder zei je dat ik perfect was. Wat voel je nu?'</i>
Perspectiefneming aanmoedigen	Mentaliseren herstellen	<i>'Wat denk je dat ik voelde toen je dat zei?'</i>
Cultuur en intersectionaliteit	Inclusiviteit bevorderen	<i>'Hoe ervaren jij gezag, gegeven je achtergrond?'</i>

Tabel 2.

Schematherapie: modi-wisselingen en relationele regulatie

Schematherapie (Young et al., 2003; Arntz & van Genderen, 2020) beschrijft idealisering en devaluatie als snelle verschuivingen tussen emotionele modi – toestanden die voortkomen uit onvervulde basisbehoeften. Het doel van de therapie is integratie in een Gezonde Volwassene-modus die affect kan reguleren (zie tabel 1).

Mentaliseren en epistemisch vertrouwen

Mentaliseren (Fonagy et al., 2019) is het vermogen om gedrag te begrijpen in termen van onderliggende mentale toestanden. Onder hoge emotionele druk kan dit vermogen instorten, wat leidt tot zwart-witdenken en vijandige attributies ('Jij deed dat expres!').

Epistemisch vertrouwen is het vermogen om anderen als betrouwbaar te zien.

- Idealisering functioneert als fragiel vertrouwen: de therapeut wordt gezien als perfect.
- Wanneer dit vertrouwen wordt geschon-

den, slaat het om in abrupte devaluatie ('Je bent een slechte therapeut').

Taak van de therapeut: herstel mentaliseren door nieuwsgierigheid, perspectiefneming en affectregulatie te bevorderen (zie tabel 2).

Cognitief perspectief: goed-slechtcategorisatie

Cognitieve modellen (Story et al., 2024) beschrijven idealisering en devaluatie als asymmetrische attributieprocessen. Wanneer iemand als 'goed' wordt gecategoriseerd, worden negatieve gedragingen toegeschreven aan externe omstandigheden ('Hij had een slechte dag'). Wanneer iemand als 'slecht' wordt gezien, worden positieve gedragingen als uitzonderingen geïnterpreteerd ('Ze deed toevallig eens iets goed'). Dit patroon kan langdurig standhouden, tot een kritisch omslagpunt wordt bereikt waarop nieuwe, inconsistente informatie niet langer kan worden genegeerd. In groepen verklaart deze dynamiek waarom percepties van leiders of therapeuten soms abrupt omslaan zodra een drempel van tegenstrijdige ervaringen wordt overschreden.

Oorsprong	Betekenis	Therapeutische aanpak
Narcistische kwetsbaarheid	Fragiel zelfgevoel reguleren	Mentaliseren, ambivalentie tolereren
Trauma	Reactie op (vermeend) gevaar	Veiligheid bieden, trauma verwerken
Psychotische processen	Wanende interpretaties	Realiteitstoetsing, destructurering

Tabel 3.

Differentiële diagnostiek: drie oorsprongsgebieden

De onderliggende structuur bepaalt de betekenis van idealisering/devaluatie en de therapeutische aanpak (zie tabel 3).

Cultuur, idealisering en devaluatie: een geïntegreerd model

Cultuur vormt een integraal onderdeel van psychodynamische processen. Macht-afstand is hierbij een cruciale dimensie (Hofstede, 2010).

• **Hoge machtsafstand**

Idealisering is vanzelfsprekender; de therapeut wordt als autoriteit gezien. Devaluatie gebeurt vaak indirect, bijvoorbeeld via passiviteit of subtiel terugtrekken van medewerking.

Voorbeeld: een groepslid is beleefd en instemmend, maar komt chronisch te laat, vergeet opdrachten en verandert niets – een indirecte ondermijning van gezag.

• **Lage machtsafstand**

Idealisering is voorwaardelijker; de therapeut is 'gelijke met expertise'. Devaluatie is directer en explicieter.

Deze culturele scripts beïnvloeden hoe splitsing vorm krijgt: in hiërarchische culturen rond competentie/plichtsverzuim, in egalitaire culturen rond authenticiteit/afstand.

Intersectionaliteit en superdiversiteit

Cultuur is geen monoliet. Een intersectioneel perspectief (Crenshaw, 1989) erkent dat elk individu een unieke positie inneemt in een matrix van culturele achtergrond, gender, sociale klasse en religie. Deze posities bepalen hoe idealisering en devaluatie worden geuit en ontvangen.

Een hoogopgeleide vrouw met een Caribische achtergrond kan bijvoorbeeld worden geïdealiseerd om haar Nederlandse 'competentie' en gedevalueerd om haar 'afstandelijkheid'. Voor cultureel onwettelijke individuen kan de groep een symbolisch thuisland worden, waardoor teleurstelling intensiveert tot een gevoel van een tweede verbanning.

Integratie van perspectieven

De besproken modellen beschrijven elk een deel van hetzelfde proces.

- Psychodynamisch: moeite met ambivalentie → splitsing.

- Schematherapie: snelle modi-wisselingen bij gekrenkte behoeften.
- Mentaliseren: tijdelijk verlies van perspectiefneming onder stress.
- Cognitief: dichotome categorisatie ('goed'/'slecht').
- Cultureel: machtsafstand en culturele scripts bepalen welke vormen van idealisering en devaluatie sociaal beschikbaar zijn.

Gezamenlijke conclusie: idealisering en devaluatie vormen een regulatiesysteem dat zowel intrapsychisch als interpersoonlijk én cultureel verankerd is. Groepstherapie biedt een unieke ruimte waarin deze mechanismen zichtbaar worden en – door mentalisering, interactie en correctieve ervaringen – kunnen verschuiven van rigide polarisatie naar tolerantie van ambivalentie.

De groep als therapeutisch spiegelveld

Projectieve identificatie en herhaling van oude scripts

De groep fungeert als projectiescherm waarop innerlijke objectrelaties zichtbaar worden (Foulkes, 1964). Een centraal mechanisme in dit spiegelveld is projectieve identificatie. Wanneer een groepslid zich onbemind voelt, kan het gedrag vertonen dat onbewust afwijzende reacties oproept bij anderen, waardoor een zelfbevestigende cyclus ontstaat (Ogden, 2004). Dit proces wordt versterkt door selectieve waarneming zoals beschreven in de schema-theorie: informatie wordt in bestaande schema's ingepast.

Juist doordat oude scripts zich herhalen in een veilige context, kunnen nieuwe ervaringen ontstaan.

Idealisering en de behoefte aan verbinding

Idealisering is gelinkt aan fundamentele relationele behoeften zoals *mirroring*, gelijkwaardigheid en verbondenheid (Stone, 1996; 2003). Wanneer deze behoeften onvoldoende gedifferentieerd zijn, ontstaat een cyclus van idealisering gevolgd door devaluatie – een val die vooral bij perfectionistische of vermijdende groepsleden zichtbaar wordt. Klinisch inzicht en literatuur over perfectionisme (Hewitt et al., 2017) suggereren dat perfectionistische groepsleden in vroege fasen de neiging hebben de therapeut te idealiseren. Door de therapeut als foutloos te zien, creëren zij de illusie dat succes gegarandeerd is en vermijden ze angst voor mislukking. Vanuit schematherapie bezien vertegenwoordigt deze dynamiek een samenwerking tussen de Gezonde Volwassene en een Overcompenserende modus, gericht op controle. Wanneer de onvermijdelijke teleurstelling optreedt, volgt vaak een omslag naar devaluatie als bescherming tegen affectieve pijn.

Mentalisatie als corrigerend vermogen

Mentaliseren is cruciaal voor het hanteren van intensieve groepsdynamiek. Bij affectieve overbelasting zakt dit vermogen tijdelijk weg. De taak van de therapeut is het opnieuw activeren ervan door holding, empathische nieuwsgierigheid en symbolisering van emotie. De groep wordt hierdoor een transformatieve ruimte waarin leden leren minder reactief en meer reflectief te zijn.

Fasengebonden dynamiek

In groepstherapie doorlopen idealisering en devaluering een voorspelbare ontwikkeling, parallel aan de fasen van groepsvorming.

Het begrijpen van deze fasering stelt de therapeut in staat de onderliggende dynamieken proactief te herkennen en te begeleiden (Yalom & Leszcz, 2020).

Beginfase: veiligheid en idealisering

De eerste fase wordt gekenmerkt door idealisering van de therapeut en de groep. Groepsleden projecteren hun behoefte aan perfecte, betrouwbare objecten op de therapeut, die een zelfobject-functie krijgt (Kohut, 1971). Dit is een herhaling van het vroege kinderlijke mechanisme waarbij het kind zijn ouders idealiseert: 'Mijn vader/moeder kan alles, weet alles, lost alle problemen wel op.' Vanuit cognitief perspectief worden positieve, rigide schema's geactiveerd, zoals 'autoriteiten zijn perfect'.

Deze vroege idealisering creëert veiligheid en bevordert verbinding, maar draagt het zaad van teleurstelling in zich.

Klinische interventies in de beginfase

- Erken de behoefte aan veiligheid
- Introduceer nuance: 'Ik zal je soms ook teleurstellen'
- Normaliseer twijfel
- Onderzoek de verwachtingen van een 'goede groep'

Middenfase: de onvermijdelijke teleurstelling

Naarmate beperkingen zichtbaarder worden, kan aanvankelijke veiligheid omslaan in teleurstelling en frustratie. Dit leidt vaak tot abrupte devaluering, een mechanisme waarmee het kwetsbare zelf zich beschermt (Kernberg, 1984).

Cognitief gezien is dit een schema-shift: wanneer het positieve schema wordt weerlegd, schakelt het systeem naar een even rigide negatief schema om cognitieve disso-

nantie te reduceren. Deze fase gaat gepaard met conflicten, subgroepsvorming en twijfel aan de effectiviteit. Constructieve verwerking van deze conflicten correleert met positief behandelresultaat (Li et al., 2021).

Klinische interventies in de middenfase

- Verken de devaluering als signaal
- Verbind met eerdere idealisering
- Stimuleer groepsreflectie
- Daag dichotome gedachten uit

Eindfase: herleving bij afscheid

In de eindfase keren deze patronen vaak terug in de context van afscheid en verlies. Sommige groepsleden klampen zich vast aan het ideaalbeeld, terwijl anderen het belang minimaliseren als verdediging tegen separatiepijn (Nitsun, 1996). Ambivalente gevoelens – dankbaarheid, verdriet, irritatie – zijn een indicatie van internalisering van het groepsproces.

Klinische interventies in de eindfase

- Erken het afscheid en de tegenstrijdige gevoelens
- Stimuleer reflectie op momenten van teleurstelling én herstel
- Consolideer adaptieve schema's voor toekomstige relaties

Van splitsing naar integratie

Het mechanisme van splitsing kan worden begrepen als een cognitief-emotioneel aan-uitsysteem. Zolang teleurstellend gedrag aan externe factoren wordt toegeschreven, blijft het geïdealiseerde beeld intact (als de therapeut een fout maakt, denkt het groepslid dat hij het opzettelijk deed om de groep te testen). Pas bij overtuigend tegenbewijs volgt een plotselinge omslag naar

devaluering. Dit sluit aan bij het schematherapeutische concept van modus-switching.

Drie therapeutische aangrijpingspunten zijn cruciaal:

1. Bewustwording van attributiepatronen
2. Preventie van polariteitswisselingen door vroegtijdige nuancering
3. De diverse perspectieven binnen een groep helpen individuen om hun rigide, eenzijdige opvattingen te toetsen aan de werkelijkheid ('reality testing'), waardoor ze leren om tegenstrijdige kanten van zichzelf en anderen te integreren in plaats van te splitsen.

Schaamte als onderliggende dynamiek

Onder veel verschuivingen ligt een diepere schaamedynamiek. Binnen cognitieve kaders wordt schaamte gezien als een reactie van het Interne Kind-schema dat geconfronteerd wordt met het niet kunnen voldoen aan (vermeende) eisen.

- Bij idealisering: overaangepast gedrag om afwijzing te vermijden
- Bij devaluering: cynisme of terugtrekking om kwetsbaarheid te verhullen

Onderzoek benadrukt dat schaamte-regulatie cruciaal is voor herstel van therapeutische allianties (Black et al., 2013).

Therapeuten kunnen dit begeleiden door schaamte achter gedrag te herkennen, menselijke imperfectie te normaliseren, en een veilige ruimte te creëren waar ambivalentie bespreekbaar is.

Therapeutische technieken en valkuilen

Het effectief hanteren van idealiserings- en devaluatieprocessen vereist een zorgvuldig evenwicht tussen theoretisch inzicht, klinische vaardigheden en zelfreflectie. Centraal staat het management van tegenoverdracht, waarbij de therapeut een voortdurend bewustzijn moet handhaven van eigen emotionele reacties (Gabbard, 2020). Ongecontroleerde tegenoverdrachtsreacties kunnen het therapeutisch proces belemmeren, wat regelmatige supervisie essentieel maakt.

Valkuilen voor de therapeut

Veelvoorkomende valkuilen ontstaan vaak vanuit onbewuste tegenoverdrachtsreacties (zie tabel 4).

Dynamiek	Valkuil	Risico
Idealiserend	Collusie met het ideaalbeeld	Versterking van afhankelijkheid en onrealistische schema's
Idealiserend	Ongemak bij bewondering	Miskennen van de behoefte aan veiligheid
Devaluerend	Defensieve reacties	Escalatie van conflict, bevestiging vijandig beeld
Devaluerend	Terugtrekken uit angst	Verwaarlozing van de groep en het individu

Tabel 4.

Recente studies benadrukken dat tegenoverdrachtsbewustzijn en interventiestrategieën die het mentale proces expliciet maken, significante effecten hebben op groepscohesie (Hewitt et al., 2023).

Idealisering en devaluatie door de therapeut zelf

Therapeuten zijn niet immuun voor de dynamieken die ze bij cliënten observeren. Ook zij kunnen idealisering en devaluatie ervaren, zowel ten aanzien van hun eigen rol als ten aanzien van individuele groepsleden of de groep als geheel.

Idealisering van de eigen rol

Therapeuten kunnen zichzelf gaan zien als de 'redder' of 'alwetende expert', vooral wanneer groepsleden hen sterk bewonderen. Dit kan leiden tot overmatige zelfverzekerdheid, het negeren van eigen beperkingen, of het vermijden van noodzakelijke confrontaties uit angst de 'perfecte' positie te verliezen.

Voorbeeld: een therapeut die zich laat meevoeren door complimenten en daardoor tegenoverdrachtsreacties mist, zoals boosheid of teleurstelling bij groepsleden.

Devaluatie van de eigen rol

Wanneer de groep in devaluatie belandt, kan de therapeut persoonlijk gekrenkt reageren en zichzelf gaan zien als 'onbekwaam' of 'falend'. Dit kan leiden tot terugtrekking, defensief gedrag, of een overcompenserende houding (bijvoorbeeld te streng of te passief worden).

Voorbeeld: een therapeut die na kritiek van een groepslid twijfelt aan zijn hele aanpak en zich terugtrekt in de sessies.

Idealisering/devaluatie van groepsleden

Therapeuten kunnen ook individuele groepsleden idealiseren ('Deze cliënt is mijn succesverhaal!') of devalueren ('Deze cliënt is hopeloos').

Risico: dit kan leiden tot ongelijke aandacht, waarbij sommige leden meer ruimte krijgen dan anderen, of waarbij de therapeut onbewuste coalities vormt (bijvoorbeeld met de 'goede' cliënt tegen de 'moeilijke' cliënt).

Oplossing: reflectie op eigen voorkeuren en aversies, bijvoorbeeld via supervisie of interventisie.

Het herkennen van deze dynamieken bij jezelf is de eerste stap. Supervisie, zelfreflectie en een mentaliserende houding helpen om uit de valkuil van splitsing te blijven.

Een therapeut die zijn eigen idealiserings- en devalueringspatronen onderkent, kan modelleren hoe ambivalentie en complexiteit te verdragen – een krachtig voorbeeld voor de groep.

Effectieve interventietechnieken

Een geïntegreerde aanpak combineert psychodynamisch inzicht met CGT- en schematherapievaardigheden binnen een mentaliserend kader. Het therapiedoel is het transformeren van rigide schommelingen tussen 'volledig goed' en 'volledig slecht' naar een lerend systeem dat ambivalentie kan verdragen.

Metacommunicatie over hier-en-nu processen

- Psychodynamisch: benoem patronen en maak ze zichtbaar voor de groep. 'Ik merk dat we de afgelopen weken van intens contact naar afstand en kritiek zijn gegaan. Zien jullie dat ook?'
- CGT/Schematherapie: koppel gedragingen aan geactiveerde schema's of modi. 'Je

beschrijft me nu als volkomen onkundig. Zou dit kunnen betekenen dat je wantrouwen/misbruik-schema is geactiveerd?’

Schema- en modusverkenning in de groep

Help groepsleden hun onderliggende schema's te identificeren en de interacties die deze activeren.

- Vraag naar herkenning van patronen uit eerdere relaties
- Onderzoek triggers: 'Wat gebeurde er precies voordat je dit gevoel kreeg?'
- Verbind met vroege ervaringen: 'Hoe werd er in je gezin omgegaan met teleurstelling?'

Cognitieve hervorming via groepsdiversiteit

Gebruik verschillende perspectieven binnen de groep als levend bewijs tegen splitsing.

1. Inventariseer verschillende percepties in de groep
2. Normaliseer dat mensen verschillende ervaringen hebben
3. Help groepsleden nieuwsgierig te worden naar deze verschillen
4. Faciliteer dialoog zonder te dwingen tot consensus

Emotieregulatie en veilige structuur

- Emotieregulatie: train mindfulness en *distress tolerance*-vaardigheden (Linehan, 1993). Gebruik *grounding*-oefeningen tijdens intense emotionele momenten en affectlabeling.
- Veilige structuur: een voorspelbare, gestructureerde setting biedt correctieve ervaring bij vroegere onvoorspelbaarheid. Implementeer consistente tijden, duidelijke afspraken en transparantie over therapeutische keuzes.

Synthese: de therapeut als mentaliserende coach

Een effectieve therapeut integreert meerdere perspectieven:

1. Bevatten en benoemen van emoties (psychodynamisch)
'Ik merk dat ik me verdedig. Misschien zegt dat iets over hoe heftig deze teleurstelling voor je is.'
2. Uitdagen en herstructureren van gedachten (CGT/schematherapie)
'Je Tekortschieten-schema lijkt nu heel actief. Wat zou je Gezonde Volwassene tegen je zeggen?'
3. Faciliteren van de ruimte tussen de polen
'Misschien ben ik noch de perfecte therapeut, noch de volledige teleurstelling. Kunnen we samen ontdekken wie ik werkelijk ben?'

Het uiteindelijke doel is niet de eliminatie van idealisering, maar de ontwikkeling van een realistische perceptie waarin therapeut, groep en zelf als 'goed genoeg' ervaren kunnen worden (Winnicott, 1953).

Casus: van idealisering naar devaluatie – en weer terug

Context: de groep en de deelnemers

Setting: een langlopende psychodynamische therapiegroep (wekelijks, 90 minuten) voor volwassenen met persisterende relationele problematiek en hechtingsproblematiek.

Groepssamenstelling (8 leden):

- Eva (38): borderline kenmerken, geschiedenis van emotionele verwaarlozing
- Marijn (42): vermijdende persoonlijkheid, geschiedenis van emotionele mishandeling
- Tessa (35): depressieve episodes, perfecti-

- onisme, vader was kritisch en afstandelijk
 - Robert (45): narcistische trekken, moeder was intrusief en onvoorspelbaar
 - Plus vier andere groepsleden
- Therapeut: mannelijk, 48 jaar, vijftien jaar ervaring met groepstherapie

Fase 1: De wittebroodsweken (sessie 1-12)

De idealiserende atmosfeer

In de eerste drie maanden ontwikkelde zich een opmerkelijk harmonieuze sfeer. Groepsleden spraken met warmte over elkaar en vooral over de therapeut. Eva, die in eerdere behandelingen snel teleurgesteld raakte, zei in sessie 8: 'Bij jou voel ik me voor het eerst echt veilig. Je raakt precies de juiste snaar. Ik denk dat ik eindelijk de therapeut heb gevonden die me begrijpt.'

Robert voegde toe: 'Je hebt zo'n rust. Anderen worden zenuwachtig van mijn verhalen, maar jij niet.'

Zelfs Marijn, gewoonlijk terughoudend, merkte op: 'Deze groep voelt anders dan andere dingen die ik geprobeerd heb. Hier kan ik mezelf zijn.'

Onderhuidse signalen – wat de therapeut opmerkte

De therapeut voelde zich geveleid door de bewondering, maar merkte tijdens intervisie subtiele dissonanties.

Observaties:

- Ironische opmerkingen werden direct weggelachen ('Grapje hoor!')
- Moeilijke thema's (seksualiteit, rivaliteit, boosheid) werden snel afgesloten
- Een eenzijdige nadruk op het positieve: 'Het gaat al zoveel beter'
- Stiltes werden snel opgevuld met oppervlakkige oplossingen

- Niemand uitte twijfel over het proces of de therapeut

Tegenoverdracht:

- De therapeut merkte dat hij genoot van de bewondering
- Hij vermeed confrontaties om de harmonie niet te verstoren
- Hij had fantasieën: 'Dit is de beste groep die ik ooit heb gehad'
- Hij voelde druk om aan het ideaalbeeld te voldoen

Reflectie in supervisie: 'Ik weet dat dit te mooi is om waar te zijn. De groep houdt zichzelf braaf. Maar een deel van mij wil deze fase niet verstoren, het voelt goed om zo gewaardeerd te worden.'

Fase 2: Het keerpunt (sessie 13)

De confrontatie

In sessie 13 bracht Tessa opnieuw een verhaal over haar werkstress. Marijn reageerde met zijn gebruikelijke patroon: luisteren, knikken, maar niet écht betrokken zijn. De therapeut besloot dit patroon te benoemen. Therapeut: 'Marijn, ik merk dat je heel loyaal luistert naar Tessa. Tegelijk vraag ik me af of je er echt bij bent. Je gezicht staat vriendelijk, maar je lijkt er niet door geraakt te worden.'

Marijn (geïrriteerd): 'Ik luister toch? Wat wil je dan?'

Therapeut: 'Ik denk dat je je beschermt tegen wat het met je doet. Tessa's verhaal over afgewezen worden door haar baas – raakt dat jou ergens?'

Marijn (afwerend): 'Niet echt. Het is haar werk, niet het mijne.'

Een ongemakkelijke stilte viel.

Tessa verbrak de stilte, maar niet met het

onderwerp dat werd aangesneden. Ze richtte zich tot de therapeut: 'Soms ben je best afstandelijk. Het lijkt alsof je er niet echt bij bent. Je stelt vragen, maar ik voel je niet.' De woorden hingen in de lucht. Dit was de eerste keer dat iemand de therapeut direct bekritiseerde.

Robert keek naar de grond.

Eva reageerde fel: 'Nou, ik voel dat totaal niet zo! Je kunt hier blijkbaar niets meer zeggen zonder dat het afgekraakt wordt. Als hij niet goed genoeg is, waarom zijn we hier dan?'

Tessa (verdedigend): 'Ik zeg niet dat hij niet goed is. Ik zeg alleen wat ik voel.'

Eva: 'Ja, en dat is gewoon niet eerlijk.'

De therapeut voelde zijn hartslag stijgen. Zijn eerste impuls was zich te verdedigen ('Maar ik ben er wel bij!'), zijn tweede was de situatie glad te strijken. In plaats daarvan zei hij: 'Oké, dit voelt belangrijk. Tessa, vertel me meer. Wanneer voel je die afstand bij mij?'

De sessie eindigde gespannen. Meerdere groepsleden verlieten zwijgend de ruimte.

Fase 3: De devaluatie-storm (sessie 14-18)

Escalatie van de spanning

De volgende vijf sessies werden gekenmerkt door verhoogde spanning, fragmentatie en indirecte aanvallen.

Sessie 14:

- Robert kwam te laat en verontschuldigde zich niet
- Marijn was afwezig (zonder bericht)
- Tessa bracht haar kritiek opnieuw naar voren: 'Vorige week voelde ik me niet gehoord. Ook niet door jou.'

Sessie 15:

- Eva verdedigde de therapeut heftig: 'Jullie zijn gewoon ondankbaar. Hij doet zijn best!'

- Robert: 'Misschien is dit gewoon niet de juiste groep voor mij.'

- Splitsing in de groep: Eva en twee anderen vs. Tessa, Robert en twee anderen

Sessie 16:

- Marijn kwam terug, maar was zwijgzaam
- De groep sprak vooral over praktische zaken (vakantie, parkeren)
- De therapeut voelde machteloosheid en irritatie

Tegenoverdracht-crisis

Na sessie 16 noteerde de therapeut in zijn aantekeningen: 'Ik voel me voor het eerst in jaren echt onzeker. Ben ik te afstandelijk? Te betrokken? Ik merk dat ik me wil verdedigen, maar ook dat ik boos ben. Vooral op Tessa: is dit niet haar patroon? Afwijzen voordat je afgewezen wordt? Tegelijk voel ik schaamte. Misschien heb ik inderdaad afstand genomen in de idealiserende fase. En nu? Nu wil ik eigenlijk dat deze groep stopt.'

Supervisiegesprek (na sessie 16)

Supervisor: 'Wat hoor ik? Eerst was je de perfecte therapeut, nu ben je de slechte therapeut. Klassieke splitsing.'

Therapeut: 'Ja, ik wéét het verstandelijk. Maar het voelt zo echt. Ik twijfel echt aan mezelf.'

Supervisor: 'Dat is de kracht van projectieve identificatie. De groep heeft jou nodig om de 'slechte' te zijn, zodat zij niet hoeven te voelen hoe teleurgesteld ze zijn in zichzelf. Je interventie bij Marijn was de trigger: je was niet langer de alles-goedmakende ouder.'

Therapeut: 'Dus wat moet ik doen?'

Supervisor: 'Niet wegrekken. Niet verdedigen. Maar ook niet meegaan in hun devaluatie. Je moet de derde positie vinden – uitnodigen en nieuwsgierig blijven naar het proces.'

Fase 4: De derde positie (sessie 17-18)

De interventie (Sessie 17)

Na tien minuten oppervlakkig gepraat zei de therapeut: 'Ik wil iets benoemen. In de eerste maanden van deze groep had ik het gevoel dat ik op een voetstuk stond. Jullie spraken met warmte, ik kon niets fout doen.'

Nu, de laatste weken, merk ik het tegenovergestelde. Kritiek, twijfel, afstand. De warmte is weg. Ik vraag me af: kunnen we samen onderzoeken wat hier gebeurt?'

Stilte. Toen zei Robert: 'Ik vond je in het begin inderdaad heel goed. Te perfect misschien. Alsof je niet echt was. En toen die sessie met Marijn... toen voelde je plotseling heel echt. En dat maakte me bang.'

Therapeut: 'Bang waarvoor?'

Robert: 'Dat je net als alle anderen bent. Dat je me ook gaat teleurstellen.'

Eva begon te huilen: 'Ik wil niet dat je teleurstelt. Ik wil dat je blijft zoals je was. Veilig.'

Therapeut: 'Dus toen ik Marijn confronteerde, werd ik plotseling gevaarlijk?'

Tessa (zacht): 'Mijn vader was ook eerst lief. Tot hij niet meer lief was. Dan werd hij koud en afwijzend. Misschien projecteerde ik dat op jou. Toen je Marijn confronteerde, dacht ik: daar is het. Nu komt de afwijzing.'

Het doorwerkproces (sessie 17-20)

De volgende sessies werd de dynamiek steeds explicieter bespreekbaar.

Marijn (sessie 18): 'Ik heb altijd geweten dat mensen uiteindelijk teleurgesteld raken in mij. Daarom trek ik me terug voordat het gebeurt. Maar hier gebeurde iets anders. Jij bleef vragen stellen, ook toen ik me terugtrok.'

Eva (sessie 19): 'Ik idealiseer mensen om mezelf veilig te voelen. Maar het werkt nooit. Want niemand kan perfect zijn. En dan stort mijn wereld in. Zoals nu. Behalve... nu stort

het niet in. Je bent er nog steeds.'

Robert (sessie 20): 'Misschien is het oké dat je niet perfect bent. Misschien is het zelfs beter.'

De therapeut merkte een verschuiving in zijn eigen ervaring.

- De druk om perfect te zijn nam af
- Hij voelde zich vrijer om menselijk te zijn
- De groep voelde veiliger, ook in conflict

Fase 5: Integratie en nieuwe cohesie (sessie 21+)

Tekenen van modi-integratie

In de sessies daarna ontstond een nieuwe, rijkere vorm van cohesie.

Eva: 'Ik merk dat ik niet meer hoeft te kiezen tussen jou geweldig vinden of vreselijk. Je bent gewoon... menselijk. En dat is genoeg.'

Tessa: 'Ik kan nu zeggen dat ik teleurgesteld ben zonder te denken dat de hele therapie waardeloos is.'

Marijn: 'Voor het eerst voel ik dat ik gezien word, ook in mijn afweer. Niet ondanks, maar doordat je het benoemde.'

Wat maakte het verschil?

De therapeut reflecteerde later op de kritieke factoren.

1. Supervisie: zonder supervisie had hij defensief gereageerd of zich teruggetrokken
2. Verdragen van tegenoverdracht: zijn eigen narcistische krenking niet uitageren
3. De derde positie: nieuwsgierigheid naar het proces in plaats van correctie
4. Timing: pas interveniëren na voldoende veiligheid (12 sessies)
5. Groepsproces: verschillende leden konden verschillende rollen innemen (verdediger, criticus, observator)

Theoretische analyse achteraf

Deze casus illustreert de eerder besproken

theoretische concepten in vivo. De groepsdynamiek liet de klassieke sequentie van idealisering, teleurstelling en devaluatie perfect zien, gedreven door projectieve identificatie en de activering van kernschema's (Verlating/Onbetrouwbaarheid bij Eva, Tekortschieten bij Tessa, Wantrouwen/Misbruik bij Robert). Cruciaal was dat de therapeut niet meeging in de splitsing, maar de 'derde positie' van mentaliserende nieuwsgierigheid innam. De diversiteit aan reacties binnen de groep – van verdediger tot criticus – fungeerde als een krachtig correctief mechanisme, waardoor de leden geleidelijk konden schakelen van rigide modi-wisselingen naar een meer geïntegreerde, 'goedgenoeg' beleving.

Lessen voor de praktijk

Wat werkte

- √ Niet verdedigen: de therapeut ging niet in op de inhoud van de kritiek maar op het proces
- √ Supervisie: essentieel om tegenoverdracht te begrijpen
- √ Timing: pas interveniëren na voldoende veiligheidsbasis
- √ Groepsdiversiteit benutten: verschillende perspectieven valideren
- √ Verdragen van ongemak: de therapeut bleef aanwezig in de storm

Wat risicovol was

- ! Te vroeg confronteren: als dit in sessie 3 was gebeurd, was de groep mogelijk uit-eengevallen
- ! Meegaan met idealisering: in de beginfase had meer nuance geïntroduceerd kunnen worden
- ! Tegenoverdracht: zonder supervisie was defensieve reactie waarschijnlijk geweest

Algemene principes

1. Idealisering is voorspelbaar en tijdelijk – bereid je voor op de omslag
2. Devaluatie is een kans, geen ramp – het maakt echt contact mogelijk
3. De derde positie is cruciaal – nieuwsgierigheid overstijgt splitsing
4. Supervisie is niet optioneel – tegenoverdracht is onvermijdelijk en krachtig
5. Integratie kost tijd – forceer het niet, faciliteer het

Epiloog: een jaar later

In de eindfase van de groep (sessie 45) reflecteerde Eva: 'Weet je wat ik het meest heb geleerd? Dat teleurstelling niet het einde is. Dat ik boos kan zijn op jou en tegelijk van de groep kan houden. Dat mensen ingewikkeld zijn en dat dat oké is. Jij bent niet perfect, de groep is niet perfect, ikzelf ben niet perfect. En toch is dit het beste wat ik ooit heb gedaan.'

Deze uitspraak vat de essentie van het therapeutische proces samen: van splitsing naar integratie, van idealisering naar realistische waardering, van angst voor teleurstelling naar verdragen van ambivalentie.

Conclusie

De reis tussen verlangen en teleurstelling is een essentieel onderdeel van het groepstherapeutisch proces. Idealiserings- en devaluatieprocessen bieden een uniek venster op de manier waarop mensen omgaan met relationele complexiteit, geworteld in vroege hechtingservaringen, cognitief-emotionele schema's en neurobiologische mechanismen. De groepstherapeutische setting onderscheidt zich door haar vermogen om deze dynamiek te intensifiëren én te transforme-

ren. Waar individuele therapie beperkt blijft tot dyadische overdracht, creëert de groep een krachtig spiegelveld waarin patronen van splitsing zichtbaar worden en gecorrigeerd kunnen worden. Effectieve begeleiding vereist een geïntegreerde aanpak: een mentaliserende houding om het vermogen tot perspectiefname te bevorderen, culturele sensitiviteit om verschillende expressiestijlen en machtsdynamieken te erkennen, en een veilige, voorspelbare context waarin cliënten ambivalente gevoelens kunnen onderzoeken. Het uiteindelijke doel is niet het elimineren van idealisering, maar het begeleiden van een transitie naar wat Winnicott (1953) 'goed genoeg' noemde: een realistische perceptie waarin de ander, de groep en het zelf kunnen worden gezien in hun volledige mense-

lijkheid, met zowel kwaliteiten als tekortkomingen.

In een tijd van toenemende sociale polarisatie – vaak versterkt door culturele verschillen in omgang met conflict en ambivalentie – biedt dit geïntegreerde model niet alleen individuele heling, maar ook een oefenplaats voor relationele authenticiteit. Hierin leren mensen verbonden te blijven ondanks teleurstellingen, verschillen en imperfectie, waarbij culturele normen rond emotie-uiting en conflicthantering expliciet ruimte krijgen. De reis tussen idealisering en devaluatie is uiteindelijk een reis naar zelfacceptatie en authentieke verbinding – niet ondanks, maar juist door de onvermijdelijke teleurstellingen die elke menselijke relatie, in al haar culturele diversiteit, met zich meebrengt. ■

Frans van Paassen (fvanpaassen@upcmail.nl) is psychotherapeut en opleider NVGP. Hij werkt in eigen praktijk in Rotterdam.

Refereren aan:

.....
Paassen, F. van (2026). Tussen verlangen en teleurstelling: Idealiserings- en devaluatiedynamieken in groepstherapie. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, (21)2, p. 15-29.
.....

Literatuur

.....
Arntz, A. & van Genderen, H. (2020). *Schema therapy for borderline personality disorder*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Black, R.S.A., Curran, D. & Dyer, K.F.W. (2013). The impact of shame on the therapeutic alliance and intimate relationships. *Journal of Clinical Psychology*, 69(6), p. 646-654.

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), p. 139-167.

Fonagy, P., Allison, E. & Campbell, C. (2019). Mentalizing, resilience, and epistemic trust. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2nd ed., p. 63-78). American Psychiatric Association Publishing.

- Foulkes, S.H. (1964). *Therapeutic group analysis*. New York: International Universities Press.
- Gabbard, G.O. (2020). The role of countertransference in contemporary psychiatric treatment. *World Psychiatry, 19*(2), p. 243-244.
- Hewitt, P.L., Flett, G.L. & Mikail, S.F. (2017). *Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment*. New York: Guilford Publications.
- Hewitt, P.L., Kealy, D., Mikail, S.F., Smith, M.M., Ge, S., Chen, C., Sochting, I., Tasca, G. A., Flett, G.L. & Ko, A. (2023). The efficacy of group psychotherapy for adults with perfectionism: A randomized controlled trial of dynamic-relational therapy versus psychodynamic supportive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 91*(1), p. 29-42.
- Hofstede, G., Hofstede, G.J. & Minkov, M. (2010). *Cultures and organizations: Software of the mind* (3rd ed.). Columbus, OH: McGraw-Hill.
- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *The International Journal of Psycho-Analysis, 27*, p. 99-110.
- Kivlighan, D.M., Jr., Coleman, V.R. & Anderson, T. (2022). Working through interpersonal process in group therapy: Associations with client improvement. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 26*(2), p. 116-129.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Li, X., Kivlighan, D.M., Jr., Paquin, J.D. & Gold, P.B. (2021). What was that session like? An empirically derived typology of group therapy sessions. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 25*(2), p. 107-121.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. London: Guilford Press.
- Nitsun, M. (1996). *The anti-group: Destructive forces in the group and their creative potential*. New York: Routledge.
- Ogden, T.H. (2004). On holding and containing, being and dreaming. *The International Journal of Psycho-analysis, 85*(6), p. 1349-1364.
- Story, G.W., Vlaev, I. & Dolan, R.J. (2024). The cognitive mechanisms of social inference and bipolar predictions. *Nature Reviews Psychology*. Advance online publication.
- Stone, W.N. (1996). Group psychotherapy for people with chronic mental illness. In *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (Vol. 15, p. 123-146). Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Stone, W.N. (2003). The role of the therapist in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 53*(1), p. 5-22.
- Winnicott, D.W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena: A study of the first not-me possession. *The International Journal of Psychoanalysis, 34*, p. 89-97.
- Yalom, I.D. & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (6th ed.). New York: Basic Books.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
-