





Nederlandse vereniging voor  
groepsdynamica en groepspsychotherapie



# Inhoudsopgave

Redactioneel Salvatore Vitale	5
GroupWAVE: samen werken aan de toekomst van groepsbehandeling in de ggz Marjolein Koementas-de Vos	9
Tussen verlangen en teleurstelling: Idealiserings- en devaluatiedynamieken in groepstherapie Frans van Paassen	15
COLUMN Splijten of feiten Sandra Schruijer	31
De Life-story Checklist voor persoonlijkheidsstoornissen Silvia Pol, Niek Zuidhof, Dennis Sennef, Anneke Sools & Gerben Westerhof	35
<hr/>	
CONGRES NVGP Grensgevallen Frits van Hest	59
Topsport Leo Zoutewelle	69
Leren dragen wat blijft Linda de Groot	73
Oefenen met <i>siding</i> Leo Zoutewelle	77
Een <i>full circle</i> psychodrama Silvia Pol	81
<hr/>	
Niets menselijks is ons vreemd <i>Verslag van de Dag van de Psychotherapie</i> Leo Zoutewelle	87





# Good fences make good neighbors

Robert Frost (1874-1963), een Amerikaanse dichter en toneelschrijver en vier keer de winnaar van de Pulitzerprijs voor poëzie, publiceerde een van zijn bekende gedichten *Mending Wall* in zijn boek *North of Boston* (1914). Het gedicht gaat over twee buuren die samen een stenen muur herstellen die tussen hun landerijen in staat. Elke lente weer, omdat deze tijdens de winter door vorst en jagers is beschadigd. Frost verkent de spanning tussen menselijke verbondenheid en de behoefte aan grenzen. Zowel fysieke als metaforische grenzen. Zijn deze grenzen noodzakelijk of werken ze juist regressie in de hand? Verschillende thema's komen terug in het gedicht, waaronder kritiek op grenzen (muren of landsgrenzen zijn vaak onnatuurlijk en creëren eerder scheiding dan veiligheid), traditie versus vernieuwing (kritiek op het jaarlijks herstellen van de muur versus vasthouden aan de gewoonte), menselijke natuur (de neiging van de mensheid om fysieke en relationele muren te bouwen) en metaforisch (de muur als barrière die mensen tussen elkaar plaats). Daarmee was het gedicht niet alleen destijds, tijdens de Eerste Wereldoorlog, onderdeel van het debat over nationalisme, internationale grenzen en immigratie, maar is het ook in het huidige geopolitieke klimaat actueel.

De bekendste zin van het gedicht is *'Good fences make good neighbors'*. Frost betwist het belang van (te stevige) grenzen en wil de lezer bewust maken van wat hiermee wordt buitengehouden, maar ook van wat er niet binnen mag komen:

*'Before I built a wall I'd ask to know  
What I was walling in or walling out  
And to whom I was like to give offense.'*

De balans tussen grenzen en vrije speelruimte is de kern van ons vak. Hoe bieden wij structuur en hoe begrenzen wij binnen onze groepen? *Good fences make good therapy* staat er op een van de sheets van de specialistische cursus groepstherapie die bij de RINO Groep wordt gegeven binnen de BIG-opleiding tot klinisch psycholoog. Te veel grenzen en structuur geven te weinig vrije ruimte en te weinig structuur en grenzen zorgen voor onveiligheid en chaos. De balans daartussen is de essentie van ons werk als groepspsychotherapeut. Niet voor niets dat het dit jaar het thema van het NVGP-congres was.

Ook binnen de opleidingen van de NVGP wordt veel aandacht besteed aan grenzen en structuur. In de basis cursus groepsdynamica is een goede taakstructuur het uitgangspunt van elke groep en in de specialistische cursus

bouwen we daarop verder en bevorderen we de interactie via het interpersoonlijke model van Yalom. Van de groepsleden wordt in veel groepen gevraagd om hun gebouwde muur af te breken en achter hun eigen muur te laten kijken. We maken de muren graag lager of bouwen een doorgang.

In dit juninummer van *Groepen* uiteraard veel aandacht voor grenzen naar aanleiding van het NVGP-congres van 27 maart 2026 met als titel *Over de grenzen van groepspsychotherapie*. Frits van Hest geeft een impressie van de gehele dag. Drie redactieleden van *Groepen*, Silvia Pol, Linda de Groot en Leo Zoutewelle, doen verslag van enkele workshops waaraan zij tijdens het congres hebben deelgenomen. Niet alleen binnen de grenzen van de NVGP is de redactie actief met congresverslagen, maar ook buiten onze muren. Leo Zoutewelle geeft zijn impressie van de Dag van de Psychotherapie *Niets menselijks is ons vreemd*. Voorts is er een bijdrage van Marjolein Koementas-de Vos over het project GroupWAVE, waarin zij uitlegt hoe dit project een bijdrage kan leveren aan de verdere ontwikkeling en positionering van groepsbehandeling binnen de Nederlandse ggz. Sandra Schruijer schrijft in haar column over de neiging tot zwart-witdenken. Er zijn twee bijdragen over de kern van ons vak. Frans van Paassen gaat aan de hand van casuïstiek en theorie in op de dynamiek van idealisering en devaluatie

binnen groepstherapie. Silvia Pol en haar medeauteurs Niek Zuidhof, Dennis Sennef, Anneke Sools & Gerben Westerhof schreven een artikel over de ontwikkeling van De Life-story Checklist voor persoonlijkheidsstoornissen. Een checklist die de keuze van de best passende behandeling voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen kan ondersteunen en gebruikmaakt van door hen geschreven levensverhalen.

Vanuit mijn woonkamer waar ik aan de eettafel dit redactioneel schrijf, kijk ik uit op mijn tuin. Een heerlijk zonnetje, prachtige bloemen en kleurrijke planten. Een schutting tussen mij en mijn burens aan beide kanten. Maar ook aan beide kanten een open stuk waar geen schutting van hardhout of natuurlijk scheiding staat. Een bewuste keuze. Al tien jaar. Ruimte voor een gezellig praatje en contact. Ik vraag me dan ook af: *do good fences make good neighbors?* ■

**Salvatore Vitale**

*Refereren aan:*

.....  
Vitale, S. (2026). Good fences make good neighbors. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 21(2), p. 5-6.  
.....







# GroupWAVE: samen werken aan de toekomst van groepsbehandeling in de ggz

Het streven van GroupWAVE is dat groepsbehandeling een vanzelfsprekend onderdeel wordt van passende zorg, waarbij het nadrukkelijk niet alleen gaat om het vergroten, maar ook om verbetering van het aanbod. Het project onderscheidt zich van eerdere initiatieven doordat van begin af aan wordt ingezet op landelijke samenhang, gezamenlijke ontwikkeling en kennisdeling. Projectleider Marjolein Koementas-de Vos bespreekt de overwegingen.

Door Marjolein Koementas-de Vos

In december 2025 kregen we groen licht: ZonMw honoreerde de subsidieaanvraag voor GroupWAVE. Met een budget van bijna 300.000 euro markeert dit project een belangrijke stap in de verdere ontwikkeling en positionering van groepsbehandeling binnen de Nederlandse ggz. Niet alleen omdat groepsbehandeling steeds nadrukkelijker wordt gezien als onderdeel van de oplossing voor de druk op de zorg, maar vooral omdat het besef groeit dat opschaling alleen kans van slagen heeft wanneer deze zorgvuldig, gezamenlijk en met oog voor kwaliteit wordt vormgegeven.

In beleidskaders zoals het Aanvullend Zorgen Welzijnsakkoord (AZWA, 2025), het IBO Mentale Gezondheid en GGZ (2025) en de Pakketagenda Passende Zorg 2026–2028 (Zorginstituut Nederland, 2026) wordt groepsbehandeling expliciet genoemd als een belangrijke route richting toegankelijke en duurzame zorg. Ook zorgprofessionals zien de potentie van groepsbehandeling, maar zij geven aan dat het gebruik ervan achterblijft ten opzichte van individuele therapie (Online Panel Akwa GGZ, 2025). Tegelijkertijd laat de praktijk zien dat de

implementatie complex is (Koementas-de Vos & Daemen, 2024). Groepsbehandeling is geen interventie die eenvoudig opgeschaald kan worden; het vraagt om verandering op meerdere niveaus tegelijk: in denken, in organiseren en in samenwerken. GroupWAVE is opgezet vanuit deze spanning en sluit aan bij een bredere beweging richting passende zorg.

### **De paradox van groepsbehandeling**

Groepsbehandeling bevindt zich al langere tijd in een paradoxale positie. Enerzijds is er overtuigend bewijs voor effectiviteit en unieke therapeutische werkingsmechanismen, zoals herkenning, verbondenheid en interpersoonlijk leren (Rosendahl et al., 2021; Whittingham et al., 2023; Yalom & Leszcz, 2020). Anderzijds blijft het gebruik in de praktijk achter. Zowel cliënten als behandelaren ervaren groepsbehandeling nog regelmatig als een tweede keus, ondanks de wetenschappelijke evidentie. Daarnaast spelen praktische en organisatorische factoren een rol. Het organiseren van groepen vraagt om afstemming, planning, matching en voldoende geschoolde behandelaren (Koementas-de Vos & Daemen, 2024). Veel instellingen zoeken hierin hun eigen weg. Dat leidt tot waardevolle initiatieven, maar ook tot versnippering: kennis blijft lokaal, ervaringen worden beperkt gedeeld en het risico bestaat dat steeds opnieuw het wiel wordt uitgevonden. Juist in deze context ontstaat de noodzaak om niet alleen méér groepen te realiseren, maar vooral om gezamenlijk te leren hoe groepsbehandeling duurzaam en kwalitatief goed kan worden ingebed in de ggz.

### **GroupWAVE als co-creatieproject**

GroupWAVE is een landelijk implementatieproject waarin inmiddels twaalf ggz-aanbieders (GGZ Noord-Holland Noord, Pro Persona, Dimence Groep, GGZ West Noord-Brabant, GGNet, NPI Arkin, Zaans Medisch Centrum, Solutions Center, Yes We Can Clinics, the Mind Firm, GGZ Rivierduinen en GGZ In-Geest) samenwerken met MIND, de NVGP, zorgverzekeraar Menzis en ICT-partners. Het project heeft als doel om groepsbehandeling structureel te versterken binnen de ggz, met aandacht voor kwaliteit, inclusie en herstel.

## *In plaats van een top-down implementatie is gekozen voor een gezamenlijke ontwikkelbenadering*

Wat dit project kenmerkt, is de nadruk op co-creatie. In plaats van een top-down implementatie wordt gekozen voor een gezamenlijke ontwikkelbenadering, waarin verschillende perspectieven samenkomen: dat van cliënten en naasten, behandelaren, instellingen, beleidsmakers en technologische partners. Deze samenwerking is geen vrijblijvende toevoeging, maar een noodzakelijke voorwaarde. De belemmeringen rondom groepsbehandeling zijn immers niet op één niveau op te lossen, maar vragen om een integrale aanpak waarin praktijkervaring, ervaringskennis en systeemkennis samenkomen. Daarmee onderscheidt GroupWAVE zich van eerdere, vaak lokaal georganiseerde initiatieven, doordat vanaf de start wordt

ingezet op landelijke samenhang, gezamenlijke ontwikkeling en kennisdeling.

### **Governance als lerend systeem**

Om deze samenwerking vorm te geven, is gekozen voor een governance-structuur waarin sturing, uitvoering en reflectie met elkaar verbonden zijn. De projectgroep, waarin alle partners vertegenwoordigd zijn, bewaakt de koers en samenhang van het project.

De uitvoering ligt bij werkgroepen, waarin vier implementatiethema's concreet worden uitgewerkt:

- toegankelijke informatie voor cliënten, naasten en behandelaren,
- scholing en train-de-trainerprogramma's met focus op inclusie en herstel,
- IT-ondersteuning voor planning, registratie en matching en
- ROM-systemen voor het meten en terugkoppelen van groepsuitkomsten.

Binnen deze werkgroepen vervullen GZ-psychologen in opleiding tot specialist een actieve en coördinerende rol, waardoor implementatie direct wordt verbonden met opleiding en professionalisering.

## *Het project kent een looptijd van twee jaar en is opgebouwd in drie fasen*

Daarnaast is er een adviesraad ingericht met expertise op het gebied van groepsbehandling, implementatie, diversiteit, herstel en technologie, en het perspectief van cliënten en naasten. Deze raad draagt bij

aan reflectie en het signaleren van blinde vlekken. Deze gelaagde opzet maakt het mogelijk om het project vorm te geven als een lerend systeem, waarin continu wordt afgestemd, geëvalueerd en bijgesteld.

### **Het belang van betrokkenheid**

Een belangrijk uitgangspunt binnen Group-WAVE is dat implementatie alleen duurzaam is wanneer betrokkenen zich eigenaar voelen van de verandering. Daarom worden cliënten, naasten en behandelaren actief betrokken in alle fasen van het project. Cliënten en naasten dragen bij aan de ontwikkeling van informatievoorziening en het verminderen van stigma. Behandelaren denken mee over scholing en werkvormen. Instellingen reflecteren op hun eigen processen en delen ervaringen met elkaar. Ook zorgverzekeraars worden betrokken bij vraagstukken rondom bekostiging. Deze brede betrokkenheid maakt het mogelijk om oplossingen te ontwikkelen die aansluiten bij de praktijk en tegelijkertijd draagvlak te creëren voor daadwerkelijke verandering.

### **Een gefaseerde aanpak**

Het project kent een looptijd van twee jaar en is opgebouwd in drie fasen. In de eerste fase wordt de huidige situatie in kaart gebracht wat betreft informatievoorziening, scholing, planning en organisatie, en *routine outcome monitoring*, waarbij knelpunten en kansen worden geïnventariseerd. In de tweede fase vindt de daadwerkelijke implementatie plaats, waarbij werkgroepen via iteratieve cycli werken aan concrete interventies en producten. In de laatste fase ligt de nadruk op borging, evaluatie en kennis-

deling. Deze gefaseerde aanpak maakt het mogelijk om niet alleen planmatig te werken, maar ook om onderweg te leren en bij te sturen.

### **Spanningsvelden in de praktijk**

Hoewel de potentie van groepsbehandeling groot is, zijn er ook duidelijke aandachtspunten. Een eerste spanningsveld betreft de verhouding tussen opschaling en kwaliteit. Het vergroten van het aanbod mag niet ten koste gaan van de inhoudelijke kwaliteit en veiligheid van groepen. Daarnaast blijft de perceptie van groepsbehandeling een belangrijk aandachtspunt. Zolang groepen worden gezien als minder dan individuele behandeling, zal implementatie beperkt blijven. Het veranderen van deze perceptie vraagt tijd, ervaring en goede voorbeelden. Ook organisatorisch zijn er uitdagingen. Het implementeren van groepsbehandeling raakt aan bestaande structuren, werkprocessen en financieringsmodellen en vraagt daarmee om aanpassingen op systeemniveau en om samenwerking tussen verschillende partijen. Daarnaast blijft het de vraag in hoeverre opschaling daadwerkelijk leidt tot betere zorguitkomsten, of dat dit afhankelijk is van de manier waarop groepsbehandeling wordt vormgegeven.

### **Opleiden binnen implementatie**

Een bijzonder aspect van GroupWAVE is de actieve rol van GZ-psychologen in opleiding tot specialist. Door hen een coördinerende rol te geven binnen werkgroepen, worden zij niet alleen opgeleid in groepsbehandeling, maar ook in implementatie en innovatie. Deze aanpak draagt bij aan duurzame ver-

andering. Kennis en ervaring worden niet alleen ontwikkeld, maar ook direct verankerd in de volgende generatie behandelaren. Daarmee wordt implementatie niet alleen een project, maar ook een leerproces.

### **Van implementatie naar onderzoek**

Hoewel GroupWAVE primair gericht is op implementatie, ontstaat er tegelijkertijd een unieke kans om systematisch onderzoek te doen naar groepsbehandeling in de dagelijkse praktijk van de ggz. De landelijke samenwerking, de ontwikkeling van gezamenlijke infrastructuur en de systematische dataverzameling bieden mogelijkheden om vragen te onderzoeken die in de praktijk leven (Koementas-de Vos, 2025). Denk aan vragen rondom matching en toewijzing van cliënten, het voorkomen van uitval en het beter begrijpen van werkzame factoren in groepen. Inmiddels zijn er verschillende subsidieaanvragen in voorbereiding waarin deze vragen verder worden uitgewerkt, onder andere voor een GroupWAVE+ onderzoeksconsortium. Hiermee ontstaat een vruchtbare wisselwerking waarin implementatie en onderzoek elkaar wederzijds versterken.

### **Tot slot**

Zoals de naam van het project al suggereert, kan het worden gezien als een van de eerste gerichte stenen die in het Nederlandse ggz-water wordt gegooid om een beweging op gang te brengen waarin groepsbehandeling een prominente rol speelt. Ons doel is om een beweging te creëren waarvan de golven zich verder kunnen verspreiden binnen de ggz en daadwerkelijk van betekenis zijn. Het uiteindelijke streven is dat groepsbehandeling niet

langer een onderbenutte behandelvorm is, maar een vanzelfsprekend onderdeel van passende zorg. Door samenwerking, co-creatie, aandacht voor opleiding en ruimte voor onderzoek ontstaat een context waarin niet alleen meer groepen worden gerealiseerd, maar waarin ook beter wordt begrepen wat werkt,

voor wie en onder welke omstandigheden. Misschien ligt daarin wel de belangrijkste opbrengst van dit project: niet alleen het vergroten van het aanbod, maar het gezamenlijk ontwikkelen van kennis, praktijk en visie op groepsbehandeling in de ggz: iets wat bij uitstek in een groep tot zijn recht komt! ■

**Dr. Marjolein Koementas-de Vos** ([m.koementas@ggz-nhn.nl](mailto:m.koementas@ggz-nhn.nl)) is klinisch psycholoog, psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut en onderzoeker bij GGZ-Noord-Holland-Noord en de Universiteit van Amsterdam. Ze werkt als plaatsvervangend hoofdopleider GZ bij RINO amsterdam en is voorzitter van de Sectie GGZ bij het NIP.

### Refereren aan:

.....  
Koementas-de Vos, M. (2026) GroupWAVE: samen werken aan de toekomst van groepsbehandeling in de ggz. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, (21)2, p. 9-13.  
.....

### Literatuur

.....  
Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (3 juli 2025). Geraadpleegd op 26 maart 2026 via [rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/07/03/aanvullend-zorg-en-welzijnsakkoord-onderhandelaarsakkoord](https://rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/07/03/aanvullend-zorg-en-welzijnsakkoord-onderhandelaarsakkoord)

AKWA GGZ (18 december 2025). Rapport Uitkomsten Online Panel Akwa GGZ – Groepsbehandeling. Geraadpleegd op 26 maart 2026 via [akwaggz.nl/wp-content/uploads/2025/12/AkwaGGZ\\_Rapport\\_Groepsbehandelingen.pdf](https://akwaggz.nl/wp-content/uploads/2025/12/AkwaGGZ_Rapport_Groepsbehandelingen.pdf)

AKWA GGZ (18 december 2025). Rapport Uitkomsten Online Panel Akwa GGZ – Groepsbehandeling. Geraadpleegd op 26 maart 2026 via [akwaggz.nl/wp-content/uploads/2025/12/AkwaGGZ\\_Rapport\\_Groepsbehandelingen.pdf](https://akwaggz.nl/wp-content/uploads/2025/12/AkwaGGZ_Rapport_Groepsbehandelingen.pdf)

Koementas-de Vos, M. (2025). Wetenschappelijk onderzoek naar groepstherapie: juist nu! *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 20(4), p. 9-14.

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

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.

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.

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

Zorginstituut Nederland (2026). Pakketagenda passende zorg 2026-2028. Geraadpleegd op 26 maart 2026 via [zorginstituutnederland.nl/passende-zorg/pakketagenda-passende-zorg/pakketagenda-passende-zorg-2026-2028](https://zorginstituutnederland.nl/passende-zorg/pakketagenda-passende-zorg/pakketagenda-passende-zorg-2026-2028)  
.....



# 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. Machtsafstand 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 onwontende 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	Miskenning 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 interventie.

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 meeding 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](mailto: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.
- .....



# Splijten of feiten

Ik nam deel aan een cursus over een beroemde Duitse schrijver wiens werk (mede) werd geïnspireerd door zijn ervaringen met nazi-Duitsland. Tijdens een van de colleges stelde iemand uit het publiek een vraag. 'Heeft hij [de schrijver] Martin Heidegger ontmoet, Heidegger de nazi?' De docent zei dat hij dat niet wist, maar, zo beaamde hij, Heidegger was een nazi. Ik kon niet nalaten te zeggen dat over dit onderwerp de meningen zijn verdeeld en opperde het werk van Dirk De Schutter. Een felle reactie van de vragensteller volgde: 'Néé, hij was een názi.' Met een toon alsof hiermee de kous af was. In de pauze ging ik naar hem toe om de achtergrond van mijn opmerking toe te lichten en mijn bron te delen, mocht hij geïnteresseerd zijn in deze kwestie. Een bron waarin het feit van Heideggers NSDAP-lidmaatschap niet ter discussie staat. Die bron betreft de Belgische filosoof, hoogleraar en Heidegger-kenner Dirk De Schutter, die zich heeft verdiept in de rol van Heidegger in het Derde Rijk (De Schutter & Arendt, 2015). Ja, hij werd in 1933 lid van de NSDAP en bleef dat tot aan het einde van de oorlog. Een verschrikkelijke fout, betoogt De Schutter. Maar is daarmee zijn werk als filosoof besmet en verwerpelijk? Nee, zegt De Schutter, en hij ergert zich eraan dat mensen alleen nog maar weten dat Heidegger een nazi was en daarmee zijn hele oeuvre

afwijzen. Bovendien was hij dan wel partijlid, maar hij was geen názi. Op basis van een nauwe bestudering van Heideggers gepubliceerde werk, zijn ongepubliceerd werk (waaronder collegedictaten) en dagboeken, komt De Schutter tot een overtuigende conclusie: de filosofie van Heidegger kent geen nationaalsocialistische of antisemitische inhoud. Ook het verwijt dat Heidegger zich nooit zou hebben uitgelaten over zijn partijlidmaatschap ontkracht hij, door te citeren uit brieven van Heidegger aan zijn vriend Karl Jaspers waarin hij schreef over de gruwelijkheden van de vernietigingskampen en 'de schaamte hier ooit op directe en indirecte manier aan meegewerkt te hebben' (De Schutter & Arendt, 2015, p. 35).

Terug naar het incident. De vragensteller had geen belangstelling voor mijn bron en verwees naar een auteur die zijn stelling ondersteunt. Zijn achterbuurman begon zich ermee te bemoeien. 'Er zijn andere perspectieven!' riep hij verontwaardigd. Ik: 'Inderdaad, daar wees ik op.' Buurman, nu nijdig: 'Jij moet die maar eens gaan lezen!' Waarop ik antwoordde met: 'Ik heb niet eens een stelling ingenomen, maar alleen gezegd dat de meningen verdeeld zijn.' Ik liep terug naar mijn stoel en hoorde de twee mannen tegen elkaar zeggen: 'Tja, de meningen over Hitler zijn ook verdeeld.' Ik was boos, voelde

me afgewezen, maar ook beschaamd. Dus alleen al zéppen dat er een diversiteit aan meningen bestaat, is voldoende om buitengesloten te worden. Vanuit een moreel superieure houding van de ander, werd ik de onverdraagzame.

Het willen begrijpen lokt frustratie en afkeur uit als de conclusie al vaststaat, denk aan de reactie op het boek van Hannah Arendt over het Eichmann-proces (1963), waarin zij de term 'de banaliteit van het kwaad' introduceerde. Alsof de poging tot *Verstehen* identiek is met vergoelijken. Zelf word ik met enige regelmaat bevraagd over mijn belangstelling voor een bepaalde architect die ook NSB'er was. 'Dat je dáár je tijd aan besteedt, neem dan een architect die niet fout was.'

Nederland is nog altijd in de ban van goed en fout. De ontvangst van het boek *Grijs verleden* van Chris van der Heijden uit 2001 staat op mijn netvlies, waarin hij betoogt dat de meeste Nederlanders 'grijs' waren (dus niet zwart of wit), en dat ze simpelweg de oorlog trachtten te overleven. Op zich geen wereldschokkende conclusie, maar Nederland stond op z'n kop. Mensen houden immers graag vast aan het idee dat ze zelf helemaal goed zijn en de ander helemaal fout. 'Enne', zo werd maar weer eens van stal gehaald, 'zijn vader was NSB'er', alsof dat ertoe deed. En ik herinner me een recente bijeenkomst, waar een lerares sprak over hoe zij haar leerlingen bewust probeert te maken van de oorzaken en gevolgen van uitsluiting en vervolging. Een oude heer, nog geboren in de oorlog, stond op en zei: 'Ik moet u onderbreken en protest aantekenen. Ik ben Joods en mijn familie is uitgemoord. Dit kan christenkinderen niet overkomen.' De Tweede Wereldoorlog en de Holocaust

werken bijna een eeuw later nog altijd door in het heden. Erover praten blijft gevoelig. Meninge en oordelen liggen reeds klaar.

Dit zwart-wit denken is een mooi voorbeeld van wat in de Kleiniaanse terminologie 'splitting' heet, waarbij objecten ofwel goed ofwel slecht zijn, in haar begrippenkader de schizoïde-paranoïde positie genoemd (Bott Spillius et al., 2011). Iemands groeps-lidmaatschap speelt hierbij een belangrijke rol: de eigen groep wordt niet alleen positiever ervaren dan de andere (vergelijking)

### *Soms is het een kwestie van elkaar niet willen begrijpen en een maximaal verschil creëren*

groep; er is sprake van negatieve stereotypering van de ander alsmede selectief luisteren, zodat de stereotypen niet gecorrigeerd kunnen worden (Sherif, 1966). Sterker nog, soms is het een kwestie van elkaar niet willen begrijpen en een maximaal verschil, ook in waarneming en waardering, creëren (Tajfel & Turner, 1979). Selffulfilling prophecy's liggen op de loer. Daar waar goed en slecht kunnen worden geïntegreerd en ambivalentie verdragen, is er sprake van een 'depressieve positie' (Bott Spillius et al., 2011).

In tijden van conflict en polarisatie, zoals het grimmige heden, worden 'splitting' tendensen versterkt, temeer omdat leiders expliciet vragen om loyaliteit en gehoorzaamheid. 'If you are not with us, you are against us.' Het debiteren van zekerheden (bijvoor-

beeld 'de internationale rechtsorde bestaat niet meer') en tunneldenken (opties uitsluiten op basis van die 'zekerheden'), wordt aan de kaak gesteld door hoogleraar internationale politiek en Midden-Oosten-kenner

uit Brussel Koert Debeuf (2026). Aan ons de vraag: hoe onze blik openhouden, durven *Verstehen* en ambivalentie verdragen? En, niet onbelangrijk, responderen in plaats van reageren (Eger, 2020)? ■

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

### Refereren aan:

.....  
Schruijer, S. (2026). Splijten of feiten. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 21(2), p. 31-33.  
.....

### Literatuur

.....  
Arendt, H. (1963). *Eichmann in Jerusalem: A report on the banality of evil*. New York: Viking Press.

Bott Spillius, E., Milton, J., Garvey, P., Couve, C. & Steiner, D. (2011). *The New dictionary of Kleinian thought*. Londen: Routledge.

Debeuf, K. (2026). *Hoe een nieuwe wereldoorlog voorkomen: 5 inzichten om het tij te keren*. Amsterdam: De Bezige Bij.

De Schutter, D. & Arendt, H. (2015). *Martin Heidegger - een apologie*. Utrecht: Uitgeverij Klement.

Eger, E. (2020). *The gift - 12 lessons to save your life*. Londen: Ebury Publishing.

Heijden, C. van der (2001). *Grijs verleden: Nederland en de Tweede Wereldoorlog*. Amsterdam: Contact.

Sherif, M. (1966). *In common predicament: Social psychology of intergroup conflict and cooperation*. Boston: Houghton Mifflin.

Tajfel, H. & Turner, J. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. Austin & S. Worchel (Eds.), *The social psychology of intergroup relations* (p. 7-24). Monterey: Brooks/Cole.  
.....



# De Life-story Checklist

## voor persoonlijkheidsstoornissen

De auteurs ontwikkelden een checklist voor het kiezen van de best passende behandeling voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen aan de hand van door hen geschreven levensverhalen. Deze Life-story Checklist is ontstaan naar aanleiding van onderzoek onder klinici in een gespecialiseerde kliniek en kan de klinische toewijzing van patiënten aan verschillende behandelingen verbeteren. Dit artikel is een aangepaste versie van een Engelstalig artikel dat eerder is verschenen in het *Bulletin of the Menninger Clinic*.

Door Silvia Pol, Niek Zuidhof, Dennis Sennel, Anneke Sools & Gerben Westerhof

Persoonlijkheidsstoornissen brengen langdurige en diepgewortelde problemen met zich mee op diverse levensdomeinen, hetgeen resulteert in een hoge lijdensdruk met een aanzienlijk risico op suicide (Brettschneider et al., 2014). Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen doen dan ook een groot beroep op de gezondheidszorg (Soeteman et al., 2005). Het toewijzen van patiënten aan een passende behandeling is daarom van cruciaal belang. *Evidence-based medicine* vereist een zorgvuldige besluitvorming, bestaande uit een integratie van het best beschikbare bewijs uit systematisch onderzoek, klinische expertise van therapeuten en voorkomen van individuele patiënten (Watzke et al., 2010). Toch is er slechts beperkt empirisch bewijs beschikbaar ter ondersteuning van behandeltoewijzing (Abbass et al., 2014; Lemche, 2000). Clinici hechten waarde aan levensverhalen bij indicatiestelling, omdat deze ruimte bieden voor de unieke expressie van innerlijke ervaringen en gedachten van de patiënt (Arntz et al., 2012). Een systematische methode voor het interpreteren van persoonlijke levensverhalen ontbreekt echter. Deze studie heeft als doel om de klinische besluitvorming te ondersteunen door het ontwikkelen van een checklist, gebaseerd op de beoordeling door klinici van levensverhalen van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

Het proces van behandeltoewijzing vereist (1) een zorgvuldige afweging tussen verschillende behandelmodaliteiten en (2) een grondige beoordeling van zowel de behoeften als de sterke kanten van patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen (Bateman & Fonagy, 2003; Skodol et al., 2005). Uit diverse uitkomststudies blijkt dat patiënten met persoonlijkheidsstoornissen baat kunnen hebben bij uiteenlopende psychotherapeutische benaderingen, waaronder dialectische gedragstherapie (DBT), *mentalization-based therapy* (MBT), schemagerichte therapie (SFT) en *transference-focused psychotherapy* (TFP) (Binks et al., 2006; Blagys & Hilsenroth, 2000; Haskayne et al., 2014; Kvarstein et al., 2019; Perry et al., 1999; Stoffers et al., 2013). Voor patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen zijn dagklinische en klinische behandelprogramma's bovendien bijzonder effectief gebleken (Bateman & Fonagy, 2001; Chiesa et al., 2004; Stoffers et al., 2013).

Verschillende therapieën hebben verschillende doelen en methoden (Giesen-Bloo et al., 2006; Verheugt-Pleiter & Deben-Mager, 2006). Therapieën zoals DBT en MBT richten zich op het verminderen van zelfdestructieve gedragspatronen bij borderline PD, maar niet op algehele persoonlijkheidsverandering. Ze bieden ondersteuning en structuur en zijn gericht op het aanleren van vaardigheden. Therapieën zoals SFT en TFP richten zich op persoonlijkheidsintegratie, het verminderen van zelfdestructief gedrag, identiteitsdiffusie en persoonlijkheidspathologie. Deze aanpak is gericht op het verbeteren van inzicht en zelfbegrip. Omdat er geen bewijs lijkt te zijn dat de ene benadering superieur is aan de andere (Leichsenring

et al., 2011) blijft het moeilijk om bewijs voor de effectiviteit van therapie te gebruiken in het toewijzingsproces.

Bij de beoordeling van behoeften en sterke kanten van patiënten bieden diagnostische labels doorgaans onvoldoende houvast voor het toewijzen van specifieke behandelbenaderingen. Dit komt doordat patiënten met persoonlijkheidsstoornissen vrijwel altijd meerdere DSM-classificaties hebben (Ingenhoven, 2009; Gadiano & Miller, 2013). Om een beter beeld te krijgen van de psychologische kenmerken van patiënten, maken klinici gebruik van uiteenlopende informatiebronnen, waaronder gestructureerde interviews, gesprekken met de patiënt, gegevens van een partner of familielid, correspondentie over eerdere behandelingen en psychologisch onderzoek (Gabbard, 2005; Skodol, 2014). Bij de toewijzing van patiënten aan interventies die vooral ondersteuning bieden of juist inzicht bevorderen, spelen interpersoonlijke stijlen en voorkeuren een cruciale rol (Blatt et al., 2007; Leichsenring, 2005).

Klinische experts zijn het erover eens dat patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen en beperkte sterke kanten waarschijnlijk meer baat hebben bij behandelprogramma's die de nadruk leggen op ondersteunende elementen en/of gestructureerde vaardigheidstraining. Daarentegen lijkt een inzichtgevende, psychodynamische behandeling geschikter voor patiënten met een reflectief vermogen en meer sterke kanten (Van Manen et al., 2008). Wanneer er sprake is van sterke maladaptieve en weinig adaptieve psychodynamische persoonlijkheidskenmerken, is in de behandeling doorgaans meer ondersteuning en structuur

vereist (Ingenhoven & Abraham, 2010; Ingenhoven et al., 2011). Lager functionerende borderline patiënten met prominente parasuïcidale kenmerken hebben mogelijk meer baat bij ondersteunende interventies zoals dialectische gedragstherapie (DBT) en mentalization-based therapy (MBT), terwijl hoger

## *Ondanks het belang van de juiste toewijzing aan een behandeling verloopt die grotendeels impliciet*

functionerende borderline patiënten waarschijnlijk meer profiteren van schemagerichte therapie (SFT) en transference-focused psychotherapy (TFP) (Giesen-Bloo et al., 2006; Kvarstein et al., 2019; Verheught-Pleiter & Deben-Mager, 2006).

De toewijzing van patiënten aan een behandeling verloopt echter grotendeels impliciet (Van Manen et al., 2008). De huidige stand van onderzoek laat ruimte voor de ontwikkeling van nieuwe en aanvullende strategieën. Verschillende auteurs hebben gesuggereerd dat de levensverhalen van patiënten een waardevolle rol kunnen spelen bij het bepalen van een geschikte behandelmodaliteit (Van Os, 2014; Skodol, 2014). Hoewel classificerende diagnostiek belangrijk is voor communicatie en kennisontwikkeling, bieden narratieven een verdiept begrip van individuele patiënten (Sarbin, 1986). In plaats van gestructureerde klinische interviews verschaffen zij inzicht in hoe patiënten hun eigen leven ervaren en betekenis geven aan hun ervaringen.

## **Levensverhaal**

McAdams (2015) introduceerde een integratieve theorie van persoonlijkheidsontwikkeling waarin het ontstaan van een levensverhaal wordt gezien als een voorwaarde voor het ontwikkelen van een betekenisvolle identiteit. Vanwege de moeilijkheden met de mentale representatie van zichzelf in relatie tot anderen wordt identiteit – in het bijzonder narratieve identiteit – binnen zowel categorische als dimensionale modellen beschouwd als een kernaspect van persoonlijkheidsstoornissen (Sharp & Wall, 2021). Onderzoek naar de narratieve identiteit laat zien dat het construeren van een samenhangend levensverhaal van belang is voor het ervaren van psychologisch welbevinden (bijv. Adler et al., 2012; 2016; Lieblich & Josselson, 2013; McAdams, 2006; Westerhof & Bohlmeijer, 2012). Studies tonen aan dat kenmerken als coherentie, *agency*, verbondenheid en een beperkte probleemverzadiging samenhangen met een gezondere mentale toestand (Gonçalves, Matos & Santos, 2009; Habermas & Bluck, 2000; Adler et al., 2012). Bij persoonlijkheidsstoornissen – vooral borderline persoonlijkheidsstoornis – worden daarentegen vaker narratieven gevonden met negatieve thematiek, lage regie, minder samenhang en meer negatieve causale verbanden (Lind e.a., 2020).

## **Onderzoek**

De studie richt zich op verschillen in levensverhalen binnen een groep patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Het doel is een betrouwbare en valide checklist te ontwikkelen die kan worden ingezet bij het toewijzen van patiënten aan een passende klinische

behandeling. Het onderzoek wordt uitgevoerd in een gespecialiseerde kliniek die twee psychotherapeutische programma's aanbiedt: P1: Dialectische gedrags-therapie (DBT), gericht op het aanleren van vaardigheden en het bevorderen van praktische en emotionele stabiliteit; P2: Schemagerichte therapie (SFT), gericht op het herkennen en aanpassen van denk- en gedragspatronen, en het stimuleren van reflectie en inzicht.

In eerste instantie onderzoeken we welke dimensies van levensverhalen volgens klinische experts relevant zijn voor behandeltoewijzing. Omdat deze experts een doorslaggevende rol spelen, hun redenering grotendeels impliciet blijft en er nog geen empirisch bewijs bestaat voor verschillen in levensverhalen binnen een groep patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, hebben we gekozen voor een open enquête naar hun opvattingen. De dimensies waarover consensus bestond, werden geoperationaliseerd en opgenomen in een checklist. In een tweede stap werd de checklist verder verfijnd door de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te analyseren onder zowel clinici als psychologiestudenten. Daarnaast werd de gelijktijdige validiteit, specificiteit en sensitiviteit van de checklist beoordeeld om vast te stellen in hoeverre deze onderscheid kunnen maken tussen de feitelijke behandeltoewijzingen aan de twee programma's.

## **Methode**

### Setting

De studie is uitgevoerd in een expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen. Twee programma's boden elk een andere benadering, DBT (P1) en SFT (P2), en boden

multidisciplinaire behandeling (10-12 maanden) in een klinische behandelsetting bestaande uit drie groepen van negen patiënten. Behandeltoewijzing volgde op een aanmeldingsproces waarvoor de patiënt het eigen levensverhaal schreef, een klinisch interview met een van de intakekers en een akkoord voor intensieve behandeling door de intakecommissie van het expertisecentrum.

## *In de tweede deelstudie werd de checklist in drie testrondes geoptimaliseerd*

Patiënten voldeden aan de DSM 5-criteria (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, APA, 2013) voor ten minste één persoonlijkheidsstoornis, waarbij de classificatie volgde uit de combinatie van het klinisch interview en de diagnostische informatie van de verwijzer. Patiënten hadden eerder ambulante behandeling gekregen waarin onvoldoende resultaat was bereikt.

### Design

De explorerende studie bestond uit twee deelstudies. In de eerste deelstudie vond identificatie plaats van relevante dimensies in levensverhalen van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, wat resulteerde in een checklist. In de tweede deelstudie werd de checklist in drie testrondes geoptimaliseerd totdat een adequate tot goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was vastgesteld. De resultaten van de checklist werden vergeleken met daadwerkelijke behandeltoewijzing om validiteit, sensitiviteit en specificiteit van

de checklist te beoordelen. Het studieprotocol verkreeg goedkeuring van de wetenschapscommissie van de GGZ-instelling waar het expertisecentrum deel van uit maakt.

## Deelstudie 1

### Deelnemers

Deelnemers waren leden van de intakecommissie; 12 ervaren psychiaters en klinisch psychologen (gemiddelde leeftijd = 42,96; SD = 8,3; gemiddeld aantal jaren ervaring in de geestelijke gezondheidszorg = 20,24 jaar; SD = 10,2; 11 vrouwen en 1 man). Acht clinici namen deel aan de e-mailenquête, zeven aan de focusgroep en acht aan de ledencheck. Non-respons was respectievelijk te wijten aan het missen van de deadline voor de enquête, afwezigheid op de betreffende dag of verandering van werkplek binnen de organisatie.

### Procedure

Het eerste onderzoek maakte gebruik van een kwalitatieve benadering en bestond uit drie stappen: I) een e-mailenquête, II) een focusgroep en III) een groepsbijeenkomst die diende als *member check*, resulterend in een initiële checklist voor dimensies in levensverhalen van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

Als de eerste stap werd aan clinici in een e-mailenquête gevraagd om dimensies te beschrijven die zij relevant vonden bij het toewijzen van behandeling aan een van de twee klinische behandelprogramma's. De onderzoeker (NZ) codeerde alle mogelijke dimensies voor de twee programma's, en besprak de resultaten en de voorbereiding van de focusgroep met twee collega's (SP en GW). In de tweede stap namen clinici deel aan

een focusgroep om gezamenlijk consensus te bereiken over deze dimensies (Krueger & Casey, 2015). Een gestructureerde werkwijze omvatte een uitnodiging aan de leden om hun mening te delen en verduidelijkende vragen te stellen tot consensus leek bereikt, en een samenvattende verklaring over de besproken dimensie met de vraag of er behoefte was aan een toevoeging. De focusgroep werd opgenomen, getranscribeerd en door de onderzoeker geanalyseerd. In de derde stap werden de dimensies na discussie gedefinieerd (NZ, SP en GW) en werden narratieve voorbeelden toegevoegd. Een member check werd uitgevoerd met de clinici om de geloofwaardigheid, overdraagbaarheid en uitvoerbaarheid van de data-interpretatie te helpen verbeteren (Morse et al., 2002). De deelnemers werd gevraagd of de dimensies, definities en narratieve voorbeelden hun opvattingen en ervaringen weerspiegelden. Opmerkingen konden leiden tot het aanbrengen van wijzigingen totdat instemming werd verkregen over de tekst voor de initiële versie van de checklist. Na analyse van de member check werd de initiële checklist ontwikkeld.

### Materialen

Clinici reageerden op de volgende vraag in de e-mailenquête: 'Wat kenmerkt naar uw professionele mening een levensverhaal om een patiënt toe te wijzen aan het DBT-programma? En wat kenmerkt naar uw professionele mening een levensverhaal om een patiënt toe te wijzen aan het SFT-programma?' Clinici werden expliciet gevraagd om te antwoorden zonder collega's te raadplegen. De gegeven antwoorden werden gecodeerd en voorgelegd in de focusgroep (NZ). Het uitgangspunt voor de focusgroep was

'de uitnodiging om elk van de dimensies die in de e-mailenquête naar voren kwamen, te bespreken om te bepalen wat zij als professionals samen ervaren als dimensies die relevant zijn voor de behandeltoewijzing'. De onderzoeker (NZ) leidde de discussie totdat er consensus was bereikt. De focusgroep duurde ongeveer een uur en de inhoud werd getranscribeerd.

De vraag die werd voorgelegd in de member check was: 'Dit zijn de dimensies uit de focusgroep en de toegevoegde definities en narratieve voorbeelden voor de checklist. Komt de inhoud naar jullie mening overeen met het besprokene in de focus groep?' Discussie vond plaats tot consensus was bereikt over de componenten die samen de checklist vormden. De member check duurde ongeveer een uur en de inhoud werd opgenomen en besproken.

#### Kwalitatieve analyses

In de eerste stap werden de antwoorden op de e-mailenquête inductief gecodeerd, met behulp van de woorden van de klinici zelf, en werd het voorkomen van de dimensies geteld. De resultaten werden gepresenteerd in de focusgroep. De transcriptie van de focusgroep diende om te coderen welke dimensies moesten worden opgenomen dan wel uitgesloten op basis van consensus. De member check bood de mogelijkheid om op basis van consensus de definities van de dimensies en de daarbij horende narratieve voorbeelden aan te scherpen.

### **Resultaten**

#### E-mailenquête

De experts verwachtten dat tekorten in de opvoeding (een gebrek aan betrouwbare,

stabiele, beschermende, liefhebbende en actief betrokken ouders), traumatisering en een gebrek aan zelfredzaamheid aanwezig zouden zijn in de levensverhalen van patiënten die werden opgenomen in beide behandelprogramma's. In de levensverhalen van patiënten die aan het DBT werden toegewezen (het ondersteunende en structuur biedende programma), verwachtten experts een vroeg begin van problemen (basis-school), een lagere formele opleiding, herkenbaar aan terugkerende grammaticale fouten, externaliserende problemen door impulsief gedrag, gebrek aan praktische zelfredzaamheid, een sterke kwetsbaarheid door vroege trauma's, weinig introspectie en een sterke schreeuw om hulp, herkenbaar aan meerdere zelfmoordpogingen.

In de levensgeschiedenissen van patiënten die werden toegewezen aan SFT (het inzichtgevende programma) verwachtten de experts een later begin van problemen (middelbare school en beroepsonderwijs), gebrek aan emotionele zelfredzaamheid, internaliserende problemen, identiteitsproblemen, ontbrekende partnerschappen en ten minste enige introspectie. Verder deelden de experts de mening dat een sterkere multipliciteit van problemen de patiënten onderscheidt die zijn toegewezen aan het DBT-programma en dat een betere introspectie de patiënten onderscheidt die zijn toegewezen aan het SFT-programma.

#### Focusgroep

In de focusgroep werden de dimensies uit de e-mailenquête besproken en werd consensus bereikt over het al dan niet opnemen van elk van de dimensies. Er werd verwacht dat tien dimensies onderscheid zouden maken tussen levensverhalen van patiënten van

twee behandelingsprogramma's. De levensverhalen die getypt waren, meer structuur hadden, een goede taalvaardigheid vertoonden, minder pedagogische tekortkomingen,

*Vier dimensies  
differentieerden naar  
verwachting onvoldoende,  
een nieuwe dimensie  
werd toegevoegd*

een hogere opleiding, stabiele intieme relaties, meer zelfredzaamheid en zelfcontrole en meer vermogen tot interne attributie en introspectie, werden door de klinici gezien als indicatief voor het inzichtgevende programma.

Vier dimensies differentieerden naar verwachting onvoldoende tussen de twee groepen en werden uitgesloten: ernst van trauma's, suïcidepogingen, identiteitsproblemen en moment van start van problemen. Daarnaast werd tijdens de discussie een nieuwe dimensie naar voren gebracht die verwees naar instabiliteit in relaties versus het ontbreken van relaties. Ter illustratie wordt het besluitvormingsproces dat plaatsvond in de focusgroep beschreven voor één dimensie uit elke categorie (insluiting, uitsluiting en nieuwe dimensie).

Opvoeding werd als dimensie op basis van consensus geïncludeerd. De klinici waren van mening dat patiënten in het DBT-programma (P1; ondersteunend en structuur biedend), over het algemeen bekend zijn met pedagogische tekorten; een aanzienlijk gebrek in vervulling van basisbehoeften, zoals veiligheid, fysieke behoeften en duidelijke

normen. De klinici veronderstelden dat patiënten in het SFT-programma (P2; inzichtgevend) vooral emotionele tekorten kennen, zoals een gebrek aan validatie en ondersteuning. Er werd geconcludeerd dat er een onderscheid gemaakt kan worden tussen 1) pedagogische verwaarlozing gecombineerd met emotionele tekorten, dat wil zeggen een essentieel tekort in zowel de vervulling van basisbehoeften als emotionele behoeften tijdens de opvoeding, en 2) emotionele tekorten, dat wil zeggen een tekort in de opvoeding op emotioneel niveau. Trauma werd als dimensie op basis van consensus geëxcludeerd omdat deze dimensie geen onderscheid kan maken tussen levensgeschiedenissen voor patiënten van beide behandelprogramma's. Clinici bespraken 1) of patiënten van het DBT-programma wel of niet meer trauma's in hun leven hebben meegemaakt en 2) of deze mogelijke dimensie wel of niet een indicatie voor een van beide programma's zou kunnen betekenen. Er werd gesuggereerd dat patiënten met een indicatie voor DBT vaak getraumatiseerd zijn door meerdere trauma's (seksueel en fysiek misbruik), die meer gebieden van hun leven hebben beïnvloed, terwijl patiënten met een indicatie voor SFT vaker getraumatiseerd zijn door pesten in het verleden en emotionele verwaarlozing, mogelijk samengaand met seksueel misbruik. Desondanks werd consensus bereikt voor exclusie omdat patiënten niet altijd ervaren trauma's opschrijven in hun levensverhaal. Hoewel niet genoemd in de e-mailenquête, ontstond er een nieuwe dimensie in de focusgroep toen klinici bespraken dat patiënten van het DBT-programma (P1) meer intieme relaties in hun leven hebben, terwijl er vaak een gebrek is aan intieme relaties

bij patiënten van het SFT-programma (P2). Er werd consensus bereikt over het opnemen van deze nieuwe dimensie.

### Member check

Op basis van de opgenomen member check-bijeenkomst bleven de dimensies ongewijzigd, maar hun definities werden soms verduidelijkt. Bijvoorbeeld: Zelfbeheersing werd in eerste instantie gedefinieerd als een verschil tussen *acting-in* en *acting-out*. Discussie leidde tot een beschrijving van Zelfbeheersing als overwegend voorzichtig of overwegend impulsief. Voor de dimensie Intieme relaties richtte de discussie zich op het belang van intimiteit in verschillende interpersoonlijke contacten, zowel intieme seksuele relaties als hechte vriendschappen. Dit resulteerde erin dat de dimensie Intieme relatie(s) werd beschreven met zowel partnerrelaties als vriendschappen. Op verzoek van de deelnemers werden voor sommige dimensies narratieve voorbeelden verduidelijkt of toegevoegd. Zo werd een voorbeeldzin toegevoegd voor een hoge score op de dimensie Zelfredzaamheid: 'Mensen merken het vaak niet als het niet zo goed met me gaat. Ik zorg goed voor mezelf en blijf mijn afspraken nakomen.' Er werd consensus bereikt over aanpassingen in definities en narratieve voorbeelden.

### Initiële checklist

De experts waren het erover eens dat tien dimensies relevant waren voor het evalueren van geschreven levensverhalen bij het toewijzen van patiënten aan DBT- en SFT-behandelprogramma's. Deze dimensies werden opgenomen in een initiële checklist, samen met hun definities en narratieve voorbeelden.

## **Deelstudie 2**

In een tweede studie werd in drie testrondes met drie klinici en drie psychologiestudenten een checklist ontwikkeld op basis van de bovengenoemde tien dimensies (voor meer details over deze deelstudie: zie het oorspronkelijke Engelstalige artikel). In elke ronde werden vijf levensverhalen onderzocht zonder dat bekend was aan welk programma de betreffende patiënten waren toegewezen. Hoewel met dezelfde instructie geschreven, verschilden de levensverhalen aanzienlijk in omvang en detail. Sommige patiënten schreven punt voor punt over hun leven. Eén patiënt voegde eraan toe dat dit nodig was om te voorkomen door emoties overweldigd worden. Het merendeel van de verhalen bevatte voldoende informatie om de dimensies te kunnen scoren, hoewel in sommige verhalen enige relevante informatie ontbrak omdat het levensverhaal te beknopt was. Zo werd de aanwezigheid van relaties in iemands leven, zoals vriendschappen, niet altijd vermeld. De uiteindelijke resultaten laten echter weinig ontbrekende waarden

## *De checklist bleek een goede sensitiviteit en specificiteit te vertonen*

zien (< 3%) en we kunnen concluderen dat de dimensies doorgaans wel voorkwamen in de levensverhalen. Tussen de testrondes werden de resultaten besproken en werd de checklist verbeterd aan de hand van de feedback van de beoordelaars en de inter-

beoordelaarsbetrouwbaarheid: definities werden verfijnd, narratieve voorbeelden verduidelijkt en categorieën vereenvoudigd. Deze verbeteringen resulteerden in de definitieve checklist. De resultaten van de checklist werden vervolgens vergeleken met de feitelijk toegewezen behandeling voor twintig patiënten. De checklist bleek een goede sensitiviteit en specificiteit te vertonen.

## Discussie

De behandeltoewijzing voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen blijft een grotendeels impliciet proces met weinig empirisch bewijs als leidraad voor klinici (Abbass et al., 2014; Gadiano & Miller, 2013). Levensverhalen verdienen meer aandacht bij het diagnosticeren van persoonlijkheidspathologie (Lind et al., 2020) en kunnen nuttig zijn bij het toewijzen van patiënten aan de juiste behandelingsmodaliteit (Hamkins, 2014; van Os, 2014). Deze studie beschrijft de ontwikkeling van een op consensus gebaseerde, betrouwbare en valide checklist voor het toewijzen van een behandeling aan een ondersteunende en structuur biedende behandeling (DGT) of een inzichtgevende behandeling (SFT) die gebaseerd is op expertkennis. Clinici bereikten consensus over tien dimensies van levensverhalen die belangrijk zijn bij het toewijzen van patiënten; levensverhalen die getypt waren, meer structuur hadden, een goede taalvaardigheid vertoonden, minder pedagogische gebreken, een hogere opleiding, stabiele intieme relaties, meer zelfredzaamheid en zelfbeheersing, en meer vermogen tot interne attributie en introspectie werden gezien als indicatief voor een inzichtgevend programma, in plaats van

een ondersteunend en structuurgevend programma. Klinische experts en psychologie-studenten kunnen de afmetingen van de checklist betrouwbaar gebruiken. Drie kern-dimensies waren significant gerelateerd aan de feitelijke behandelopdracht, namelijk Taalvaardigheid, Zelfredzaamheid en Zelfbeheersing. Twee dimensies waren het meest significant, namelijk Structuur van het levensverhaal en Attributie. De checklist vertoonde een goede sensitiviteit en specificiteit.

Het eerste deelonderzoek richtte zich op het explicieter maken van de perspectieven van klinici op levensverhalen als hulpmiddel voor toewijzing. Met behulp van focusgroep-analyse werden gegevens verzameld op een systematische, verifieerbare, sequentiële en consequente manier in een tolerante, niet-bedreigende omgeving (Krueger & Casey, 2015). De kwaliteit van de gegevens die in een focusgroep worden verzameld, hangt af van de kwaliteit van de gestelde vragen (open, neutraal en opeenvolgend) en het adequate beheer van een verwachtingsbias (duidelijke openingsverklaring en uitleg van het doel van de discussie), voorkeur voor bevestiging (preventie van vooropgezette overtuigingen of hypothesen) en groepsdynamiek (preventie van voorkeur voor conformiteit en vooringenomenheid door dominantie en verlegenheid). Om voldoende kwaliteit te garanderen werd de focusgroep goed voorbereid (NZ, SP en GW), opgenomen, getranscribeerd en geanalyseerd en zijn de resultaten besproken in een member check.

Alle levensverhalen waren verzadigd met problemen (Gonçalves et al., 2009; Lind, et al. 2020). Gebleken is dat het meer de manier is waarop patiënten hun problemen

beschrijven die clinici kan ondersteunen bij het toewijzen van de behandeling. De tien consensuele dimensies lijken aspecten van levensverhalen te weerspiegelen die ook werden geïdentificeerd in eerder onderzoek naar levensverhalen en geestelijke gezondheid. Het concept van narratieve samenhang dat relevant is voor het tot stand brengen van zelfcontinuïteit en zelfinzicht (Adler et al., 2008; Habermas & Bluck, 2000; Lind, et al., 2020), wordt weerspiegeld in de dimensies Structuur van het levensverhaal en Introspectie. Klinische experts verwachtten dat patiënten wier levensverhaal meer gestructureerd was en meer introspectie vertoonde, meer zouden kunnen profiteren van SFT, een inzichtgevende behandeling. Deze levensverhalen onthullen het vermogen om

*Het concept ‘agency’ lijkt weerspiegeld te worden in de dimensies Educatie, Zelfredzaamheid, Zelfcontrole en Attributie*

levensgebeurtenissen in een verhaal te ordenen, evenals pogingen om inzichtelijke verbanden te leggen tussen eigen gevoelens, ervaringen en eerdere gedachten. Dit betekent dat verwacht wordt dat capaciteiten voor narratieve coherentie essentieel zijn voor patiënten om zich te kunnen verbeteren in een psychotherapeutische benadering zoals SFT, gericht op persoonlijkheidsintegratie.

Het concept ‘agency’, geassocieerd met het

streven naar autonomie en het sturen van het eigen leven (Adler et al., 2008; Lind et al., 2020) lijkt weerspiegeld te worden in de dimensies Educatie, Zelfredzaamheid, Zelfcontrole en Attributie. Onderwijs gaat over kunnen en willen leren, Zelfredzaamheid gaat over het vermogen om alledaagse activiteiten uit te voeren en op een meer autonome manier om te gaan met emotionele problemen, Zelfcontrole staat voor het vermogen om adequate controle uit te oefenen over de eigen impulsen, en Attributie gaat over de manier waarop patiënten interne of externe oorzaken voor hun problemen toeschrijven. De dimensies Handgeschreven en Taalbeheersing zouden verband kunnen houden met opleidingsniveau en zelfbeheersing, en zouden dus indirect verband houden met het concept van keuzevrijheid. Clinici dachten dat patiënten met meer impulsief gedrag minder moeite zouden doen om hun levensverhaal te typen of grammaticale fouten te corrigeren. Clinici verwachtten dat patiënten wier levensverhaal lager scoorde op deze dimensies meer zouden kunnen profiteren van DGT, een structuur biedende behandeling. Het ervaren van problemen met autonomie komt overeen met een psychotherapeutische benadering zoals DGT, gericht op het verminderen van zelfdestructieve gedragspatronen en het leren van radicale acceptatie en probleemoplossende strategieën.

Het concept ‘verbondenheid’ dat verwijst naar de ervaring van verbinding met anderen (Adler et al., 2008, Lind et al., 2020), sluit aan op de dimensies Opvoeding en Relaties. Bij Opvoeding gaat het om de aanwezigheid van emotionele en/of pedagogische tekorten die wijzen op een essentieel gebrek aan verbondenheid met de ouders,

terwijl Relaties betrekking hebben op het vermogen om hechte vriendschappen en intieme relaties aan te gaan en te onderhouden. Clinici verwachtten dat patiënten wier levensverhaal pedagogische tekortkomingen en instabiele relaties vertoonde, meer zouden kunnen profiteren van DGT, een ondersteunende en structuur brengende behandeling.

Aan de ene kant kunnen de narratieve concepten van coherentie, autonomie en verbondenheid klinici op een abstracter niveau informeren over relevante aspecten van levensverhalen, afgezien van diagnostische labels. Als zodanig lijken de narratieve concepten te verwijzen naar meer trans-diagnostische factoren. Aan de andere kant hebben de klinici dimensies onderscheiden voor het evalueren van geschreven levensverhalen op een concreter niveau, die algemene concepten als een gebrek aan coherentie, autonomie en verbondenheid tastbaarder maken dan in eerdere onderzoeken (bijv. Adler et al., 2012). De dimensies kunnen relevante informatie bieden over verschillen, die zichtbaar zijn in concreet gedrag, binnen groepen patiënten die doorgaans weinig samenhang, keuzevrijheid en gemeenschap hebben.

Uit het tweede deelonderzoek bleek dat de dimensies van de checklist veel voorkwamen in de levensverhalen van de patiënten en beoordeeld konden worden met voldoende tot goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Drie dimensies waren significant gerelateerd aan de daadwerkelijke toewijzing aan de twee behandelingsmodaliteiten DGT en SFT: Taalvaardigheid, Zelfredzaamheid en Zelfbeheersing. Twee dimensies waren het meest significant: Structuur van het levensverhaal en Attributie. De kenmerken van levensverhalen die indicatief zijn voor de

inzichtgevende behandeling suggereren hogere niveaus van persoonlijk functioneren dan kenmerken die indicatief zijn voor het structurerende en ondersteunende programma (Giesen-Bloo et al., 2006; Verheught-Pleiter & Deben-Mager, 2006). Verder onderzoek zou moeten verduidelijken hoe deze zich verhouden tot andere kenmerken die als belangrijk werden genoemd in het toewijzingsproces, zoals interpersoonlijke stijlen en voorkeuren (Blatt et al., 2007; Leichsenring, 2005), persoonlijke sterke punten en psychologisch ingesteldheid (van Manen et al., 2008), en meer adaptieve psychodynamische ontwikkelingsprofielen (Ingenhoven & Abraham, 2010; Ingenhoven et al., 2011). De checklist heeft een goede gevoeligheid en specificiteit voor de significante of kern-dimensies en zelfs meer voor alle dimensies. De toewijzing aan het SFT-programma was 100% correct voor de totale checklist en 90% voor de drie significante dimensies, samen met een stabiele positieve toewijzing aan het DGT-programma van 80%. Deze cijfers zijn opmerkelijk, aangezien de daadwerkelijke behandelopdracht op veel meer informatie was gebaseerd dan alleen de levensverhalen. Als zodanig lijkt de checklist artsen adequate ondersteuning te kunnen bieden bij het toewijzingsproces.

## **Beperkingen**

Deze studie kent haar beperkingen. Ten eerste is het onderzoek uitgevoerd in een gespecialiseerde psychotherapeutische kliniek voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, met levensverhalen van twee klinische patiëntengroepen. Dit roept vragen op over de generaliseerbaarheid naar patiënten met persoonlijkheidsstoornissen in

andere settings en behandelprogramma's. Het matchen van patiënten met andere behandelmethoden in andere settings kan andere dimensies vragen waarmee levensverhalen kunnen worden geëvalueerd. Niettemin is het onderscheid tussen een steunend, structurerend programma (DGT)

## *De statistische analyses zouden geprofiteerd hebben van een grotere steekproef*

versus een inzichtgevend programma (SFT) vrij gebruikelijk in de klinische praktijk, zowel bij klinische als poliklinische groepen. Ten tweede introduceerden Onwuegbuzie en collega's (2009) voor het verzamelen en analyseren van focusgroegegevens een kwalitatief raamwerk voor sociaalwetenschappelijk onderzoek. In deze benadering biedt conversatieanalyse mogelijkheden voor het analyseren van focusgroegegevens, door niet alleen aandacht te besteden aan verbale communicatie van de deelnemers, maar ook aan non-verbale communicatie. Het gebruik van een dergelijke methode had de nauwkeurigheid van de focus-groepanalyses wellicht kunnen vergroten. Ten derde zouden statistische analyses van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, gelijktijdige validiteit en specificiteit en gevoeligheid geprofiteerd hebben van een grotere steekproef. Het uitvoeren van hetzelfde onderzoek op grotere schaal en met een groter tijdsinterval kan resulteren in een beter inzicht in de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en het ontstaan van significantere rela-

ties en mogelijk discriminerende dimensies. Vooral de dimensies Structuur van het levensverhaal en Attributie vertoonden bijna significantie, en Opvoeding, Opleiding en Introspectie vertoonden substantiële verschillen, hoewel ze niet significant waren.

Ten vierde bestaat er geen gouden standaard voor het toekennen van dimensies aan levensverhalen. In dit onderzoek werd consensus onderzocht tussen deelnemers onderling en tussen deelnemers onderling en een consensusscore van de onderzoekers. Toekomstig onderzoek kan baat hebben bij een consensusscore verkregen van meerdere deelnemers.

Een kracht van het onderzoek is de echte klinische steekproef van patiënten bij wie in de klinische praktijk de diagnose persoonlijkheidsstoornissen wordt gesteld en die daarvoor worden behandeld, wat de generaliseerbaarheid van de bevindingen versterkt. Daarnaast spraken verschillende klinische experts hun waardering uit voor de systematische evaluatie van levensverhalen, waarbij ze zich gesteund voelden door de checklist in hun reflectie- en besluitvormingsproces over de behandelingstoewijzing.

### **Conclusie**

Concluderend ondersteunt de Life-story Checklist een betrouwbare en valide evaluatie van levensverhalen als het gaat om klinische toewijzing voor een gespecialiseerde behandeling. De checklist maakt een systematische en expliciete lezing van levensverhalen mogelijk die artsen kunnen ondersteunen bij het nemen van transparante en overdraagbare beslissingen over

de toewijzing van behandelingen. Wanneer ze systematisch worden geëvalueerd, krijgen levensverhalen academische waarde als bron van informatie die het toewijzingsproces voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen verhelderen. Levensverhalen van patiënten verdienen, omdat ze betekenisvolle en rijke verhalen zijn, erkenning in de klinische praktijk en nogmaals in empirische studies. Verder onderzoek in andere en grotere steekproeven kan helpen om passende keuzes te maken over de dimen-

sies die in de checklist opgenomen blijven. Een toekomstige onderzoeksvraag zou kunnen zijn hoe verschillende bronnen gecombineerd kunnen worden om tot nog betere opdrachten te komen. Patiënten zouden na de behandeling gevolgd kunnen worden om daadwerkelijk inzicht te krijgen in de vraag of de uitval zou afnemen en de effectiviteit zou toenemen als systematische, expliciete toewijzingsbeslissingen zouden worden genomen. ■

*Dit artikel is een aangepaste en ingekorte versie van:*

Pol, S.M., Zuidhof, N., Sennef, D., Sools, A.M. & Westerhof, G.J. (2024). The allocation of patients with personality disorders to a suitable treatment approach: The development of a checklist based on patients' life-stories. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 88(3), p. 239-269.

**Silvia Pol** ([s.pol@ggnet.nl](mailto:s.pol@ggnet.nl)) is klinisch psycholoog/psychotherapeut bij Scelta GGNet te Warnsveld, p-opleider bij GGNet en supervisor bij de NVGP en de NVP, **Niek Zuidhof** is associate lector Technologie, Gezondheid & Zorg aan de Saxion Hogeschool te Enschede, **Dennis Sennef** is GZ-psycholoog bij PsyQ te Arnhem, **Anneke Sools** is universitair hoofddocent bij de vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie van de Universiteit Twente en **Gerben Westerhof** is professor Narratieve Psychologie en Technologie aan de Universiteit Twente.

*Refereren aan:*

.....  
Pol, S., Zuidhof, N., Sennef, D., Sools, A. & Westerhof, G. (2026). De Life-story Checklist voor persoonlijkheidsstoornissen. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, (21)2, p. 35-56.  
.....

## Life-story Checklist for Personality Disorders

**Toewijzing van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen naar passende behandeling: een checklist gebaseerd op onder klinici overeengekomen dimensies voor het systematisch evalueren van geschreven levensverhalen.**

Silvia M. Pol, Niek Zuidhof, Dennis Sennef, Anneke M. Sools en Gerben J. Westerhof

Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek, onderdeel van GGNet, Apeldoorn & Vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie, Universiteit Twente, Enschede & Onderzoeksgroep Technologie, Gezondheid & Zorg, Saxion Hogeschool, Enschede.

Correspondentie: Silvia Pol, Scelta GGNet, Vordenseweg 12, 7231 PA, email: [s.pol@ggnet.nl](mailto:s.pol@ggnet.nl)

2025

## Life-story Checklist for Personality Disorders

### Achtergrond

Levensverhalen ontstaan gedurende de adolescentie, wanneer cognitieve ontwikkeling het mogelijk maakt een betekenisvol en coherent verhaal te vormen over het eigen leven (Habermas & Bluck, 2000). Bij de introductie van een integratieve theorie over persoonlijkheidsontwikkeling ruimt McAdams (2015) een belangrijke plaats in voor het levensverhaal. Hij stelt dat mensen in een actief geconstrueerd verhaal betekenis proberen te geven aan eerdere ervaringen, met als doel te kunnen begrijpen hoe het eigen leven zich heeft ontwikkeld. Het levensverhaal biedt de klinische praktijk een betekenisvol en veelal rijk narratief waarin de stem klinkt van de patiënt zelf. Het levensverhaal wordt naast het klinisch interview en eventuele vragenlijsten gezien als een belangrijke bron van informatie voor het proces van indicatiestelling (Gabbard, 2005; Skodol, 2014), en verdient om deze reden niet alleen een plaats in de klinische praktijk maar ook in wetenschappelijke studies.

Indicatiestellingsonderzoek voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen betreft een complex, impliciet en vaak weinig begrepen proces van diagnostiek en besluitvorming (van Manen et al., 2008). Wanneer levensverhalen systematisch worden geëvalueerd, winnen deze aan wetenschappelijke waarde als een bron van informatie die het toewijzingsproces voor behandeling van persoonlijkheidsstoornissen kan verhelderen. De Life-story Checklist maakt gebruik van onder clinici overeengekomen dimensies die relevant zijn voor indicatiestellingsonderzoek. Een systematisch en expliciet doornemen van levensverhalen op deze dimensies ondersteunt de clinicus in het maken van transparante en overdraagbare beslissingen over de meest passende behandeling. Op deze wijze beoogt de Life-story Checklist for Personality Disorders (LCPD) het toewijzingsproces voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen inzichtelijker te maken.

### Werkwijze

Bij aanmelding voor behandeling wordt patiënten gevraagd hun levensverhaal te schrijven ten behoeve van het indicatiestellingsonderzoek, gericht op toewijzing aan een passend behandelaanbod. Dit aanbod kan ofwel steunend en structurerend van aard zijn, waarbij vooral wordt ingezet op het aanleren van vaardigheden en het werken aan praktische en emotionele stabiliteit, ofwel meer inzichtgevend van aard, vooral gericht op het herkennen en bijsturen van eigen denk- en gedragspatronen, waarbij een groter beroep wordt gedaan op zelfreflectie en inzicht.

### Instructie

- 1) Bestudeer vooraf de definitielijst.
- 2) Lees het levensverhaal aandachtig door.
- 3) Scoor het levensverhaal met behulp van de definitielijst op het scoreformulier.
- 4) Maak een beargumenteerde keuze voor het behandelaanbod waaraan u wilt toewijzen.

### Literatuur

- Gabbard, G.O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice. 4th Revised edition*. Washington: American Psychiatric Press.
- Habermas, T. & Bluck, S. (2000). Getting a life: the emergence of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin*, 126(5), p. 748-769.
- Manen, J. van, Kamphuis, J.H., Visbach, G., Ziegler, U., Gerritsen, A., Rossum, B. van, Rijnierse, P., Timman, R. & Verheul, R. (2008). How do intake clinicians use patient characteristics to select treatment for patients with personality disorders? *Psychotherapy Research*, 18(6), p. 711-718.
- McAdams, D.P. (2015). *The art and science of personality development*. New York: The Guilford Press.
- Skodol, A.E. (2014). Manifestations, assessment, and differential diagnosis. In: J.M. Oldham, A.E. Skodol, D.S. Bender. *The APA textbook of personality disorders, DSM-5 Edition*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.

### Scoreformulier Life-story Checklist for Personality Disorders

Naam patiënt: ..... Naam onderzoeker: ..... Toelichting: ..... Datum: .....

Dimensies	Categoriën	Score (omcirkel)	Toelichting	Sleutel Optie 1 (omcirkel)	Sleutel Optie 2 (omcirkel)
<b>1. Handgeschreven</b>	A Handgeschreven	1 Ja 2 Nee		1	2
	<b>2. Taalbeheersing*</b>	B Taalbeheersing	1 Weinig/geen fouten 2 Herhaalde fouten	2	1
		C Structuur levensverhaal	1 Ongestructureerd 2 Gestructureerd	1	2
	<b>4. Opvoeding</b>	D Pedagogische verwaarlozing	1 Ja 2 Nee		1
E Emotionele tekorten		1 Ja 2 Nee		-	-
<b>5. Onderwijs</b>	F Onderwijs	1 Lager/middelbaar 2 Hoger		1	2
	<b>6. Intieme relaties</b>	G Intieme vriendschappen	1 Ja 2 Nee, sla H over		-
H Stabiele vriendschappen		1 Ja 2 Nee		-	1
<b>I Intieme relaties</b>	I Intieme relaties	1 Ja 2 Nee, sla J over		-	-
	J Stabiele relaties	1 Ja 2 Nee		2	-
<b>7. Zelfredzaamheid*</b>	K Praktische zelfredzaamheid	1 Ja 2 Nee, te weinig		2	1
	L Emotionele zelfredzaamheid	1 Ja 2 Nee, te weinig		-	-
<b>8. Zelfsturing*</b>	M Zelfsturing	1 Overwegend impulsief 2 Overwegend voorzichtig		1	2
	N Externaliserend	1 Ja 2 Nee		1	2
<b>10. Inzicht</b>	O Introspectie aanwezig	1 Ja 2 Nee		2	1

Totaal aantal dimensies: (0-10)	.....	.....
Aantal kerndimensies*: (0-3)	.....	.....
<b>Behandelaanbod</b>	Toewijzing volgens checklist (omcirkel)	Steunend structurend Inzichtgevend

Correct positieve toewijzing van 100% bij een cut-off van 8 of meer van 10 dimensies; 90% bij een cut-off van 2 of meer van drie kerndimensies: Taalbeheersing, Zelfredzaamheid en Zelfsturing.  
 Correct negatieve toewijzing in beide gevallen van 80%.

## Life-story Checklist for Personality Disorders- Lijst van Definities

Dimensies	Categorieën	Definitie	Voorbeeld
<b>A. Handgeschreven</b>	1. Handgeschreven	Het levensverhaal is wel of niet handgeschreven.	-
	2. Niet handgeschreven		
<b>B. Taalbeheersing</b>	1. Weinig tot geen fouten in zinsbouw, interpunctie en woordgebruik	Kan zich goed uitdrukken in het Nederlands. Er komen weinig tot geen fouten voor in: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) de zinsbouw</li> <li>2) woordgebruik</li> <li>3) spelling</li> <li>4) het gebruik van punten, komma's en andere leestekens in de tekst.</li> </ol>	-
	2. Terugnkerende fouten in zinsbouw, interpunctie en woordgebruik	Kan zich minder goed uitdrukken in het Nederlands. Er komen terugkerende fouten voor in: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) de zinsbouw,</li> <li>2) woordgebruik</li> <li>3) spelling</li> <li>4) het gebruik van punten, komma's en andere leestekens in de tekst.</li> </ol>	Toen ben ik geadopteert naar Nederland. Intussen tijd was ik ongelukkig en gebroken.
<b>C. Structuur levensverhaal</b>	1. Ongestructureerd	Het levensverhaal is een samenhangend geheel. Er bestaat een duidelijke opbouw van het en het springt van de hak op de tak.	-
	2. Gestructureerd	Het levensverhaal is een samenhangend geheel. Er bestaat een duidelijke opbouw van het gehele levensverhaal, bv. een chronologische of anderszins logische opbouw.	
<b>D. Opvoeding: pedagogisch tekort</b>	1. Pedagogische verwaarlozing	Er is een belangrijk tekort in de vervulling van basale behoeften tijdens de opvoeding, zoals huisvesting, voedsel, basale veiligheid, lichamelijke verzorging en het stellen van normen voor gewenst en ongewenst sociaal gedrag.	Ik herinner me veel fysiek en verbaal geweld, zo werd mijn broertje hard in zijn gezicht geslagen, ook al als baby, waardoor ik leerde niet te huilen, me niet 'kwetsbaar' op te stellen. Vaak moest ik zorgen dat mijn broertjes en zusjes te eten kregen omdat mijn vader veel werkte en mijn moeder niet in staat was voor ons te zorgen.
	2. Geen pedagogische verwaarlozing		Mijn ouders hebben zo goed mogelijk voor ons gezorgd ondanks de financiële problemen die er waren met de zaak.
<b>E. Opvoeding: emotioneel tekort</b>	1. Emotioneel tekort aanwezig	Op emotioneel vlak is er een tekort tijdens de opvoeding. Er wordt weinig validering, liefde, steun en emotionele ruimte gegeven. Er wordt weinig veiligheid en grenzen geboden. Emoties worden binnengehouden en niet met elkaar gedeeld.	Vanaf dat mijn moeder opgenomen is geweest, en weer thuis kwam heb ik tegen mezelf gezegd dat ik sterk moest zijn, want mijn ouders hadden het al moeilijk genoeg. Er werd nooit over gevoelens gesproken. Ik huilde vaak in bed zonder dat iemand het wist.
	2. Geen emotioneel tekort aanwezig		Verder was er veel huiselijke gezelligheid en mijn ouders waren niet prestatiegericht, meer sociaalgericht.
<b>F. Opleiding</b>	1. Lagere en middelbare niveaus van onderwijs	Lager onderwijs, lagere niveaus middelbare school (lbo, mavo, vmbo) en/of middelbaar beroepsonderwijs (mbo, roc). Een succesvolle afronding is niet vereist.	Verder was er veel huiselijke gezelligheid en mijn ouders waren niet prestatiegericht, meer sociaalgericht. In 2002 haalde ik mijn mavo diploma en ging ik een tct opleiding doen in Plaatsnaam 2.
	2. Hogere niveaus van onderwijs	Hogere niveaus middelbaar onderwijs (havo, hbs, vwo, atheneum, gymnasium) en/of hoger beroepsonderwijs (hbo) en/of academisch onderwijs. Een succesvolle afronding is niet vereist.	Na mijn vrijwilligersjaar ben ik begonnen met de opleiding Pedagogiek op het Hogeschoolnaam in Plaatsnaam 3.
<b>G + H. Intieme relaties: vriendschapsrelatie(s)</b>	1. Stabiele vriendschapsrelatie(s)	Er wordt een vriendschapsrelatie beschreven die stabiel en bestendig is over langere tijd.	Een vriendin en een vriend ken ik al heel lang en zij weten van mijn problemen en vinden het goed dat ik hulp zoek.
	2. Geen stabiele vriendschapsrelatie(s)	Er worden wel vriendschapsrelaties beschreven, maar deze veranderen snel over de tijd.	Ik maak makkelijk nieuwe vrienden en ga dan een periode intensief met hen om en daarna gaat het vaak mis en ontstaan er nare conflicten.
<b>I + J. Intieme relatie partnerrelatie(s)</b>	1. Stabiele partnerrelatie(s)	Er wordt een intieme relatie beschreven met een min of meer vaste partner, die gezien kan worden als veilig, stabiel en bestendig.	Toen ontmoette ik mijn huidige partner. Bij hem kon ik mij voor het eerst veilig voelen.
	2. Geen stabiele partnerrelatie(s)		

Dimensies	Categoriën	Definitie	Voorbeeld
	2. Instabiele partnerrelatie(s)	Problemen in het aangaan van een intieme relatie met een min of meer vaste partner, waardoor onveiligheid, instabiliteit en onbestendigheid in die relaties op de voorgrond staan.	Het samenwonen met mijn vriend was niet altijd fijn, want hij wilde graag de baas zijn, en dat resulteerde in fysieke strijd, waarbij hij mij tegen de grond werkte.
<b>K. Praktische zelfredzaamheid</b>	1. Zelfredzaam op praktisch vlak	De patiënt geeft aan redelijk zelfstandig zorg te dragen voor algemene dagelijkse levensverrichtingen zoals zichzelf verzorgen, eten, omgaan met geld, een dagstructuur aanbrengen. Het gaat erom of iemand toch zelfredzaam kon blijven functioneren met of ondanks aanwezige klachten.	Dit was geen goede relatie omdat hij over alles loog, mij vaak uitschold, mij alles liet betalen en spullen en geld van mij stal, en achter mijn rug om drugs gebruikte.
	2. Te weinig zelfredzaam op praktisch vlak	Er worden structurele problemen beschreven bij het zelfstandig uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen zoals zichzelf verzorgen, eten, omgaan met geld, een dagstructuur aanbrengen.	Mensen zien het vaak niet als het niet goed met mij gaat. Ik verzorg mijzelf goed en blijf wel mijn verplichtingen nakomen. Ondanks de spanningen bleef ik wel naar school gaan en deed ik mijn huiswerk.
<b>L. Emotionele zelfredzaamheid</b>	1. Zelfredzaam op emotioneel vlak	De patiënt geeft aan met emotionele problemen om te kunnen gaan.	Ik had toen geen werk meer en heb ook geen uitkering aangevraagd. Toen heb ik een tijdlang niets gedaan en alleen maar op bed gelegen. Ik heb een grote schuld opgebouwd en heb toen besloten weer bij mijn ouders te gaan wonen.
	2. Te weinig zelfredzaam op emotioneel vlak	De patiënt beschrijft problemen in het adequaat omgaan met emoties.	Als ik me niet goed voel (dat is meestal zo) dan onderneem ik haast niets.
<b>M. Zelfsturing</b>	1. Overwegend impulsief	Gedrag wordt uitgevoerd zonder er van tevoren over na te denken. Het gedrag wordt veroorzaakt door een inwendige prikkel of door een drang, als reactie op een uitwendige prikkel. De tijd tussen beleving en uitvoering van gedrag is minimaal.	Ik weet niet hoe ik om moet gaan met problemen en spanningen. Ik vind het erg moeilijk om zelf te bepalen wat ik nodig heb. Ik kan heel boos worden. Tegen de deuren schoppen, met spullen gooien. Maar ik ben niet een gevaar voor anderen, ik gooi geen spullen naar personen. Ik ben iemand die zichzelf vooral pijnigt.
	2. Overwegend geremd	De persoon durft minder te zeggen of te doen dan hij/zij zou willen. De persoon voelt zich belemmerd, schuchter, angstig, ingehouden, en niet vrij en de persoon weet zich moeilijk te uiten. De overgang naar gedrag is relatief lang.	Ik ben bang om iets fout te doen, waardoor ik snel blokkeer of langer over opdrachten doe. Door mijn angst vermijd ik vaak spannende situaties.
<b>N. Attributie</b>	1. Externaliserend	NB: Overwegend geremd betekent niet dat impulsiviteit afwezig is, maar de geremdheid staat wel meer op de voorgrond. Oorzaken van problemen worden buiten de eigen persoon gezocht en niet binnen de eigen persoon.	Ik ben zolang ik me kan heugen angstig geweest, vooral 's nachts. Ik zei daar niets van, durfde het niet te zeggen tegen mijn ouders. Verder kon ik ze alleen bereiken tijdens kantooruren. Dit alles was niet voldoende en dat wilde niemand geloven. Daardoor moest ik weer meerdere malen opgenomen worden.
	2. Niet externaliserend	NB: Een feitelijke opsomming van gebeurtenissen (iemand anders heeft iets gedaan) valt niet onder externalisatie. Het gaat er bij externalisatie om dat de patiënt de verantwoordelijkheid of schuld bij anderen legt.	Ik denk dat ik ook geen makkelijke puber was voor mijn ouders.
<b>O. Inzicht</b>	1. Introspectie is aanwezig	Oorzaken van problemen worden niet alleen maar buiten de eigen persoon gezocht. Zelfwaarneming die kijkt uit een nadenken over, onderzoeken van en een poging verbanden te leggen tussen eigen gevoelens, ervaringen en eerdere gedachten en het onder woorden brengen daarvan.	Ik ben een rustig en verlegen type. Vanaf kleins af aan was ik al erg verlegen. Verder ben ik erg faalangstig. Deze angst beïnvloedt mijn sociale leven, ik ben vaak bang dat een ander me niet aardig vindt of dat ik saai ben. Dit gevoel ervaar ik ook bij vrienden.
	2. Introspectie vrijwel niet aanwezig	Geringe zelfwaarneming, moeite met nadenken over eigen gevoelens en gedrag, moeite om dit onder woorden brengen en verbanden tussen de waarnemingen te leggen.	Ik ga dan toch weer drinken en blowen en ga allerlei seksuele contacten aan. Later heb ik daar spijt van maar toch beland ik steeds weer opnieuw in dit patroon.
<b>Behandelaanbod</b>	Steunend-structurend Inzichtgevend	Een behandelaanbod waarbij vooral ingezet wordt op het aanleren van vaardigheden en het werken aan praktische en emotionele stabiliteit. Een behandelaanbod dat zich vooral richt op het herkennen en bijsturen van eigen denk- en gedragspatronen dat een groter beroep doet op reflectie en het ontwikkelen van inzicht.	

## Literatuur

---

Abbass, A.A., Kisely, S.R., Town, J.M., Leichsenring, F., Driessen, E., de Maat, S.C.M., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S. & Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(7), p. 1-108.

Adler, J.M., Chin, E.D., Kolisetty, A. & Oltmans, T.F. (2012). The distinguishing characteristics of narrative identity in adults with features of Borderline PD. An empirical investigation. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), p. 498-512.

Adler, J.M., Lodi-Smith, J., Philippe, F.L. & Houle, I. (2016). The incremental validity of narrative identity in predicting well-being: A review of the field and recommendations for the future. *Personality and Social Psychology Review*, 20(2), p. 142-175.

Adler, J.M., Skalina, L.M. & McAdams, D.P. (2008). The narrative reconstruction of psychotherapy and psychological health. *Psychotherapy Research*, 18(6), p. 719-734.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA.

Arntz, A., Hawke, L.D., Bamelis, L., Spinhoven, P. & Molendijk, M.L. (2012). Changes in natural language use as an indicator of psychotherapeutic change in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50(3), p. 191-202.

Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (2002). *Research methods in clinical psychology. An introduction for students and practitioners*. Second edition. Chichester: John Wiley & Sons.

Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2001) Treatment of borderline PD with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), p. 36-42.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2003). Health Service utilization costs for borderline personality disorder: patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), p. 169-171.

Binks, C.A., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C.E. & Duggan, C. (2006). Psychological therapies for people with borderline PD. *Cochrane Database Systematic Review*, 25(1):CD005652.

Blagys, M.D. & Hilsenroth, M.J. (2000). Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: a review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(2), p. 167-88.

Blatt, S.J., Besser, A. & Fored, R.Q. (2007). Two primary configurations of psychopathology and change in thought disorder in long-term intensive inpatient treatment of seriously disturbed young adults. *American Journal of Psychiatry*, 164(10), p. 1561-1567.

Brettschneider, C., Riedel-Heller, S. & König, H-H. (2014). A systematic review of economic evaluations of treatments for borderline PD. *PLoS One*, 29(9).

Chiesa, M., Fonagy, P., Holmes, J. & Drahorad, C. (2004) Residential versus community treatment of PD: A comparative study of three treatment programs, *American Journal of Psychiatry*, 161(8), p. 1463-1470.

Gabbard, G.O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice. 4th Revised edition*. Washington: American Psychiatric Press.

Gadiano, B.A. & Miller, I.W. (2013). The evidence-based practice of psychotherapy: Facing the challenges that lie ahead. *Clinical Psychology Review*, 33(7), p. 813-824.

Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline PD: randomized trial of schema-focused therapy versus transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), p. 649-658.

Gonçalves, M., Matos, M. & Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of innovative Moments in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*, 22(1), p. 1-23.

Habermas, T. & Bluck, S. (2000). Getting a life: the emergence of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin*, 126(5), p. 748-769.

Haskayne, D., Hirschfeld, R. & Larkin, M. (2014) The outcome of psychodynamic psychotherapies with individuals diagnosed with PDs: A systematic review. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 28(2), p. 115-138.

Ingenhoven, T. (2009). *The role of psychodynamic assessment in diagnosis and treatment of PDs. Reliability and validity of the development profile*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Ingenhoven, T.J.M. & Abraham, R.E. (2010). Making diagnosis more meaningful. The Developmental Profile: a psychodynamic assessment of psychopathology. *American Journal of Psychotherapy*, 64(3), p. 215-238.

Ingenhoven, T.J.M., Brink, W. van den, Passchier, J. & Duivenvoorden, H.J. (2011). Treatment-disrupting behaviors during psychotherapy of patients with PDs: the predictive power of psychodynamic personality diagnosis. *Journal of Psychiatric Practice*, 17(1), p. 21-34.

- Krueger, R.A. & Casey, M.A. (2015). *Focus Groups: A practical guide for applied research, 5<sup>th</sup> Edition*. London: Sage.
- Kvarstein, E.H., Pedersen, G., Folmo, E., Urnes, O., Johansen M.S., Hummelen, B., Wilberg, T. & Karterud, S. (2019). Mentalization-based treatment or psychodynamic treatment programmes for patients with borderline PD - the impact of clinical severity. *Psychological Psychotherapies*, 92(1), p. 91-111.
- Landis J.R. & Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), p. 159-174.
- Lemche, E. (2000). Gibt es eine spezifische Indikation zur psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie? *Psychotherapeut*, 45, p. 165-169.
- Lieblich, A. & Josselson, R. (2013). Identity and narrative as root metaphors of personhood. In: J. Martin & M.H. Bickhard, (eds). *The psychology of personhood. Philosophical, historical, social-developmental, and narrative perspectives* (p. 203-222). Cambridge: Cambridge University Press.
- Leichsenring (2005). Are psychoanalytic and psychodynamic psychotherapies effective? A review of empirical data. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86(3), p. 841-868.
- Leichsenring, F., Leibling, E., Kruse, J., New, A. & Leweke, F. (2011). Borderline PD. *Lancet*, 377, p. 74-84.
- Lind, M., Adler, J.M. & Clark, A.L. (2020). Narrative identity and personality disorder: An empirical and conceptual review. *Current Psychiatry Reports*, 22(12), p. 1-11.
- Manen, J. van, Kamphuis, J.H., Visbach, G., Ziegler, U., Gerritsen, A., Van Rossum, B., Rijnierse, P., Timman, R. & Verheul, R. (2008). How do intake clinicians use patient characteristics to select treatment for patients with PDs? *Psychotherapy Research*, 18(6), p. 711-718.
- McAdams, D.P. (2006). The role of narrative in personality psychology today. *Narrative Inquiry*, 16(1), p. 11-18.
- McAdams, D.P. (2013). The psychological self as actor, agent, and author. *Perspectives on Psychological Science*, 8(3), p. 272-295.
- McAdams, D.P. (2015). *The art and science of personality development*. New York: The Guilford Press.
- McLean, K.C. (2008). The emergence of narrative identity. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(4), p. 1685-1702.
- Morse, J.M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., and Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1, p. 1-19.

Onwuegbuzie, A.J., Dickinson, W.B., Leech, N.L. & Zoran, A.G. (2009). A qualitative framework for collecting and analyzing data in focus group research. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(3), p. 1-21.

Os, J. van (2014). *De DSM-5 voorbij. Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Leusen: Diagnosis Uitgevers.

Perry, J.C., Banon, E. & Ianna, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for PDs. *American Journal of Psychiatry*, 156(9), p. 1312-1321.

Sarbin, T.R. (1986). *Narrative psychology. The storied nature of human conduct*. Londen: Praeger.

Sharp, C. & Wall, K. (2021) DSM-5 level of personality functioning: Refocusing personality disorder on what it means to be human. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, p. 313-37.

Skodol, A.E. (2014). Manifestations, assessment, and differential diagnosis. In: J.M. Oldham, A.E. Skodol, D.S. Bender. *The APA textbook of PDs, DSM-5 Edition*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.

Skodol, A.E., Oldham, J.E., Bender, D.S., Dyck, I.R., Stout, R.L., Morey, L.C., Shea, M.T., Zanarini, M.C., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., McGlashan, T.H. & Gunderson, J.G. (2005). Dimensional representations of DSM-IV PDs: relationships to functional impairment. *American Journal of Psychiatry*, 162, p. 1919-1925.

Soeteman, D.I., Timman, R., Trijsburg, R.W., et al. (2005). Assessment of the burden of disease among inpatients in specialized units that provide psychotherapy. *Psychiatric Services*, 56(9), p. 1153-1155.

Stoffers, J.M., Völlm, B.A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N. & Lieb, K. (2013). Psychological therapies for people with borderline PD. *Cochrane Database Systematic Review*, 15(8), CD005652.

Verheugt-Pleiter, A. & Deben-Mager, M. (2006). Transference-focused psychotherapy and mentalization-based treatment: Brother and sister? *Psychoanalytic Psychotherapy*, 20(4), p. 297-315.

Westerhof, G.J. & Bohlmeijer, E.T. (2012). Life stories and mental health: the role of identification processes in theory and interventions. *Narrative Works: Issues, Investigations, & Interventions*, 2(1), p. 106-128.

Watzke, B., Rüdell, H., Jürgensen, R., Koch, U., Kriston, L., Grothgar, B. & Schulz, H. (2010). Effectiveness of systematic treatment selection for psychodynamic and cognitive-behavioural therapy: randomised controlled trial in routine mental healthcare. *The British Journal of Psychiatry*, 197(2), p. 96-105.

.....







# Grensgevallen

Frits van Hest, voormalig redacteur van *Groepen*, bezocht op 26 maart 2026 het NVGP-congres *Over de grenzen van groepspsychotherapie* en doet verslag van de dag.

Door Frits van Hest

De huisarts die naast me stond merkte op: 'Bij onze congressen hoor je vooral over wetenschappelijke ontwikkelingen en zie je grafieken op grote schermen.' 'Dat herken ik wel', antwoordde ik. 'Tot een paar jaar geleden deden wij dat ook zo. Maar we ontdekten dat niemand die grafieken en statistieken onthield. We hebben nu gekozen voor inspiratie, enthousiasme en verbinding.' Als om mijn observatie te bevestigen, leidde cabaretier en dichter Tanja ter Brake ons als dagvoorzitter met gitaar en zang in. Al die kleine gebeurtenissen van een congres becommentarieerde ze met lichtvoetige humor: 'Jij heette toch Harm? Oh, je zegt niks, vergis ik me? Nou, ik noem je gewoon Harm.' Of, haar telefoon opnemend: 'Hé mam, ja, het kan wel even we zijn net... ja, dat is echt rot... echt, het kan wel, mam... ik moet echt naar de wc.' De zaal viel haar enthousiast vierstemmig bij in een muzikaal intermezzo en applaudisseerde voor zichzelf.

Voorzitter Marc Daemen van de NVGP zweepte het enthousiasme verder op. 'In de ggz zien we 65% meer (groeps)psychotherapie dan in het recente verleden. Onze promotiecampagne werkt en we hebben een mijlpaal bereikt binnen het Welzijnsakkoord. Ziektekostenverzekeraars, Rijksoverheid, ambtenaren zijn ervan overtuigd dat groepstherapie een gamechanger kan zijn in het bekorten van wachtlijsten. Groepstherapie zal daardoor de eerste

keuze worden in de ggz in plaats van een specifieke indicatie. Binnen de NVGP zelf zitten we ook niet stil en hebben we inmiddels een docentenpool, de academiecommissie en de nieuwe sector Vrijgevestigde Groepspsychotherapeuten opgericht.

## *Waar blijven onze grenzen, vroeg ik me enigszins bezorgd af*

Reden genoeg om volgend jaar ons 70-jarige jubileum groots te vieren met een tweedaags congres op 1 en 2 april in Landgoed Zonheuvel in Doorn, want helaas zijn we uit onze voegen gebarsten voor deze prachtige locatie Antropia.

Waar blijven onze grenzen, vroeg ik me enigszins bezorgd af. Gelukkig liet onze voorzitter in een korte filmische presentatie zien dat hij en zijn echtgenote op dit moment een perfecte training van hun kleinkinderen krijgen om te leren omgaan met grenzen. 'Heb pipi daan', jubelde een kleinkind trots. 'Op het potje?' vroeg onze voorzitter. 'Neeee...!' In de lezing van Mariëtte Hendriksen zou dit oer-moment uit de theorie van de psychotherapie terugkomen.

### **Jezelf zijn**

De eerste spreker was Sanneke de Haan, hoogleraar Psychiatrie en Filosofie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Op haar vraag wie van de toehoorders zich authentiek voelde, stak de overgrote meerderheid een hand op. We hadden beter kunnen weten. Dagvoorzitter Ter Brake, met haar

microfoon in de hand door de zaal lopend, merkte fijntjes op: 'Die twee die hun hand niet opsteken zijn de meest authentieken.' De zaal gierde het uit.

Als bekwaam filosoof nam De Haan ons onmiddellijk de maat. 'In onze tijd vinden we 'jezelf zijn' van cruciaal belang. Maar een niet-doordachte authenticiteit ontardt al gauw in navelstaarderij van een geprivilegieerde elite', sprak ze streng. Jeetje, daar horen wij ook bij, zag je de congresgangers wat verontrust denken.

Geduldig legde ze ons vervolgens uit dat de filosofie drie mogelijke antwoorden onderscheidt op de vraag wat persoonlijke authenticiteit is. Ten eerste: authenticiteit is als kind een gegeven waar je steeds verder van afdrijft. Ten tweede: met elke keuze die je maakt, maak je zelf jezelf. Ook als je om raad vraagt, want je kiest je eigen raadgevers. Hier raken we aan de existentiële filosofie van Sartre en De Beauvoir (en Camus vulde ik voor me uit mompelend aan, terwijl ik me ergerde aan het feit dat De Haan de authentieke termen van deze Franse filosofen in het Engels citeerde).

De derde en charmantste oplossing is dat authenticiteit ontstaat in het gesprek met de ander. Juist in de interactionele relatie ontdek je wat eigen is en wat vreemd. De vraag naar persoonlijke authenticiteit komt vooral op in tijden van crises. Trekken we ons dan in onszelf terug of gaan we met de ander in gesprek? De kunst is om de balans te vinden tussen zelfexpressie en je laten raken. Te veel aanpassing geeft maskering en implosie van het zelf. Bij te veel zelfexpressie blijf je in je eigen bubbel zitten en laat je het momentum om gevoed te worden voorbijgaan, met eenzaamheid als gevolg. Zoek dus de balans.

Authenticiteit is volgens De Haan niet statisch maar dynamisch. Grenzen maken we door 'ze te doen'. Met vragen als: welke ingesleten patronen horen bij mijzelf en welke niet, is groeps(psycho)therapie bij uitstek geschikt om de voorwaarden tot groei van een gezonde persoonlijke authenticiteit te onderzoeken. Voor de ggz-praktijk is misschien wel de meest relevante vraag hoe verwoestend ernstige psychische stoornissen, bijvoorbeeld (de gevolgen van) verslaving zijn voor iemands authenticiteit. Welke keuzevrijheid heeft de getroffen patiënt dan nog?

Met een verwijzing naar hedendaagse kwesties als genderidentiteit en het voorbeeld van de Ubuntu-cultuur uit zuidelijk Afrika benadrukte De Haan in de korte discussie nog eens dat authenticiteit niet een vrije creatie van het individu is, maar altijd plaats vindt in een historische/sociale context. Werkelijk, authenticiteit is het werken waard!

### **Woede en verlangen**

In de lezing *Frustrerende grenzen. Grenzen durven stellen aan de therapie* van Mariëlle Hendriksen, psycho-analytisch therapeut en groepspsychotherapeut, raasden de leermeesters van ons vak Freud, Lacan, Klein, Kernberg en Berkhouwer in een steeds in kracht toenemende stroomversnelling aan ons voorbij. Hoewel mijn schrijvende hand dit tempo niet bijhield, raakte ik steeds enthousiaster. Wat een mooi vak toch en wat een gedegen theorieën van onze eerbiedwaardige voorgangers, stevige grond om op te staan.

Het ging allemaal over grenzen en kaders begreep ik, aan de grenzen gebeurt het,

daar is de therapeutische winst te behalen. Als we Jan een beloning geven wanneer hij weer eens net iets te laat arriveert in de therapiesessie wordt hij beloond voor zijn storende gedrag. Daarom houden we ons in de groep standvastig maar niet rigide vast aan de basisregels over de flesjes water, over het verstolen kijken naar appjes en Jans te laat komen. Daarom houden we vast aan de behandelfocus, contracten over de duur van de therapiesessie en de afgesproken termijn. Juist aan de grenzen kunnen we het verlangen, de agressie, de jaloezie, de teleurstelling over wat we zo graag wilden en willen, onderzoeken. Daarom zijn de grenzen voor therapeut en patiënt zo fijn en frustrerend tegelijkertijd. Hoe therapeuten en patiënten omgaan met grenzen en kaders in de groep is een significante voorspeller van een succesvolle therapie.

Hendriksen leidde haar lezing krachtig in met een praktijkvoorbeeld waar de dynamiek van woede en verlangen zich in alle heftigheid afspeelde. De setting is een klinische opname binnen een gedwongen kader. De sessie is een (wekelijkse) low-profile patiënt/stafmeeting die begrensd wordt door een strikte afspraak over de duur van de sessie. Twee groepsleden waren getuige geweest van een poging tot zelfmoord van een medepatiënt. De groep is stil en chagrijnig. De therapeut vraagt wie de zelfmoordpoging hebben gezien. Een deel van de groep haakt af, een patiënt valt in een dissociatieve slaap en een ander deel stort zich gulzig en agressief op de verpleging: die had hen moeten beschermen. De therapeut vraagt de verpleging om hun beleving en iemand stelt de vraag hoe het is met de suïcidale patiënt. Exact op tijd eindigt de sessie.

De scène deed me denken aan het filmpje van de kleinzoon van Marc Daemen en zijn (groot)ouders die de grenzen van de oerdriften Eros versus Thanatos, libido versus destructiviteit verkennen en die elkaar daarmee helpen naar authenticiteit binnen de grenzen van sociale kaders. De frustratie van de peuter die niet krijgt wat hij wil, in deze casus vertegenwoordigd door de patiënten die met rust gelaten willen

*Tijdens de pauzes  
probeerde ik zo authentiek  
mogelijk in de massa  
rond te lopen*

worden en van de ouders/therapeuten verlangen dat ze hen onvoorwaardelijk faciliteren in de bevrediging van hun behoeften. Grenzen en kaders serieus nemen vraagt ook dat wij als therapeuten de therapeutische relatie met een patiënt op de afgesproken tijd of bij een inefficiënte behandeling stoppen in plaats van die te verlengen. Dat kan bijvoorbeeld wanneer gestolde, stinkende haat de psyche van de patiënt bezet heeft in tegenstelling tot vruchtbare vitale woede die ruimte geeft. Zoals bij de patiënte die niet in staat bleek om iets liefs, iets wat goed voor haar was te ontvangen.

Affectexpressie is het gouden materiaal, maar hoe gaan wij daar als therapeuten mee om? Waar voel je als therapeutenkoppel affiniteit voor; ben je een therapeut van cohesie of van 'de beuk erin'? Neem je als co-therapeut de rol op je van 'verkenner' of anderszins? Neem de tijd om met je mede-therapeut te onderzoeken hoe je daar in staat.

### **Eerste keer**

Op het toneel stond vervolgens Mansour Bakhtiar, Nederlander van Iraanse afkomst, een man die vele grenzen is overgegaan. Achter hem de projectie van zijn majestueuze schilderij *The Umbilical Cord* (De navelstreng, 6x2 meter). Vandaag had hij opnieuw de moed opgebracht om een grens te passeren, met meer dan tweehonderd hem onbekende mensen die naar hem staarden terwijl hij zijn lezing gaf. 'Het was voor het eerst dat ik zoiets deed, ik stond helemaal te trillen', bekende hij me. In vergelijking met de wachtrij voor de marechaussee op die zesentwintigste november met een vals paspoort in zijn hand (zie kader) een peulenschil, leek me in mijn gerivaliseerde positie van de westerling die de oorlog niet aan den lijve heeft meegemaakt. Bakhtiar, een man van interculturele moed, wijst ons de weg naar authenticiteit door zijn overschrijden van politieke en culturele grenzen.

### **Tussen maskering en elitaire bubbel**

Met de lessen van Sanneke de Haan nog in mijn achterhoofd probeerde ik tijdens de pauzes van het congres zo authentiek mogelijk in de massa rond te lopen. Soms sloeg de vertwijfeling toe en voelde ik me eenzaam, totaal niet authentiek. Op zoek naar 'relationele authenticiteit' sloot ik me krampachtig aan bij een groepje waarin ik een bekende ontwaarde. Het leidde bij mij tot een ongelukkige maskering van het Zelf. Mijn gevoel van authenticiteit bloeide pas op toen ik het initiatief nam om met een onbekende collega een inhoudelijk gesprek aan te gaan over een van de workshops. Het toppunt van authenticiteit bereikte ik

*Schiphol, 26 november 1985.*

*Ik sta in de rij bij de paspoortcontrole op de luchthaven van Amsterdam. In mijn hand heb ik een vals paspoort.*

*Ik voel een spanning die waarschijnlijk alleen een vluchteling echt kent.*

*Terwijl ik daar sta, denk ik:*

*dit paspoort is niet alleen een identiteitsbewijs. Het is ook een grens.*

*Een grens tussen mijn werkelijkheid en mijn waarheid.*

*Een grens tussen mij en de vrouw die in het glazen hokje zit en mij bekijkt.*

*Dat was geen illusie.*

*Tot dat moment dacht ik altijd dat een grens een hoge muur was. Zoals de muur tussen Mexico en de Verenigde Staten.*

*Of tussen Palestina en Israël.*

*Of de Berlijnse Muur.*

*Maar daar in Schiphol, zag ik geen muur.*

*Misschien omdat ik op dat moment eigenlijk niet was wie ik werkelijk was.*

*Ik weet het niet.*

*En eerlijk gezegd: ik weet het nog steeds niet.*

*Dat was een illusie.*

*Hoe dan ook – ondanks alle controles – kon ik een grens passeren die eigenlijk maar één stap groot was.*

*Even later zat ik in de trein naar Rijswijk. Ik keek opnieuw naar mijn valse paspoort.*

*De foto was van mij,*

*maar het stelde iemand anders voor.*

*Zelfs mijn lengte was drie centimeter groter.*

*Ik dacht: hoe belangrijk dit kleine boekje voor mij was.*

*Ik legde het heel voorzichtig in mijn tas, bang dat ik het zou verliezen.*

*Ja,*

*Voor een vogel kun je geen grenzen bepalen.*

*Maar je kunt wel een kooi bouwen.*

*Sinds die dag zijn er vele jaren voorbijgegaan. En ik ben door veel grenzen gegaan.*

*Later heb ik deze grenzen verzameld in twee boeken, rond één vraag: Waar is de grens?*

*Het eerste boek is een verzameling van mijn schilderijen. Het laat mijn werk zien over meerdere decennia.*

*Het begint met mijn eerste tekening – een vos die ik maakte toen ik tien jaar oud was. En het eindigt met een groot schilderij dat ik God vermoord toen ik drieënzestig was.*

*De afstand tussen die twee werken is niet alleen tijd. Het is ook het oversteken van grenzen.*

*Grenzen van artistieke moed.*

*Culturele en politieke grenzen.*

*En ook onzichtbare grenzen die ons verbinden met onze oorsprong.*

*Langzaam werd het doorbreken van deze grenzen een proces van dichterbij komen.*

*Zelfs de ervaring van ballingschap werd in dat proces iets anders:*

*niet alleen een breuk,*

*maar ook een nieuwe manier om mijn relatie met mijn wortels te begrijpen.*

*Mijn tweede boek is een roman, geschreven toen ik achtenzestig was.*

*Daar gaat het niet meer over grenzen in de buitenwereld, maar over grenzen binnenin ons.*

*Over de grens tussen mezelf en een andere versie van mezelf. Tussen wat geleefd is en wat verborgen is gebleven.*

*Een zoektocht naar iets dat misschien verloren lijkt,*

*maar misschien maar een paar stappen van de spiegel verwijderd is.*

*Misschien is dat wat een grens uiteindelijk is:*

*het begin van een nieuwe manier om jezelf te begrijpen.*

**Mansour Bakhtiar**

toen ik met drie andere collega's uit het Betuwse dorpje Heteren memoreerde hoe vruchtbaar de Betuwse klei voor de NVGP is geweest. Gevieren vertegenwoordigden we een ex-voorzitter van de NVGP, een ex-lid van de redactie van *Groepen*, een ex-bestuurslid, workshopgevers op congressen en auteurs van vakliteratuur. Of vergisten we ons en waren we juist de vertegenwoordigers van een elitaire bubbel waar Sanneke de Haan ons zojuist voor gewaarschuwd had?

### **Kijken in stilte**

De veertien deelnemers aan de workshop *Kunst als gespreksstarter* door Marie Christine Meijer en Salvatore Vitale, staarden in zaal Tourmalijn naar de gesloten gordijnen. We wisten dat daarachter een schilderij van Mansour Bakhtiar stond opgesteld. Vóór de onthulling sprak Meijer de spelregels van de VST (Visual Thinking Strategies) met ons af. 'Kijk zo direct in stilte naar het kunstwerk. Daarna zal ik een drietal vragen stellen. Het is de bedoeling dat ieder die dat wil, ononderbroken iets mag zeggen over wat je gezien hebt. Dus zonder groepsdiscussie.' Heel ongebruikelijk voor specialisten in groepsdynamica, contra-groepsdynamisch zelfs. De gordijnen schoven open en wel vijftien minuten lang tuurden we in stilte naar het schilderij. 'Wat zie je?' vroeg ze. 'En wat zie je nog meer?' Met elkaar gingen we van de stilte en we gebruikten die om ons te concentreren en om onze waarnemingen te verfijnen. Uit de beurtelings antwoorden bleek hoe we als groep steeds meer details en steeds meer gebeurtenissen in het schilderij konden zien. Een vrije associatie en vrije discussie zou dat ongetwijfeld onmogelijk

hebben gemaakt. Enkele groepsleden zouden dan de leiding hebben genomen – noem ze 'deskundigen' – en met hun commentaar de discussie in een richting hebben gestuurd, anderen zouden hebben gevolgd of gezwegen. Onder leiding van Vitale werd dit soort groepsdynamische kwesties in de groep als geheel besproken. We waren het ermee eens dat we door de vraagstelling van Meijer veiligheid, verbondenheid en plezier met elkaar hadden ervaren en dat we daardoor meer psychische ruimte hadden ervaren om zienswijzen van anderen in ons op te nemen en te waarderen.

Na de workshop ontvingen de workshopgevers positieve reacties van de deelnemers. Bakhtiar zette uiteen wat hij met het schilderij had willen zeggen. In een kleine schriftelijke enquête van hemzelf sprong eruit dat de veertien deelnemers dertien verschillende woorden hadden gebruikt en in affectie aan elkaar verwante woorden als eenzaamheid, storm, ontheemding, isolatie, fragmentatie, inperking, bevreemding en geheim noemden. Het woord 'eenzaamheid' werd twee keer gebruikt. Een rijk schilderij noemde een van de groepsleden het. De VST-methode lijkt me een mooie, onorthodoxe methode om in de groepstherapie met enige regelmaat te gebruiken om ons eraan te herinneren dat de groep als geheel wijzer is dan de enkeling en hoe verrijkend het kan zijn om ongestoord je eigen zienswijze te uiten in de groep.

### **Technische neutraliteit**

De belangstelling voor de workshop *Begrenzing in de TFP: contractsetting en strategische neutraliteit* van Mirjam van Veen en Maaïke Steeman was opvallend groot. In de Trans-

ference Focused Therapy houden de therapeuten zich aan de absolute regel van technische neutraliteit. De groepsleden beginnen de sessie met vrije associaties. De therapeuten, opgeleid door de nu achtennegentigjarige Otto Kernberg, clarificeren op neutrale wijze, zonder 'memory of design', wat ze op elk moment in de groep waarnemen aan dominante thema's en affecten. Ze gaan niet in op individuele groepsleden. De groepsdynamiek wordt in deze fase gekenmerkt door Bions *basic assumptions*. Het is belangrijk om nu vooral niet mee te gaan in *splitting*. Op groepsniveau krijg je dan een toename van overdracht-tegenoverdracht-mechanismen en van primitieve gevoelens van regressie, agressie en verlangen. Bij een goed functionerende groep komt daarna de voor groepsleden en therapeuten zo zoete wederkerigheidsfase van de 'werkende groep' in zicht.

Dit type groepspsychotherapie kan alleen maar werken als de therapeuten met elkaar en met de groepsleden een strikt contract hebben afgesproken over de werkwijze. Zo wordt alles wat binnen, maar ook buiten de groep gebeurt met elkaar besproken. Agressie heeft altijd de prioriteit. Er is geen plaats voor grove agressie, binnen noch buiten de groep.

Om de methode te verduidelijken legden de workshopgevers na de theoretische uiteenzetting een bestaande casus uit hun praktijk aan ons voor. De deelnemers vormden hiertoe subgroepen, met daarna een discussie in de grote groep. De oplossing van problemen binnen de casusgroep had bestaan uit weglopen, de ander als volledig slecht zien, boosheid op zichzelf richten, bondjes vormen en elkaar 'breken'.

Met een collega was ik het er na de work-

shop over eens dat didactiek en psychotherapie verschillende dingen zijn. Het was beter geweest om met de casus te beginnen, vonden we.

### **Juridische aspecten**

Hulpverleners in de ggz vrezen klachtenprocedures, tuchtrecht, geschillencommissies en aanverwante juridische zaken, hoewel die bedoeld zijn om de kwaliteit van de behandeling te bewaken. Anna de Nijs, gezondheidsrechtadvocaat, gaf in kraakheldere taal een uiteenzetting over een keur van de juridische aspecten van ons werk. Omdat duidelijk taalgebruik en precieze formulering als het gaat over juridische zaken zo nauw luisteren, verwijs ik liever naar de tekst van haar lezing die op een later moment in *Groepen* zal worden gepubliceerd dan hier een samenvatting te geven. Wel

*Als je op het matje  
wordt geroepen,  
kan dat behoorlijk  
onder je huid kruipen*

noteer ik hier de les die zij aan het eind van haar lezing gaf: 'Signaleer op tijd dat er een probleem is; leg het vast; zoek oplossingen, bijvoorbeeld door een goed gesprek of bemiddeling; bevestig wat besproken werd. Werk mee aan alternatieven en laat problematiek niet lopen.' De Nijs wees erop dat partijen aan de juridische kant van de ggz ervan bewust zijn dat werken in de ggz mensenwerk is: 'Je hoeft geen 10 te scoren, maar wel een voldoende.' Toepassing van

de regelgeving is ook geen machine. Een tuchtrechter zal in zijn oordeel bijvoorbeeld de aard van de stoornis (ziekte) van een klager meenemen. Als je op het matje wordt geroepen, kan dat behoorlijk onder je huid kruipen, zeker als het om het tuchtrecht gaat. Doe het niet alleen, is het advies van De Nijs.

De aangeklaagde kan slapeloze nachten krijgen van een juridische procedure, de jurist kan ervan smullen. Zoals het geval was in de casus van 'De Boekbespreking', een tuchtrechtzaak. Een cliënte die al jarenlang in therapie is vraagt aan haar therapeut: 'Wil je een voorwoord schrijven voor mijn boek dat ik ga uitgeven?' Hij vindt die vraag niet fijn, zij vindt zijn houding 'intimiderend'. De therapeut bespreekt de casus in zijn supervisie en geeft uiteindelijk per email een afwijzend antwoord. Hij geeft te kennen dat hij de behandeling gaat stoppen en dat hij de cliënte doorverwijst. De conclusie van de tuchtrechter is dat de klacht ongegrond is, maar dat de afhandeling per email niet correct was. Een persoonlijk

gesprek van de therapeut met zijn cliënte was hier op zijn plaats geweest.

### **De binnenkant van de grens**

Zoals je van groepspsychotherapeuten mocht verwachten, eindigde het congres volgens afspraak precies op tijd. De huisarts met wie ik in het begin van het congres had gesproken was al vertrokken. Jammer. Ik had hem willen zeggen dat ik genoten had van 'het gezelligste congres in de ggz' en dat ik uitkijk naar het jubileumcongres op 1 en 2 april 2027 in Landgoed Zonheuvel in Doorn volgende jaar, met de hoop dat het opnieuw zal gaan over enthousiasme en groei. En dat we ons daarna mogelijk weer gaan concentreren op de binnenkant van onze grenzen, die van onze authenticiteit, kaders, protocollen, *evidence based*, statistieken, precisering van de theorie, de discussie over hoe 'groepspsychotherapie' en 'groepstherapie' zich tot elkaar verhouden en wanneer therapie-in-een-groep geen groepstherapie meer is en zelfs geen therapie. ■

**Frits van Hest** ([vanhest@hetnet.nl](mailto:vanhest@hetnet.nl)) is niet meer praktiserend klinisch psycholoog-psychotherapeut.

#### **Refereren aan:**

.....  
Hest, F. van (2026). Grensgevallen. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, (21)2, p. 59-67.  
.....





# Topsport

Een verslag van de workshop van Ad Gerritsen en Tim Symons over MBT en groepspsychotherapie voor cliënten met een narcistische persoonlijkheidsstoornis.

Door Leo Zoutewelle

De workshop start met een theoretische inleiding van de workshopleiders – Ad Gerritsen is psychiater en psychotherapeut bij onder meer De Viersprong en Tim Symons is klinisch psycholoog en (psychoanalytisch) psychotherapeut. Er wordt afgetrapt met de vaststelling dat het leiden van een groep met narcistische pathologie gelijk staat aan het bedrijven van topsport. Het wordt inderdaad duidelijk dat training en ervaring er veel toe doen. En wellicht ook een beetje talent. We zullen zien waarom.

Narcisme wordt volgens hen gekenmerkt door een zeer grote verscheidenheid. De subtypes variëren van grandioos tot kwetsbaar in hun verschijningsvorm. De workshopleiders hebben het niet zo gezegd, maar ik veronderstel dat het wellicht een continuüm behelst, waarop men qua constitutie een positie inneemt. Deze variatie wordt echter ook bij dezelfde persoon door wisselende contexten in de verschillende uitingsvormen zichtbaar. Men denkt binnen hun behandelsetting vanuit de structuurdiagnostiek zoals we die kennen van Kernberg (de psychotische, borderline en neurotische persoonlijkheidsorganisaties).

Verschiedende hechtingsstijlen worden onderscheiden: vanuit angst voor kwetsing wordt afstand gehouden van de ander en vanuit een behoefte aan bewondering wordt nabijheid benodigd.

Een hoge mate van comorbiditeit maakt het allemaal complexer, waarbij vooral ook de combinatie van de borderline persoonlijkheidsstoornis met de kwetsbare vorm van narcisme wordt gezien. Er wordt nadrukkelijk gewaarschuwd voor ernstige suïcidepogingen en geslaagde suïcides.

De kern van het pathologisch narcisme betreft de moeite met het reguleren van het zelfbeeld en de eigenwaarde en men ervaart daardoor moeilijkheden in interpersoonlijke relaties. Men heeft vaak rigide en hoge verwachtingen van zichzelf en anderen. Om aan die verwachtingen te voldoen worden externe en interne zelfbeeldversterkende strategieën gehanteerd. Falen deze strategieën, dan ontstaan er opnieuw breuken in dat zelfbeeld en de eigenwaarde, en vervolgens ontstaan er weer interpersoonlijke problemen en de behoefte aan diezelfde (tekortschietende) strategieën neemt weer toe. Ziedaar een zichzelf in stand houdend patroon.

### *Het hanteren van de stevige vormen van tegenoverdracht vraagt veel van de therapeuten*

Een belangrijk onderdeel van de behandeling betreft derhalve het aanbrenge van nuances in de al te hoge verwachtingen die men heeft van zichzelf en de ander.

Indrukwekkend vonden we in de zaal de hoge drop-out van zestig procent, die echter, gelet op bovenstaand patroon, ook weer niet helemaal verbaast.

Het topsportgehalte wordt mede bepaald door de stevige vormen van tegenover-

dracht. Het hanteren van tegenoverdracht en de specifieke benodigde afstemming vraagt veel van de therapeuten. Ook zij zijn onderhevig aan de hoge verwachtingen die de groepsleden met zich meedragen.

### **MBT**

Vanuit MBT-kader wordt een aantal bekende specifieke probleemgebieden genoemd, zoals de alsof-modus, de psychische-equivalentiemodus en de teleologische modus. Een aantal specifieke interventies worden dan gesuggereerd, onder andere *painting the picture*: eerst scherp het probleem in kaart brengen, het proberen te bewegen van een algemene en abstracte impressie naar specifieke gevoelens. Ziedaar het trainen van het mentaliseren.

Het behandelprogramma zoals dat bij hun setting wordt gehanteerd, lichten de workshopleiders toe: eerst een intake en een eventuele wachtlijst. Vervolgens een voortraject van tien weken voor een MBT-introductie met onder meer een individueel psychotherapeutisch en sociotherapeutisch contact. Daarna volgt het hoofdtraject met een wekelijkse groepspsychotherapie, een wekelijkse individuele psychotherapie, een systeemtherapie of psychologisch onderzoek op indicatie. Hierna volgt het na-traject met afnemend frequent de individuele therapie en op indicatie opnieuw het PO of systeeminterventies.

De groepszittingen zelf kenmerken zich door een vaste structuur, namelijk:

- agenda met mededelingen;
- korte samenvatting van de vorige keer door een van de therapeuten;
- een rondje waarin elk groepslid aan bod komt waarin verteld wordt hoe men zich voelt, of er inbreng is, en aan eind van het

rondje een gezamenlijke beslissing welke twee mensen vandaag aan de beurt komen;

- twee groepsleden staan centraal met inbreng volgens vast model;
- terugblik op de sessie en de vraag hoe men zich nu voelt;
- de therapeuten sluiten af met een samenvatting en afsluitende opmerkingen of ideeën om mee te nemen.

Het genoemde vaste model zoals gehanteerd bij de inbreng lijkt enigszins op de Balint-methode bij intervisie:

Stap 1: de inbrenger schetst de situatie en verheldert de vraag.

Stap 2: verheldering van de situatie door de groep en de therapeuten. Letten op scherpe focus op het probleem en alert zijn dat er geen eigen invulling gegeven wordt.

Stap 3: groepsleden en therapeuten geven hun eigen indruk van de mentale toestand van de inbrenger op dat moment: hoe denk je dat de inbrenger zich voelt?

Stap 4: de inbrenger mag reageren op de groepsleden.

Stap 5: de inbrenger geeft aan wat hij/zij eraan heeft gehad.

De groepstherapeuten hebben vooral de rol om als 'gastheer' van de groep te fungeren,

met oog voor veiligheid, een nieuwsgierige houding, bevordering van het mentaliseren, stimulatie van de interactie, focus op interpersoonlijke patronen tussen groepsleden, bewaking van het spanningsniveau en nadrukkelijk geen adviezen geven!

### **Afkijken**

We besluiten de workshop door inderdaad aan het werk te gaan middels een rollenspel. Er wordt een groep samengesteld en de workshopsleiders nemen zelf de rol van de groepstherapeut in. Een heel werkzame opzet, mijns inziens, waarbij het zelf oefenen dus meer zit in het deelnemen als groepslid en het observeren. Het voorkomt op die manier het toch vaak wat zenuwachtige proberen in de rol van therapeut, waarbij er nu van de deskundigen mooi afgekeken kon worden.

Een echte werkwinkel dus, waarbij theorie en praktijk leerzaam aan elkaar wordt verbonden. We leerden dat het hanteren van grenzen een groepstherapeutische noodzaak is en tevens een belangrijke factor in het veranderingsproces van mensen waarbij de interpersoonlijke grenzen en de grenzen aan de verwachtingen vaak wat opgerekt zijn. En dat met dank aan de topsporters! ■

### *Refereren aan:*

.....  
Zoutewelle, L. (2026). Topsport. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, (21)2, p. 69-71.  
.....





# Leren dragen wat blijft

Een verslag van de workshop  
De Veerkrachtgroep van Femke  
Keldermans en Corine van der  
Veer.

Door Linda de Groot

Femke Keldermans en Corine van der Veer openden hun workshop over De Veerkrachtgroep zoals ze de groepsbijeenkomsten ook beginnen: met een ervaringsgerichte oefening. In een korte landen-in-het-hier-en-nu-oefening werden we uitgenodigd om op te merken wat er innerlijk speelt, zonder dat te hoeven veranderen. Zo halverwege het congres bleek dit een aangename oefening. De Veerkrachtgroep is een gestructureerde, gesloten groep (vijftien sessies) bedoeld voor mensen met forse en/of persisterende problematiek met diverse achtergrond. Het centrale doel van de groep is dat deelnemers hun psychologische flexibiliteit vergroten. Van deelnemers wordt voldoende reflectief vermogen en motivatie om te oefenen gevraagd.

De inzet van de groep is expliciet niet curatief: de groep geeft 'geen genezing als belofte, maar leren dragen wat blijft'. Elke sessie kent een vaste opbouw met: 1) psycho-educatie; 2) concrete oefeningen voor in de groep en voor thuis; 3) ruimte voor onderlinge uitwisseling over de thema's en de oefeningen. De groep draait dus niet alleen om het aanleren van vaardigheden, maar ook om het vinden van steun, herkenning en verbondenheid door stil te staan bij existentiële thema's zoals ziekte, verlies, vergankelijkheid en de vraag hoe je het leven draagt.

Methodisch is de groep geworteld in drie stromingen: Acceptance and Commitment Therapy, Compassion Focused Therapy en Mindfulness.

### **Focus verschuiven**

De workshopgevers benadrukken dat deze groep van deelnemers een 'shift' in visie vraagt: de focus verschuift van symptoomreductie naar het ontwikkelen van een andere relatie met de mentale pijn. Onderliggend hieraan is het idee: Lijden = Verzet x Pijn. Door het verzet op te geven, komt er ruimte voor psychologische flexibiliteit.

Binnen de groep wordt gewerkt aan verschillende vaardigheden om deze flexibiliteit te vergroten, zoals cognitieve defusie (gedachten leren zien als mentale gebeurtenissen in plaats van waarheden), hier-en-nu bewustzijn, waardenverheldering en toegewijd handelen, vergroten van compassie voor zichzelf en de ander. Metaforen spelen hierin een belangrijke rol. Zo wordt de innerlijke criticus geïntroduceerd als een passagier in de bus, die probeert de route te bepalen. Deelnemers leren deze stem te herkennen en zich er anders toe te verhouden: niet door de criticus uit de bus te zetten, maar door de criticus een plek achter in de bus te geven en zelf koers te blijven houden.

Van groepstherapeuten vraagt het geven van deze groep het vermogen om aanwezig te blijven bij het lijden, zonder het op te lossen of terug te trekken. Door te vertragen, te verdragen en richting te helpen geven, ontstaat er ruimte voor betekenisvol werk op de grens van wat behandelbaar is en acceptatie van lijden.

Ik zie dit aanbod als een waardevolle aanvulling op het bestaande veranderingsgerichte aanbod. Door hoop niet te koppelen aan de verwachting dat klachten afnemen, maar aan het (her)vinden van veerkracht om met klachten om te gaan, kunnen we mensen die zich soms hopeloos verloren voelen toch een betekenisvol perspectief bieden. ■

### *Refereren aan:*

.....  
Groot, L. de (2026). Leren dragen wat blijft. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, (21)2, p. 73-74.  
.....







# Oefenen met *siding*

Bewaak de grenzen! Hoe creëer je een veilige en therapeutisch werkzame groep? Een verslag van de workshop van Ingrid Krijnen en Niels Tinga.

Door Leo Zoutewelle

'Ho, wacht, als je zo nadrukkelijk zou zuchten terwijl ik dit verhaal vertel, zou ik me denk ik erg onzeker gaan voelen en bang zijn dat mijn verhaal erg saai is en misschien wel niet de moeite waard is. Misschien was dit niet je bedoeling, maar ik ben wel erg benieuwd waar dit dan mee te maken heeft'.

Feitelijk is dit een heel praktisch en handzame weergave van de workshop door Niels Tinga, psychiater en specialistisch groeps-therapeut, en Ingrid Krijnen, psychotherapeut bij GGZ inGeest.

De naam van degene op wie zo wordt gereageerd in de groep wordt nadrukkelijk niet genoemd. De agressie wordt daarmee naar de therapeut gehaald, die aanvankelijk niet het voorwerp van de agressie was. Deze blijft nieuwsgierig informeren naar de beweegredenen, geeft zo een duidelijke grens aan, bevordert de groepscohesie en zorgt voor veiligheid. En in deze holding-context wordt ook nog eens gekeken of een dergelijk inadequaat patroon een achtergrond heeft die de moeite waard is om bewust van te worden, te onderzoeken en zo mogelijk aan te passen.

We hebben het hier over de groepstherapeutische techniek uit de MBT: *siding*. Een heldere uitleg hierover is al eens eerder gegeven (NVGP-congres 2022). In het licht van

ons congresstema zeker de moeite waard, erg praktisch en vrijwel in elke groep te gebruiken.

Cohesie, die onder meer door siding wordt bewaakt en bevordert, wordt als dé werkzame therapeutische factor gezien. Het neerzetten en vasthouden van de structuur, het bevorderen van de interactie en het bevorderen van een veilig en therapeutisch klimaat vormen daarin de elementen.

### **Speeddaten**

We worden gevraagd in tweetallen onze eigen normen ten aanzien van grenzen in de groep te bespreken in een speeddate-achtige setting: heel kort, zo mogelijk met een onbekende, en tegelijk even vanuit je leerge-

## *De persoonlijke ontboezeming is tevens mijn kleine kritiekpunt*

schiedenis uit te leggen waarom dit je norm is geworden en hoe je dit aan je lijf voelt. De workshopleiders geven zelf het voorbeeld door een persoonlijke ontboezeming. Dat is tevens, naast mijn complimenten voor de handzame en praktische handvatten die de workshop kenmerkt, mijn kleine kritiekpunt. Ik merk dat het op andere congressen ook gewoner gaat worden om vanuit de eigen biografie de persoonlijke ingewikkelde elementen publiekelijk te bespreken. Ik twijfel nog of dit nu wel of niet grenzen verlegt. Maar dat terzijde.

Een belangrijk concept, onderliggend aan de siding-techniek, is het epistemisch wantrou-

wen. Dit concept uit de MBT beschrijft een fundamenteel probleem met het aannemen van informatie van anderen. Ik citeer letterlijk (want heel begrijpelijk omschreven) de workshopleiders: 'Dit wantrouwen ontstaat vaak niet zomaar; het is geworteld in trauma of onbetrouwbare ervaringen uit het verleden. Wanneer de mensen die je moesten beschermen onvoorspelbaar waren, leer je dat sociale informatie onveilig is. In de groep kan je dat terugzien door een rigide weigering van nieuwe kennis, wat zich uit als terugtrekken maar ook sabotage, cynisme of zelfs openlijke vijandigheid. En dit kan uiteindelijk ook leiden tot machteloosheid bij andere leden in de groep of zondebokvorming. Het is belangrijk om te begrijpen dat dit gedrag een functie heeft als een bescherming tegen een nieuwe teleurstelling of verraad. De 'luiken' zitten simpelweg dicht uit zelfbehoud. En dat is waar siding essentieel wordt. Als er iemand wordt aangevallen proberen we degene die aangevallen wordt te beschermen, maar ook degene die aanvalt te begrijpen. Door het onderliggende wantrouwen te valideren en te begrijpen waarom het er is, verlagen we de spanning. Pas als iemand zich echt begrepen voelt in zijn onveiligheid, kunnen die geblokkeerde leerkanalen weer langzaam open gaan staan.'

### **Lessen om mee te nemen**

In de oefening van een groepsetting wordt een aantal deelnemers de kans geboden om met siding te oefenen. Dat doen we nadat we een mooi voorbeeld hebben gezien in een educatieve filmopname over siding op Psyflix. Er blijken toch weer heel wat bekwame groepstherapeuten in de zaal te

zitten, en de workshopleiders begeleiden het spel met een prettige vorm van nabijheid. We krijgen nog wat lessen om mee naar huis te nemen:

- reageren op met name non-verbale signalen die grensoverschrijdend zijn naar aanleiding van de eigen lichaamssignalen (waarom voel ik dit?);

- niet de inbrenger bij de naam noemen bij de interventie;
- benieuwd zijn naar de motivatie van het grensoverschrijdende gedrag;
- met de hand (niet de belerende vinger!) stoppen van het gedrag.

We verlaten de workshop dan toch weer wat cohesiever dan toen we erin kwamen. ■

*Refereren aan:*

.....  
Zoutewelle, L. (2026). Oefenen met *siding*. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, (21)2, p. 77-79.  
.....





# Een *full circle* psychodrama

Een verslag van de workshop van Petra van Hulsen en Jan van Trier over de inbedding van therapeutische grenzen binnen de structuur van psychodrama.

Door Silvia Pol

Psychodrama werd begin twintigste eeuw in Wenen ontwikkeld door Jacob Levy Moreno, die ook wel gezien wordt als de grondlegger van groepstherapie (Gilhuis, 2014). Hij werd geïnspireerd door spelende kinderen die situaties uitbeelden uit hun leven, bijvoorbeeld door een boze onderwijzer na te doen en zodoende minder bang te worden van de houding van deze onderwijzer (Arendsen Hein, 2004). Dit bracht Moreno ertoe te experimenteren met improvisatietheater. Hij zag hoe spontaan rollenspel hielp bij het verwerken van emoties en het begrijpen van sociale relaties.

In deze interactieve workshop boden Petra van Hulsen en Jan van Trier, beiden docent psychodrama, een proeverij van technieken waarmee ruimte wordt geboden binnen veilige grenzen. Gebaseerd op het klassieke Griekse theater wordt er in het psychodrama gewerkt met een protagonist, de persoon die centraal staat, antagonist, de personen die rollen op zich nemen, en een koor dat wordt gevormd door het publiek. Het drama bestaat uit een warming-up, een actiefase en een afrondingsfase en wordt geleid door de *director*, de psychotherapeut die de leiding neemt. De co-therapeut heeft de functie van therapeutisch hulp-ego van de protagonist en wordt 'vaste dubbel' genoemd. In de workshop doorliepen we de stappen

van het psychodrama aan de hand van de inbreng van een deelnemer.

### **De drie fasen**

De warming-up maakt gebruik van spelvormen en heeft tot doel veiligheid te creëren, waardoor er ruimte is voor spontaniteit en het ontstaan van thema's. In de warming-up wordt een permissieve sfeer geboden waarin niets vreemd wordt gevonden. Bij de start

## *Het is bijzonder hoe makkelijk er een speelse sfeer ontstaat en tegelijk hoe spannend het kan worden*

werd 'Grumpy' voorgesteld, een wat boos kijkende knuffelfiguur, die duidelijk maakt dat je altijd 'nee' mag zeggen in reactie op een vraag of voorstel. We staan in een kring en krijgen de volgende instructie; doe je handen tegen elkaar en wijs naar je buur en zeg 'zip', of wijs naar een ander en zeg 'zap'. De beurt wordt zo op speelse wijze een paar ronden aan elkaar doorgegeven. Daarna mogen we ook een grens aangeven door met je handen af te weren en 'boink' te zeggen. In dit spel mag je uitreiken naar elkaar en verleiden, maar ook duelleren door je toon en houding aan te passen. Het is bijzonder hoe makkelijk er een speelse sfeer ontstaat en tegelijk hoe spannend het toch kan worden: doe ik mee of niet? Doe ik het goed of niet? Mag ik fouten maken of niet? Word ik verleid of niet? Word ik begrensd of niet? Voel ik me geraakt of niet? Voel ik me ge-

accepteerd of niet? Een atmosfeer creëren waarin ruimte is voor spontaniteit vraagt om het zorgvuldig aanbrengen van veilige grenzen.

Voor de actiefase vraagt de director wie een onderwerp uit het eigen leven wil uitdiepen. Daarna wordt uitgelegd dat de koorleden mogen dubbelen door de protagonist een zin aan te bieden die mogelijk kan helpen. De dubbel gaat schuin achter de protagonist staan en verwoordt wat die mogelijk voelt, denkt of eigenlijk zou willen zeggen (Arendsen Hein, 2004). Het is een vorm van steun, verdieping en bewustwording. Dubbelen doet een beroep op het mentaliseren van de deelnemers. Er is geen foute dubbel, een dubbel brengt alleen op ideeën. De dubbel gaat weer zitten. De protagonist kan nu wat klopt overnemen door het zelf in een passende zin uit te spreken.

De protagonist wordt uitgenodigd zichzelf te zijn en geen rol op zich te nemen. De director gaat in gesprek met de protagonist terwijl ze naast elkaar een rondje lopen door de ruimte. De vaste dubbel loopt daarachter. Al lopende wordt het contract gemaakt (waar gaan we ons op focussen?) waarbij de director in overleg met de protagonist en de vaste dubbel de scène kiest die zal worden uitgespeeld. Op uitnodiging van de director schrijft een koorlid het contract op in de woorden van de protagonist en vraagt of het zo klopt. De protagonist zet daarna de scène neer met behulp van kussens, stoelen of een symbolisch object. De director nodigt de protagonist uit om vanuit het koor mensen te vragen een rol in de scène op zich te nemen. Als de scène is ingericht gaat de protagonist achter elk van de spelers staan en zegt: 'Ik ben die en die en we zijn samen...'

De director gaat in gesprek met de protagonist over de verschillende rollen. De vaste dubbel en de koorleden die dubbelen, helpen te verhelderen wat er in de scène wordt ervaren. De director neemt de protagonist terzijde en vraagt hoe het is om zo naar de het beeld te kijken: 'Wat gebeurt er met je? Moet er nog meer over gezegd worden? Zie je de mensen om je heen, de spelers en het publiek?' Het is spannend om centraal te staan, en het is goed om daar even bij stil te staan en de aanmoedigende blik vanuit de anderen op te merken.

De director vraagt de protagonist nu om iemand uit te nodigen om de protagonist uit te beelden. Opnieuw wordt er samen naar de scène gekeken en vraagt de director: 'Hoe gaat het? Zijn er ook fragmenten van vroeger die je hier ziet? Heb je een idee over wat goed zou zijn dat er zou gebeuren, wat je zou kunnen helpen?' Dan vraagt de director aan degene die de protagonist speelt: 'Hoe is het op deze plek?' De protagonist mag deze speler nog anders neerzetten. Pas wanneer het klopt, is het beeld compleet. De director vraagt dan aan de protagonist: 'Wil je nu een nieuw beeld hebben voor hoe je zou willen dat het voor je is? Zet maar neer. Is dat goed zo?' Dan wordt nog even gekeken naar het contract. Wanneer het goed is, mag de protagonist zelf de plek in de uitgebeelde scène innemen. De director vraagt: 'Wat zou je willen zeggen?' Degene die de protagonist speelt neemt plaats in het nieuwe beeld en herhaalt diens zinnen in de scène.

Daarna begint het ontrollen. De director vraagt aan de spelers: 'Heb je in je rol nog een gevoel gehad dat je nog niet hebt kunnen delen?' Een speler kan zeggen: 'Ik ben niet langer ... maar ik ben weer mijzelf', en

schudt zich even los. Zo wordt bij alle spelers langsgedaan. De protagonist krijgt als laatste gelegenheid om wat te delen en kan daarna uitrusten en herstellen.

In de afrondingsfase mag het koor delen wat de scène in henzelf heeft geraakt. Het delen is uitdrukkelijk niet gericht aan de protagonist, maar aan de groep als geheel (Gilhuis, 2014). Dit versterkt gevoelens van herkenning en biedt normalisering en verbinding. Er is applaus voor de moed van de protagonist om een persoonlijke situatie in te brengen die raakt. Immers, het voelt kwetsbaar om gevoelens toe te laten terwijl je centraal staat te midden van een groep (deels) onbekende mensen.

### **Mooie kennismaking**

Duidelijk was dat alle deelnemers onder de indruk waren van de actiefase, die als doel heeft te verdiepen, door te werken, en catharsis of inzicht te bereiken. De afrondingsfase was helpend om de ervaringen te

## *De zorgvuldige afronding bracht de groep terug naar een veilige, gedeelde realiteit*

integreren door deze samen te delen, met als doel betekenis te geven, te verbinden en af te ronden. Op deze wijze wordt een *full circle* doorlopen waarin alles wat er is gebeurd – in actie, emotie en inzicht – bewust wordt geïntegreerd. Het gaat erom dat de ervaring niet 'open' blijft, maar kan worden afgerond en daarmee draaglijk wordt. We

konden in deze workshop merken hoe de zorgvuldige afronding van het uitgespeelde drama ervoor zorgde dat de ervaren intensiteit kon afnemen en de groep werd teruggebracht naar een veilige, gedeelde realiteit. De workshop bood een mooie kennismaking met psychodrama en tegelijk een opfrissing van eerder opgedane kennis en ervaring. Het vormde een uitnodiging om deelname aan de psychodramaopleiding te overwegen.

Deze bestaat uit een tweejarig theoretisch-technisch gedeelte gevolgd door een supervisiejaar. Meer informatie over de opleiding is te vinden op [www.psychodrama-opleiding.nl](http://www.psychodrama-opleiding.nl). ■

### *Refereren aan:*

.....  
Pol, S. (2026). Psychodrama en grenzen. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, (21)2, p. 81-84.  
.....

### *Literatuur*

.....  
Arendsen Hein, M. (2004). *Psychodrama en transactionele analyse*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Burger, C. (2014). De methode: ontwikkeling en kernbegrippen. In: G. Gilhuis, P. de Laat & F. van Hest [Red.], *Psychodrama in de praktijk. Therapie op de vloer* (p.15-39). Amsterdam: Hogrefe.

Gilhuis, G. (2014). Psychodrama in en door de groep. In: G. Gilhuis, P. de Laat & F. van Hest [Red.], *Psychodrama in de praktijk. Therapie op de vloer* (p.101-134). Amsterdam: Hogrefe.

Hellinger, B., Weber, G. & Beamont, H. (2015). *De verborgen dynamiek van familiebanden Met familieopstellingen oude patronen blootleggen en oplossen*. Haarlem: Altamira.  
.....





# Niets menselijks is ons vreemd

Een impressie van de Dag van de Psychotherapie van de NVP in de Amsterdamse Beurs van Berlage op 12 december 2025.

Door Leo Zoutewelle

Terugblikkend op een vanouds mooie Dag van de Psychotherapie, waarin we als vakgenoten, vaak alleen werkend in onze spreekkamers, van professionele gedachten kunnen wisselen, was de algemene impressie er een van mildheid en gemoedelijkheid. Een deel van de dag wordt gekenmerkt door het thema afscheid. De voorzitter van de vereniging, Kirsten Hauber, neemt afscheid en de nieuwe voorzitter, Volkan Yildirim, wordt geïntroduceerd. Tevens blijkt het de laatste keer te zijn dat deze dag wordt gehouden in de Beurs van Berlage. Gek genoeg toch ook even slikken. Wellicht vandaar de gemoedelijkheid? Kirsten Hauber is voorzitter sinds 2018 en krijgt naast dankwoorden en complimenten ook het erelidmaatschap. Zoals het hoort.

## Op zoek naar menselijkheid

Dagvoorzitter Annemieke Noteboom, klinisch psycholoog-psychotherapeut bij het NPI, leidt ons met enthousiaste intro's door het programma. Hiermee levert ook zij een bijdrage aan de milde sfeer. Ze wijst erop dat we ons, vanuit alle hoeken van het land, weer verbinden op deze dag.

We gaan op zoek, middels een variatie aan invalshoeken, naar de menselijkheid van de therapeut in de spreekkamer. We zoeken in eerste instantie hoe we toch nog verschillen van de robot. Dr. Frank Yeomans, van het Weill Medical College of Cornell, het Columbia

Psychoanalytic Center for Psychoanalytic Training and Research en The International Society for TFP, helpt ons daarbij. Hij bedient zich daarbij van het model van Kernberg, waarbij de bekende bijbehorende types persoonlijkheidsorganisaties het uitgangspunt vormen van een vooral psychodynamisch betoog. Altijd goed om deze weer eens opgediend te krijgen.

## *Therapeutisch finetunen doet een robot ons vast nog niet na*

Het splitsen van emotionele ervaringen, fragmentatie van het zelf, de objectrelatietheorie, het Zelf versus de ander, het passeert allemaal de revue. Mooi en opfrissend betoog, hoewel het dan toch even zoeken is naar het thema van de dag. Een lichte zucht van verlichting natuurlijk als we inzoomen op het therapeutische finetunen en dan ontdekken dat de robot dit ons vast niet nadoet: we hebben het toch nog een beetje onder controle. Maar het knagende gevoel van onrust bij dit thema wordt niet geheel weggenomen. Natuurlijk, het is fijn als mensen van naam en deskundigheid ons de weg wijzen. Het is fijn om door hen gerustgesteld te worden. Echter, de ontwikkelingen op het gebied van AI gaan zo onmenselijk snel... Waar we gisteren nog trots waren op specifieke menselijke therapeutische vaardigheden die ons deden verschillen van de AI, waar wij ons tevens als specialisten in de menselijke geest beschouwen, blijkt morgen alweer een deel van ons functioneren beter gedaan te kunnen worden door een robot.

Prof. dr. Arno van Dam, klinisch psycholoog en bijzonder hoogleraar antisociaal gedrag,

psychiatrie en maatschappij, laat ons zien hoe ook intern bij mensen de kernthema's van het menszijn kunnen verschillen. We denken dan aan ons sociale gedrag, gekenmerkt door een wederzijds altruïsme, daarvoor benodigd vertrouwen en in staat zijn tot wederkerigheid. Veel problematiek manifesteert zich dan ook binnen een sociale context, waarin juist ook in de behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis winst te behalen is. Ook bij hen is dus altijd menselijkheid te ontwaren en insteek voor behandeling.

### **Prijs**

Anna Bartak reikt met een mooi en complementeus betoog de Wim Trijsburgprijs uit aan Frans Schalkwijk. Zijn werk wordt gezien als een wegwijzer voor de psychotherapeut en de cliënt. Hij specialiseerde zich in een aantal basale concepten van ons menszijn, zoals geweten, schuld, schaamte en trauma. Hiermee krijgen ook morele aspecten van ons menszijn een plek in de spreekkamer. Schalkwijk moet zelf even wennen aan de prijs en de loftrumpet. Hij is echter al snel gewend lijkt het, want we krijgen in stijl een korte lezing over zijn onderzoeksthema's.

Er zijn diverse parallelsessies, waarbij ondergetekende aanschuift bij Frans Schalkwijk. In zijn workshop komen de thema's schaamte en schuld nog eens grondiger voorbij. Schuld blijkt meer te gaan over wat we doen en wellicht ook ongedaan kan worden gemaakt. Schaamte overvalt en tast het mentaliserend vermogen sneller aan. Het is dan eerst zaak de zelfwaardering weer in balans te krijgen. Later in de therapie mag dit evenwicht dan best weer eens worden verstoord.

We worden gevraagd in klein formaat onze schaamte en schuld in de therapiekamer te bespreken. Erna volgt dan kort een publiekelijk exposé door enkelen. Altijd ingewikkeld: is de gevoelde gêne daarbij een teken dat we zoiets juist meer zouden moeten doen? Of is deze gêne een goede indicatie dat schaamtevolle zaken wellicht terecht in kleinere kring thuishoren?

In elk geval stelt Schalkwijk tot slot dat de AI-therapeut de menselijke eigenschappen schaamte en schuld niet kent en dat daarvan de patiënt uiteindelijk de dupe is.

### **Panelgesprek**

Er is een panelgesprek georganiseerd met Arnout ter Haar, Jan Baars en Remke van Staveren onder leiding van Özcan Akyol om het menselijke in deze therapeuten voor het voetlicht te halen. Het gesprek start wat stroef, en eerlijk gezegd, opnieuw ervaar

## *Het blijft voelen als iets waarnemen terwijl dat eigenlijk niet de bedoeling was*

ik een zekere vervreemding bij het op het podium delen van de persoonlijke verhalen van mensen die we allemaal in elk geval al wel kennen vanuit hun meer publieke functie of hun rol in ons vakgebied. Waar nor-

maal gesproken dit soort verhalen gedijen binnen de intimiteit van de persoonlijke ontmoeting, en dan nog alleen als er een vertrouwensband is gegroeid dan wel wordt geïmiteerd in de spreekkamer, wordt hier een publieke context gecreëerd. Het blijft voelen als iets waarnemen terwijl dat eigenlijk niet de bedoeling was.

De dag wordt inhoudelijk afgesloten met een gesprek met Lize Spit, schrijfster. Zij betoogt dat het haar makkelijker afgaat om te schrijven over schaamtevolle zaken dan er rechtstreeks in een persoonlijk contact aan toe te komen. Vanuit haar vak is ze vanzelf erg talig aangelegd, waarbij ze in haar eigen therapie meer het stilvallen en het focussen op haar beleving middels het lijf heeft leren ontdekken. Taal is volgens haar een geschenk en tevens een vloek, zoals we dat vanzelf kennen: het helpt enerzijds de binnenwereld te verwoorden en anderzijds kan taal als afweer ook vervreemden van jezelf en de ander. Haar taligheid zorgt er in elk geval voor dat ze tijdens het oplossen van cryptogrammen kan verstillen. Een mooi advies!

Bij de afsluitende borrel wordt, in wat rommelige context, nog wat grondiger afscheid genomen van Kirsten Hauber. Voor de wat verdere buitenstaander moeilijk te volgen. Maar ach, niets menselijks is ook de vereniging vreemd, gelukkig. En om met van Schalkwijk te eindigen: 'We zijn niet perfect.' ■

### *Refereren aan:*

.....  
Zoutewelle, L. (2026). Niets menselijks is ons vreemd. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, (21)2, p. 87-89.  
.....

# 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](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.

