

Afscheid uit de kliniek: reparatie of nieuwe beschadiging?

Kansen en valkuilen voor het multidisciplinaire team.

Door **Cor de Haan**, sociaal psycholoog en klinisch psycholoog-psychotherapeut.

Dit artikel is een bewerking van de lezing 'Loslaten in verbinding' die de auteur hield bij het afscheidsymposium van Nelleke Holster van de psychotherapeutische kliniek De Wieke op 6 oktober 2015.

Inleiding

De samenwerking en onderlinge afstemming binnen het multidisciplinaire team is de cruciale factor bij het verloop van de behandeling van cliënten met ernstige persoonlijkheidsproblematiek: wordt het een positieve ontwikkeling of wordt het stagnatie? Of erger nog, een nieuwe traumatisering! Van der Linden (1984) waarschuwde al: 'Herhaling alleen geneest niet!' Dit artikel gaat over het ingewikkelde proces van hechten aan de behandeling, en over ont-hechten en afscheid nemen: over *holding* en *containment* (Winnicott, 1961) en hoe de behandelsetting vormgegeven kan worden. Hoe zijn de gedragsproblemen te interpreteren die onveilig gehechte cliënten nu binnen de behandelingssetting etaleren?

Ik sta eerst stil bij deze belangrijke rol van het team en van de setting en beschrijf vervolgens hoe dit natuurlijk ook weer speelt bij het afscheid nemen.

Doelgroep

Ik kwam recent een oud-cliënt tegen bij de supermarkt. Zij was ruim tien jaar geleden bij ons opgenomen in de kliniek, maar was een van de grootste 'lastpakjes': niets deugde, ze ging overal tegen tekeer, overtrad alle regels, verscheen vaak niet op therapie, enzovoort. Ze dreigde herhaaldelijk het zwarte schaap op de afdeling te worden en het team had de handen vol dit niet te laten gebeuren. Ten slotte vertrok ze – onaangekondigd – vlak voor haar afscheid uit de kliniek. En ik moet eerlijk zeggen: de eindconclusie van het team was niet erg hoopgevend.

Maar in de supermarkt kwam deze ex-cliënt direct naar mij toe. 'U bent toch Cor de Haan?' Ik antwoordde: 'Ja, zeker', en voor dat ik er erg in had hoorde ik mij zeggen: 'Hoe kijk je eigenlijk terug op de behandeling bij De Venne?'

Eigenlijk schrok ik van mijn eigen vraag, veel beelden van heftig gedoe op de afde-

ling kwamen weer boven en wat zou er nu wel weer allemaal komen... maar het tegendeel was waar: 'Ik ben zo blij dat ik bij De Venne ben geweest! Ik heb mijn leven daarvoor weer helemaal op de rails gekregen...' Een verrassende uitkomst! En dat zette mij opnieuw tot nadenken over wat nu eigenlijk de doorslaggevende factoren zijn in de behandeling voor onze complexe doelgroep van patiënten met persoonlijkheidsproblematiek.

Wat bij deze cliënt waarschijnlijk goed heeft gewerkt, is dat we haar niet weggestuurd hebben, dat we hebben voorkomen dat ze het zwarte schaap werd, en dat we haar wel begrensd hebben maar niet bestraft.

De doelgroep die ik in gedachten heb volgt (dag)klinisch psychotherapeutische behandeling binnen Scelta (voorheen De Venne). Het gaat om cliënten met complexe problematiek, dat wil zeggen persoonlijkheidsproblematiek in combinatie met dubbel-diagnoses en gedragsproblemen, zichtbaar wordend in de volgende symptomen:

- *angstig, depressief, opstandig, wanhopig, wantrouwend, gedemoraliseerd, uitgestoten, geïsoleerd, afhankelijk, vaak shoppend langs de hulpverlening;*
- *vaak is er sprake van trauma, PTSS, mishandeling, misbruik, een pestverleden, middelengebruik in de voorgeschiedenis;*
- *externalisatie van problemen; veelal zijn onze cliënten gestuurd door de familie, die er de meeste last van heeft;*
- *schaamte en schuldgevoelens;*
- *vaak hechtingsproblemen, onveilig gehecht,*

moeite met het aangaan en vasthouden van betekenisvolle relaties;

- *innerlijke leegte maar ook leegte in levensinvulling: geen werk, geen studie, geen relatie, of een destructieve relatie (mishandeling, exploitatie, loverboys).*

Het gaat dus om ernstige problematiek, die zich ook in de behandelsetting zal gaan manifesteren. Een heldere visie op die setting is dus van belang.

Setting

De setting verwijst naar de omgeving waarin iets gebeurt, de context waarbinnen de therapie plaatsvindt. Het is, heel basaal, de basis en dus een essentieel onderdeel van de therapie!

Wat is de bedoeling van de setting? Worden de cliënten opgenomen omdat eerdere behandelingen gefaald hebben (negatieve selectie) of omdat een klinische of dagklinische setting een beter passend aanbod is (positieve selectie)? En hoe moet dan precies dit aanbod er uitzien?

De setting voor de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek is – idealiter – complex samengesteld, weldoordacht, heeft een duidelijke visie, en stelt hoge eisen aan het behandelteam en het management. Zeer belangrijk daarbij is duidelijkheid omtrent de vraag wie de regie voert (Janzing en Kerstens, 2012). De visie op de behandeling impliceert dus zowel een visie op de rol van de setting, als een visie op de impact van het multidisciplinaire behandelteam.

De visie op de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek is de afgelopen vijftien jaar steeds meer verschoven richting *evidence based treatment*, veelal in verschillende vormen van cognitieve gedragstherapie, en is daardoor eenzijdig op de methode komen te liggen. De betekenis van de setting is hierbij naar de achter-

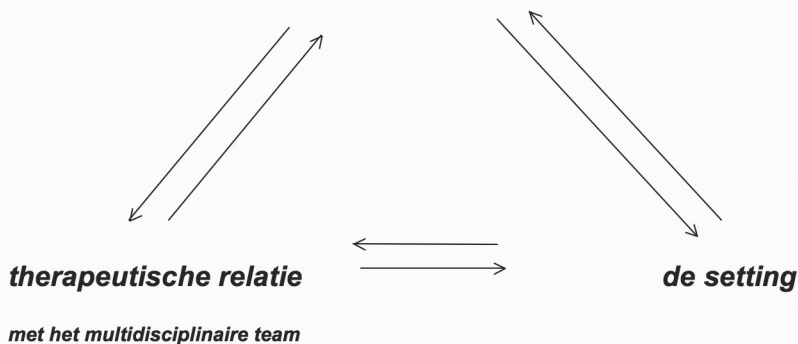
grond verdwenen en de ervaring en deskundigheid om de setting en het multidisciplinaire team aan te sturen dreigen te verdwijnen. Uiteraard heeft dit gevolgen voor de kwaliteit van de behandeling als geheel, met als mogelijke ongewenste uitkomst verdere stagnatie bij de cliënten.

De 3 pijlers van een effectieve behandeling

bij complexe problematiek

de 3 pijlers in de behandeling in goede balans en in goede regie

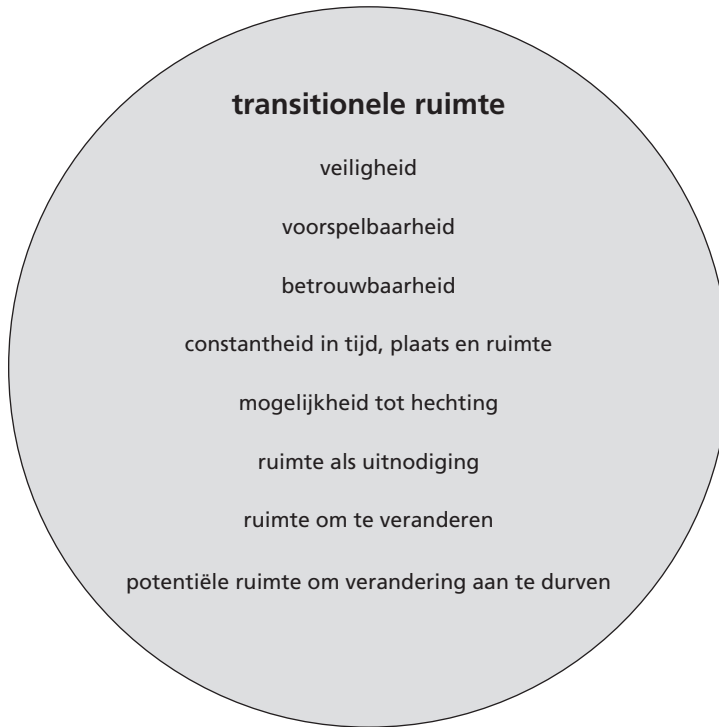
evidence-based methode



Het is natuurlijk van belang dat er gebruikgemaakt wordt van methoden die bewezen effectief gebleken zijn, maar als kanttekening kan wel opgemerkt worden dat het in de hausse van het evidence based onderzoek vaak ontbreekt aan onderzoek van complexe persoonlijkheidsproblematiek in klinische-

en dagklinische programma's (de Haan, 2011). Wat reeds bekend was uit eerder onderzoek, onder andere dat van Mahler, Kernberg, Winnicott en de hechtingstheorieën, blijft ondanks nieuwe effectief bewezen methodieken relevant voor de (dag)klinische behandelsetting.

De setting als transitionele ruimte



Onze cliënten worden opgenomen en worden behandeld in een situatie die zich als een hogedrukpan laat omschrijven, en waarin zich onvermijdelijk alles voordoet wat je kunt bedenken dat zich ook buiten de behandeling, in de thuissituatie al sinds jaren heeft afgespeeld. Tussen het moment van opname en het uiteindelijk afscheid nemen aan het einde van de behandeling zou deze behandelsetting moeten werken als – zoals de analyticus Berkouwer (2004) zo mooi beschrijft – een transitionele ruimte waarin cliënten met persoonlijkheidsproblematiek, veelal met onveilige hechting, met sterke en wisselende emoties en grillig gedrag, zich

veilig genoeg kunnen gaan voelen om een veranderingsproces aan te durven. Het gaat daarbij om aspecten als veiligheid, voorspelbaarheid, betrouwbaarheid, constantie in tijd, plaats en ruimte, en de mogelijkheid om zich te hechten aan behandelteam, medecliënten en de behandeling als geheel. Met andere woorden: een setting die om weet te gaan met cliënten die zich structureel onveilig voelen, die kwetsbaar zijn en die geleerd hebben anderen te wantrouwen. Voor cliënten met ernstige en complexe persoonlijkheidsproblemen is behandeling meer dan even een cognitieve gedragstherapie volgen. Het gaat er om of deze cliënten

zich echt durven gaan hechten aan de behandeling en hun spanningen en angsten – vaak ontstaan op basis van hun eerdere ervaringen, hun onveilige gehechtheid – durven gaan delen in de groep. En dat gaat verder dan alleen een verandering op cognitief niveau bewerkstelligen. Het gaat hierbij om de combinatie van het daadwerkelijk – en vaak voor het eerst – ervaren van een veilige en betrouwbare omgeving in combinatie met het aanbod van diverse therapeutische interventies, waaronder ook cognitieve gedragstherapie. De behandelsetting als geheel kan aldus ervaren worden als een *good-enough mother*, de therapiegroep kan als transitioneel object ervaren worden. Het transitioneel object behoort tot de overgangssfeer tussen binnen- en buitenwereld en representeert de moeder, en helpt pijnlijke en angstige separatiegevoelens die nu eenmaal tijdens het therapeutisch proces geactualiseerd zullen worden, te verdragen (James, 1984).

Tumult aan de voordeur, tumult aan de achterdeur

Bij het proces van zich hechten, zich verbinden aan de behandeling, zijn er twee cruciale aspecten in tijd en plaats: de voordeur en de achterdeur. Durft een cliënt zich na de voordeur ook daadwerkelijk in de behandeling te begeven? De wijze waarop dit verloopt, geeft vaak al een indicatie voor het verloop van het afscheid: veel tumult aan de voordeur, levert veel tumult aan de achterdeur op. De (dag)klinische behandelsetting kan als een trigger voor onderliggende pro-

blematiek werken, met alle tumult van dien, en met risico op nieuwe beschadiging, maar kan evenzeer faciliterend werken, en zo een emotioneel correctieve ervaring bieden. Cliënten zitten vaak klem in de wens om zich echt te gaan hechten en om erbij te gaan horen enerzijds, en de angst die dit oproept anderzijds. Het gaat dan om de angst voor afwijzing, maar ook de angst voor verlies van de eigen identiteit; fusie-angst.

Zoals eerder genoemd heeft de setting een enorme invloed en is dit aspect veel te weinig in onderzoek betrokken. Methode en setting moeten steeds in goede balans zijn, goed op elkaar afgestemd, als een dynamisch geheel. Er kan erg veel mis gaan! Bij mijn eigen afscheid bij Scelta heb ik het zo omschreven dat alle denkbare varianten zich voordoen tussen een ‘rampenscenario’ en een ‘warme bedding’ (de Haan, 2012).

Niet herkende hechtingsproblemen aan de voordeur

Hoe iemand binnenkomt in het programma en zich durft te hechten levert cruciale informatie op. Is iemand stil, kijkt hij de kat uit de boom? Past iemand zich gemakkelijk aan, en zo ja, is er dan ook sprake van over-aanpassing? Of wordt het behandelteam getest vanuit de onderliggende gedachte: ‘Kunnen jullie mij wel aan?’ Hierbij worden vaak regels overtreden, worden mensen tegen zich in het harnas gejaagd, door te laat te komen of helemaal niet naar de therapie te komen. Het aanpassen of het uittesten betreft twee kanten van dezelfde medaille, met als onderliggende angst: mag

ik er wel bij gaan horen, word ik wel geaccepteerd? Voor sommigen geldt overigens dat geaccepteerd worden veel spannender – want onbekender – is dan afgewezen of uitgestoten worden.

Essentieel hierbij is uiteraard ook, hoe het team reageert op dit probleemgedrag. Cliënten met hechtingsproblemen en met persoonlijkheidsproblemen (veelal stoornissen in het cluster-B-spectrum) ageren vaak hun angsten en emoties onmiddellijk uit in gedrag. Binnen het behandelteam kunnen individuele behandelaars heel verschillend reageren op hetzelfde gedrag. De een zal het als weerstand interpreteren, de ander als een gebrek aan motivatie, als onmacht of zelfs als incompetentie (deze cliënt hoort hier niet...). Het grote gevaar bij dit probleemgedrag is dus, dat de hechtingsproblemen aan de voordeur niet goed herkend worden, en dat cliënt en behandelteam snel in een negatieve cyclus terecht komen. Het probleemgedrag wordt daardoor extra versterkt en uitvergroot, met als risico verdere beschadiging van de cliënt, uitstoting of een mislukte behandeling voor deze goed en wel begonnen is. Het antwoord van het behandelteam hierop moet zijn: holding en containment. Containen is veel meer dan alleen maar een ‘vuilnisvat’ waarin alle narigheid gedumpt wordt. Het gaat om vasthouden, in ontvangst nemen, omarmen, onderhouden (de betekenis van het gedrag benoemen) en begrenzen (veilig en hanteerbaar maken, voor de cliënt zelf, voor de medegroepsleden en voor het behandelteam!). Voor de cliënt is dat de ervaring dat hij vastgehouden wordt, omarmd als het ware, en

dat al zijn heftige gevoelens er mogen zijn. Een bestraffen, ongedaan maken of een snel willen oplossen van het probleemgedrag gaan voorbij aan deze containment en bieden daardoor ook geen experimenteer ruimte om anders met de eigen heftige gevoelens om te gaan.

Als beginnend therapeut draaide ik als stagiair mee in een Cluster C-groep voor vrouwen tussen de 30 en 45 jaar. Ik kende het woord containen niet en had geen idee wat het was. Tijdens de derde zitting begon een van de groepsleden hartverscheurend te huilen naar aanleiding van het verlies van een kind. Tot mijn ontsteltenis begon ook mijn senior therapeut hartverscheurend te huilen, omdat – zoals toen bleek – zij ook een kind had verloren. Er ging een schok door de groep – en ook door mij – en het enige dat ik kon bedenken was te benoemen dat het bij beiden ging om een onbeschrijfelijk groot verdriet. Ik heb dat een paar keer herhaald, de tranen namen af, en tot mijn verrassing bedankte de groep mij. Het had de groep geholpen de heftige emoties te verdragen omdat ze begrepen dat het huilen klopte met het grote verdriet. Er hoefde niets opgelost of weggepoetst, er ontstond weer veiligheid en rust. Pas veel later ben ik gaan begrijpen hoe groot de waarde is van containen, ben ik het beter gaan begrijpen en benutten.

Ambivalentie aan de achterdeur: separatiecrisis en het parallelproces

In de eindfase van de behandeling, wanneer de beëindiging in zicht komt, kan het ver-

loop van de behandeling in één klap een dramatische verandering te zien geven. De patiënt komt in een enorme crisis terecht, de separatiecrisis. Vaak wordt dat niet verbaal kenbaar gemaakt door de patiënt ('ik zie wel erg op tegen het afscheid'), maar komt het plotseling tot uiting in terugval in oud gedrag: automutilatie, suïcidale uitingen, gedragsproblemen, of zeer heftige gevoelsuitingen. De valkuil is dan dat het behandelteam, of een deel van het behandelteam, te sterk meegaat met het regressieve gedrag. Veel voorkomende reacties zijn dan bijvoorbeeld:

'Deze patiënt moet een time-out, twee weken uit het therapie-programma en eerst maar eens tot rust zien te komen voor we de behandeling kunnen beëindigen.'

'De einddatum van zijn behandeling moet zes weken of drie maanden worden uitgesteld, hij is duidelijk gezien zijn gedrag nog niet klaar voor de afronding.'

Deze teamreacties bevestigen de cliënt in zijn gevoelens dat de behandeling helemaal voor niets geweest is, dat het nooit zal lukken, en meer van dat soort zelfevaluaties. Een time-out in de separatiecrisis betekent thuis in angst moeten leven, zich voorstellend hoe het na de feitelijke beëindiging van de behandeling moet gaan in de maatschappij, in plaats van dit in de veilige context van de behandelsetting te kunnen beleven, verwoorden en onderzoeken. Een verlenging van het behandel aanbod om de separatiecrisis te bezweren betekent doorgaans dat de crisis wordt opgeschoven en later opnieuw snoeihard zal toeslaan. Met andere woorden: ontkenning en vermijding vanuit

het behandelteam maakt cliënten niet sterker, integendeel, je ontnemt hen de kans om ermee te leren omgaan.

Het is uitermate belangrijk dat dit regressieve gedrag herkend wordt als een separatiecrisis, zodat dit ook rustig als zodanig benoemd kan worden, en er erkenning voor gegeven kan worden hoe moeilijk dat is. Dit geeft dan weer rust voor de cliënt, maar ook voor de andere groepsleden, die bij zo'n separatiecrisis erg angstig kunnen reageren. Wordt de separatiecrisis niet goed gecontaineerd, dan dreigt gevaar voor escalatie.

Afscheid roept altijd veel gevoelens op: het gaat immers om verlies, gemis, verdriet, pijn, en angst voor herhaling. Daarom wordt stilstaan bij afscheid het liefst vermeden, door patiënten, maar evenzeer door leden van het behandelteam. Zij hebben hun eigen persoonlijke ervaringen met afscheid en verlies, met verdriet, gemis, angst en ambivalente gevoelens. Een bewustzijn van deze eigen gevoelens is van belang om niet ongemerkt in de vermijding van cliënten mee te gaan.

Een voorbeeld van een parallelproces. Een therapeute vertelt dat ze in verwachting is, en over een tijdje met zwangerschapsverlof zal gaan. Ze krijgt louter positieve reacties, eerst van haar eigen teamleden, en later ook van de cliënten in haar groep. Iedereen is blij voor haar, en met elkaar wordt een roze wolk gecreëerd. Alle negatieve reacties worden ingehouden en weggemaakt, maar worden vervolgens uitgegeerd over het hoofd van de vervangende therapeut, die geen goed kan doen. Een aantal groepsleden heeft openlijk kritiek op de houding van de

nieuwe therapeut. In reactie hierop zijn er enkele teamleden die daarin meegaan: 'Nou inderdaad, de houding van de nieuwe therapeut, dat kan wel wat anders vinden wij...' Pas als een van de teamleden in het team aan de orde stelt dat de lastige kant van de zwangerschap van de collega zo onbesproken is gebleven, terwijl het voor iedereen extra werk oplevert en er meer heftige emoties in de groep opgevangen moeten worden, wordt de link gelegd met de negatieve beoordeling van de nieuwe therapeut. Pas als binnen het behandelteam de negatieve aspecten van de zwangere collega aandacht hebben gekregen en een aantal teamleden hun hart daarover gelucht heeft, kan dit ook met de cliënten in de groep worden besproken en kan de nieuwe therapeut eindelijk zijn eigen plek gaan innemen.

Het spreekt voor zich dat het stilstaan bij de eigen ambivalente gevoelens van leden van een behandelteam alleen mogelijk is als er voldoende tijd besteed wordt aan de holding en containment van het team. Samenwerkingsbesprekingen en intervisie – zo vaak als eerste wegbezuinigd – zijn onontbeerlijk om met elkaar een veilig klimaat te scheppen en een vorm te vinden waarin de eigen gevoelens, met schaamte, schuld of angst beladen, toch besproken kunnen worden.

Het afscheidsritueel

Een vast afscheidsritueel werkt als een vaste structuur, als een leidraad om het proces van afscheid nemen vorm te geven. Het ritueel

dient ertoe zowel cliënten als het behandelteam te helpen in het voldoende aandacht besteden aan afscheid, dat het in voldoende mate wordt besproken en dat het niet afgerafeld wordt of verdwijnt in de hectiek van de dag. Het ritueel hoeft geen grote zaken te behelzen, vaak volstaat een klein tastbaar iets, zoals een kaartje met een of twee welgemeende zinnen, of het benoemen van specifieke eigenschappen van de vertrekkende cliënt, altijd positief geformuleerd. De ambivalente en eventueel negatieve belevingen moeten eerder al aan bod zijn gekomen.

Een goed afscheid heeft bepaalde regels en rituelen, en dient ruim op tijd aangekondigd te worden, zodat het er ruimschoots over kan gaan, en het behandelteam en medecliënten zich erop kunnen voorbereiden. Want als het eenmaal zover is, staat er hoge druk op, het is nu of nooit. Het is zichtbaar en voelbaar voor iedereen. Ook hier gaat een en ander gepaard met ambivalente gevoelens. Er wordt tegenop gezien – en – men is blij en opgelucht dat het voltooid is. De angst die deze ambivalentie oproept kan een sterke neiging tot vermijden oproepen. Dit komt tot uiting in ontkenning, het niet over het afscheid willen hebben, in het bagatelliseren van het belang van het afscheid, valse bescheidenheid (ik heb maar een paar minuten nodig), overschreeuwen (ik ben er heel erg aan toe om hier weg te gaan). Een vaste structuur, met een vast ritueel, helpt tegen dit vermijden.

Een ritueel kan ook een eigen leven gaan leiden en zijn doel voorbij schieten. De Haas (2008) geeft een mooi voorbeeld hiervan: als onderdeel van het afscheidsritueel zou het vertrekkende groepslid zelf iets lekkers bak-



ken, als traktatie voor de achterblijvers. Het begon goed, het doel van de zelfgemaakte traktatie was duidelijk uitgelegd, maar heel geleidelijk sloop in dit ritueel dat het heel erg lekker, heel groot, en heel bijzonder moest zijn. En terwijl het bedoeld was als aardige afsluiting van een inhoudelijk afscheid, werd het steeds meer een doel op zich, waarmee de emotionele kanten van het echt afscheid nemen verdoezeld en verdrongen werden. Zelf heb ik het taartbakken nooit aangemoedigd, en cliënten in mijn groepen wisten waar het om ging: eerst het serieuze werk (afscheid nemen), en pas aan het einde een eventuele traktatie. Eenmaal echter kwam de cliënt die afscheid nam binnen met een grote tas waarin zichtbaar een taart zat, en zei: 'Deze taart moet warm gegeten worden.' En terwijl ik probeerde te bedenken hoe dit op te lossen zonder haar afscheidsfeest te be-

derven, lag de groep in een deuk, want het was een gewone taart die koud aan het einde van de groepszitting gegeten kon worden. Ook bij afscheidsrituelen is het zaak dat er regie gevoerd wordt vanuit het behandelteam, om te toetsen waar afwijkingen van bestaande rituelen als afweer gaan werken en aan het feitelijke en ambivalente afscheid nemen niet meer toegekomen wordt. (Langs, 1975). Als het afscheidsritueel eruit bestaat dat op de woensdagochtend in de cliënt-staf-bespreking (CSB) stilgestaan wordt bij het afscheid, dan is het organiseren van een eigen afscheidsfeestje aan de vooravond hiervan, waarbij sommigen wel en anderen niet uitgenodigd worden, al een veeg teken. Als dergelijke signalen door het behandelteam gemist worden of niet van betekenis voorzien worden, kan het zomaar gebeuren dat de betreffende cliënt direct na afloop van het feest op dinsdagavond zijn koffers pakt, en niet meer aanwezig is op de CSB de volgende dag om het afscheid goed af te ronden. Afwijkingen beginnen vaak subtiel, maar moeten altijd onderwerp zijn in het teamoverleg om te toetsen of het nog effectief is of de vermijdende kant uitgaat. Een goed afscheid is niet alleen van belang voor de cliënt die vertrekt, maar ook voor de groep die achterblijft, en het effent de weg voor het nieuwe groepslid, dat de vrijgekomen plek zal gaan innemen. Een afscheid waar veel negatieve en ambivalente gevoelens onuitgesproken blijven, maakt de komst van een nieuw groepslid – of, zoals in het voorbeeld van de zwangere collega te zien was – behandelteamlid uitermate moeilijk en problematisch.

Samenvattend

- De methode, het behandelteam en de kwaliteit van de setting bepalen in goede balans de uitkomst van de behandeling.
- Het is belangrijk dat de visie op deze samenhang bekend is en gedragen wordt door alle leden van het behandelteam.
- De programma-verantwoordelijke houdt het overzicht en heeft in belangrijke mate de regie.
- Signalen van hechtingsproblemen aan de voordeur en achterdeur zouden regelmatig onderwerp van gesprek moeten zijn binnen het teamoverleg, ook als er geen crisis is.
- Het is belangrijk om alle signalen van afwijkingen van de setting direct te bespreken en te toetsen op hun betekenis in het teamoverleg. Een goed afscheid kan veel herstellen van eerdere negatieve ervaringen met afscheid nemen.

Literatuur

Berkouwer, A.Y. (2004). *Handboek 'de psychoanalytische setting', anatomie van een plek*. Amsterdam: Boom.

Haan, C. de, (2011). De methode, wondermiddel of loden last? *Groepen. Tijdschrift voor Groepsdynamica en Groepspsychotherapie*, 6(3), pp. 17-28.

Haan, C. de (2012). *25 jaar klinische psychotherapie: van een rampenscenario tot een warme bedding*. Enschede: Ipskamp.

Janzing, C. & Kerstens, J. (2012). *Werken*

in een therapeutisch milieu.

Houten: Bohn, Stafleu en van Loghum.

James, C. (1984). Bion's 'containing' and Winnicott's 'holding' in the context of the group matrix. *International Journal of Group Psychotherapy*, 34, pp. 201-214.

Langs, R., (1975). The therapeutic relationship and deviations in technique. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 4, pp. 106-141.

Linden, P.T.H.M. van der, (1984). Wat herhaald wordt moet herinnerd worden. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26(9), pp. 621-634.

Haas, Willem de (2008). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Soest: Nelissen.

Winnicott, D.W. (1961). *Maturation processes and the facilitating environment*. London: The Hogarth Press.

Aanbevolen

Duncan, B. & Miller, S. (2006). Treatment manuals so not improve outcomes. In: Norcross, J., Levant, R. & Beutler, L. (eds). *Evidence-based practices in mental health*. Washington D.C.: APA Press.

Nitsun, N. (2015). *Beyond the anti-group. Survival and transformation*. New York: Routledge.

Norcross, J.C. (2011). *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness*. Oxford: University Press.