

# Het signaleren en herstellen van relatiebreuken in de groep

*Kintsugi* is Japans voor ‘gouden verbinding’, de kunst van het repareren van gebroken keramiek met goud- of zilverkleurige lak wordt *kintsukuroi* genoemd (‘met goud herstellen’). De sporen van breuk en herstel dragen in de Japanse schoonheidsleer bij aan de schoonheid van een voorwerp.

Door Frans van Paassen

Relatiebreuken, impasses, stagnaties en conflicten zijn onvermijdelijk in therapie. Een groeiend aantal onderzoeken suggereert dat het herstellen van breuken in de relatie gerelateerd is aan een positief resultaat van de behandeling (Flückiger e.a., 2018; Safran e.a., 2011). Breuken worden geassocieerd met de activering van disfunctionele interpersoonlijke patronen en het herstellen ervan biedt de mogelijkheid tot adaptieve verandering. Onopgeloste breuken zijn geassocieerd met verslechtering van de alliantie en kunnen leiden tot een slecht resultaat of drop-out (Henry e.a., 1986; Safran e.a., 2005). De groepsbehandeling biedt veel mogelijkheden tot relatiebreuken en daarmee ook kansen om deze te repareren, wat kan leiden tot correctieve emotionele, interactionele ervaringen. Het proces van reparatie van de breuk leidt tot herstel van vertrouwen in elkaar en versterkt de cohesie. Het vergroot ook het vermogen om met toekomstige alliantiebreuken om te gaan. Omdat alliantiebreuken bovendien transtheoretische fenomenen zijn, is hun effectieve behandeling relevant en belangrijk voor klinici van alle oriëntaties (Safran, 1993).

## ***It takes two to tango***

Er zijn parallellen getrokken tussen de affectieve afstemming zoals we die zien in de moeder-kindrelatie en in het interpersoon-

lijk contact tussen therapeut en patiënt (Safran, 1993; Safran e.a., 1990). Ouders zijn niet alleen belangrijk voor de feitelijke verzorging van hun kind maar ook in hun vermogen om het gedrag van hun kind te kunnen interpreteren in termen van motieven, gedachten en gevoelens. Het vermogen om te kunnen mentaliseren betekent dat de ouder gedachten en gevoelens heeft over wat er in hun kind omgaat of zou kunnen omgaan. Ouders zijn echter niet perfect. Zij kunnen soms tekortschieten in empathie of begrip. Er is dan een breuk in de relatie. Als de ouder zich hiervan bewust wordt en moeite doet de breuk te repareren, wordt het contact hersteld.

### *Breuken in de relatie vormen leermomenten, mits ze worden gerepareerd*

Volgens Tronick (1989) dient dit proces van verkeerde afstemming en reparatie een belangrijke ontwikkelingsfunctie. Het kind leert om te gaan met het feit dat ouders tekort kunnen schieten en dus feilbaar zijn, maar ook dat breuken niet hoeven te leiden tot verlies van contact. Breuken in de relatie vormen leermomenten, mits ze worden gerepareerd. Als een kind zich echter niet of onvoldoende gespiegeld voelt in zijn gedachten en gevoelens, kan dit leiden tot een ingrijpende breuk in de relatie. Er ontstaat een breuk in de wederkerigheid waar het mentale processen betreft, een breuk in de verbinding met de ander en daarmee eveneens een verlies van vertrouwen waardoor er geen verder leren kan plaatsvinden (Bateman & Fonagy, 2016).

Kinderen zijn afhankelijk van de ouders in het begrijpen en verklaren van de innerlijke en uiterlijke realiteit en ze zijn geneigd om de verklaringen van de ouders te accepteren en voor waar aan te nemen. Omdat kinderen afhankelijk zijn van de liefde, zorg en bescherming van hun ouders, is het voor hen moeilijk aan hun verzorgers kwaadaardige motieven toe te schrijven. Zij weten niet dat hun ouders hen vanuit hun eigen pathologie irrationeel kunnen beschuldigen, straffen, misbruiken, verwerpen of negeren. Zij zijn geneigd de beschuldigingen voor waar aan te nemen en te geloven dat zij zelf iets slechts hebben gedaan. Het schuldgevoel dient dan als afweer van de angst die het kind zou voelen als het zou twijfelen aan de goede bedoelingen van de ouder. De geïdealiseerde ouder zou dan een onveilige ouder worden. De wereld, die toch al veel angsten oproept, wordt dan echt onveilig en de hoop dat dit ten goede kan veranderen, zou verloren gaan. Zoals Fairbairn (1954) opmerkte: 'Better a bad me in a good world, than a good me in a bad world.' Het kind komt in een onmogelijke positie: als het wil vasthouden aan zijn eigen subjectieve gevoelens en behoeften (autonomie), dan verliest het de ouder. In de groepsbehandeling kan zo, op grond van ervaringen uit het verleden, onderliggend de angst om de schuld te krijgen ontstaan. Bij de patiënt ligt zijn eigen 'slechtheid' ten grondslag aan zijn identiteit en de ander is in zijn ogen een onbetrouwbare onbekende geworden. Afhankelijkheid wordt beleefd als levensgevaarlijk, maar toch is de behoefte aan verbinding groot (Nicolai, 2017).

*Anne twijfelt of ze contact zal opnemen met haar vader. Dit is een onderwerp dat ze vaker*

*heeft ingebracht. Ze wil door vader gehoord en gezien worden, maar ze heeft zich altijd door hem ontkend gevoeld. Haar angst is dat dit patroon zich zal herhalen. Gaandeweg verlegt het zwaartepunt van het gesprek zich naar een ander groepslid.*

*In de volgende groepszitting zegt Anne dat ze zich vorige week niet gehoord voelde, met name door de therapeuten. De therapeuten geven haar de ruimte om haar boosheid en pijn jegens hen te uiten. Ze heeft het gevoel dat de therapeuten haar verwaarlozen. In de tegenoverdracht ervaart therapeut Els het door Anne geprojecteerde deel in de vorm van schaamte en schuldgevoel. In contact met de therapeuten is Annes intense behoefte aan ouderfiguren die haar verlangens altijd volledig aanvoelen en bevredigen voelbaar. De mate waarin de therapeuten tegemoet kunnen komen aan haar verlangens ervaart ze als tekortschietend.*

### **Relatiebreuken in de groep**

In de groepsbehandeling kunnen deze vroege breuken zich gaan herhalen in de interacties met de andere groepsleden en de therapeut(en). In de groep zijn er meer potentiële 'daders'. Niet alleen de andere groepsleden, maar ook de therapeuten kunnen namelijk tekortschieten in empathie, geduld of begrip. Evenals de ouder is de therapeut niet almachtig, alwetend en zonder schuld. Ook het gedrag van de therapeut kan tot breuken in de relatie leiden. Hij kan belangrijke informatie vergeten. Hij kan ongelukkige of slecht getimedede interventies doen. Hij kan vanuit tegenoverdracht reageren op het gedrag van een groepslid of de groep als geheel (Rutan, 2021). Zoals spanningen tussen ouders invloed hebben op de kinderen, moe-

ten de therapeuten zich ervan bewust zijn dat hun relatie invloed heeft op de groep. Tussen co-therapeuten kan een breuk ontstaan rond de werkwijze of de richting waarin de groep moet gaan. Verschil in ervaring en macht kan gevoelens van rivaliteit oproepen. Verschil in sekse kan invloed hebben op projecties vanuit de groepsleden.

## *Omdat alliantiebreuken transtheoretische fenomenen zijn, is effectieve behandeling ervan relevant voor klinici van alle oriëntaties*

Breuken zijn onvermijdelijk, maar ook een voorwaarde voor verdere ontwikkeling. Volgens het resolutiemodel van Safran en Muran (2000) wordt de therapeutische relatie gedurende de behandeling gekenmerkt door cycli van relatiebreuken en het repareren van de breuken. Dit model, 'het repareren van relatiebreuken', is een belangrijke recente ontwikkeling in onderzoek en praktijk van de therapeutische relatie. Het signaleren en repareren van alliantiebreuken in het hier-en-nu van de therapeutische relatie levert een belangrijke bijdrage aan de effectiviteit van de behandeling, aan toenemende cohesie en het voorkomen van voortijdige drop-out.

In het model wordt het concept 'breuk' gedefinieerd als 'spanningen in de relatie bestaande uit ofwel meningsverschillen over de taken of doelen van de behandeling of problemen in de alliantie' (Safran & Muran,

2000). Gullo e.a. (2021) beschrijven relatiebreuken als verstoringen in cohesie of verbinding met de leider, leden of groep als geheel. Stagnaties, misverstanden en onbegrip in de therapeutische communicatie zullen onherroepelijk disfunctionele persoonlijke schema's uit het leven van de groepsleden maar ook van de therapeut reactiveren (Safran & Muran, 2000). Het oplossen van breuken leidt tot herstel van de relatie en wordt beschouwd als een belangrijk veranderingsmechanisme (Eubanks e.a., 2018; Eubanks e.a., 2019; Safran e.a., 2011). Onopgeloste breuken zijn geassocieerd met verslechtering van de alliantie en kunnen leiden tot een slecht resultaat of drop-out (Henry e.a., 1986; Safran e.a., 2005). Het succesvol oplossen van of gezamenlijk onderhandelen over breuken die vaak binnen de behandeling voorkomen, kan groei en inzicht bevorderen bij zowel de patiënten als de therapeut (Safran & Muran, 2000). Omdat alliantiebreuken bovendien trans-theoretische fenomenen zijn, is effectieve behandeling ervan relevant en belangrijk voor klinici van alle oriëntaties.

### **Basale interactionele motieven**

Bij relatiebreuken spelen onderliggend universele interactionele behoeften en verlangens een belangrijke rol. Als deze behoeften in de vroege jeugd niet of onvoldoende zijn vervuld, zullen zij de interacties met anderen binnen de groep gaan kleuren. Sachse (1997) beschrijft de volgende basale interactionele motieven:

- Behoeftte aan acceptatie, behoeftte belangrijk te zijn, van betekenis te zijn voor de ander;
- Behoeftte aan een betrouwbare relatie met

een ander, die zekerheid en geborgenheid biedt;

- Behoeftte aan solidariteit, dat de ander achter je staat, je ondersteunt, hulp geeft indien nodig, geborgenheid geeft, aan jouw kant staat;
- Behoeftte aan autonomie, behoeftte om in je zelfbepaling, zelfdefiniëring en zelfontwikkeling aanvaard te worden;
- Behoeftte dat je eigen grenzen door de ander geaccepteerd en gerespecteerd worden.

Bij het nastreven van deze basale behoeften aan verbinding en autonomie treedt een inherente dialectische spanning op. Het groepslid dat zich wil differentiëren van de anderen kan bang zijn om buitengesloten te worden; het groepslid dat erbij wil horen kan het gevoel hebben dat het dan moet voldoen aan de verwachtingen van de anderen. De uitdaging is om te zoeken naar een evenwicht tussen beide behoeften.

### **Ontwijkend of confronterend**

Safran en Muran onderscheiden twee soorten relatiebreuken: ontwijkende en confronterende. Beide kunnen gezien worden als door angst ingegeven vermijdende oplossingen. Bij ontwijkende relatiebreuken geven groepsleden voorrang aan het in verbinding blijven met de ander, het bewaren van de vrede en het vermijden van het risico om de band met de ander ernstig te schaden, boven hun behoeftte aan zelfbevestiging en autonomie. Bij confronterende relatiebreuken gaan groepsleden uit angst voor verlies van hun autonomie het conflict aan met de ander ten koste van de verbondenheid. Ontwijkende relatiebreuken kunnen zicht-

baar worden door het ontkennen van gevoelens van boosheid; doordat groepsleden zwijgen of minimaal reageren op vragen; doordat er plotseling veranderd kan worden van onderwerp; door rationalisaties of door oeverloze verhalen; door spreken over anderen. Confronterende relatiebreuken worden zichtbaar in klagen over de therapeut als persoon ('te passief'); de deskundigheid van de therapeut in twijfel trekken; irritatie over herhaaldelijk vragen naar beleving en gevoelens; twijfels uiten over het nut van de behandeling; klagen over praktische aspecten zoals de beschikbare tijd; klagen over het resultaat van de behandeling (Safran & Muran, 2000).

De groepsbehandeling biedt veel mogelijkheden tot relatiebreuken en daarmee ook kansen om die te repareren, wat kan leiden tot correctieve emotionele, interactionele ervaringen. Het proces van reparatie van de breuk leidt tot herstel van vertrouwen in elkaar en versterkt de cohesie. Het vergroot

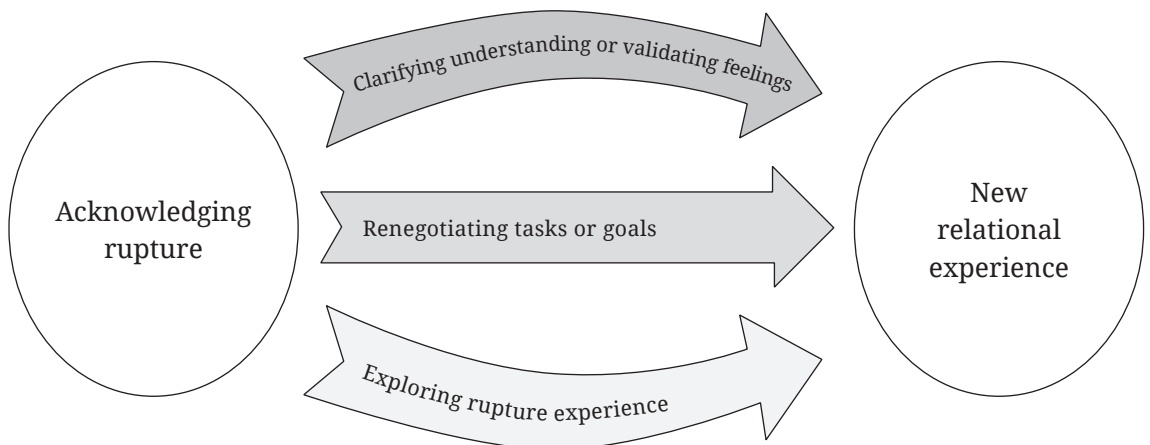
ook het vermogen om met toekomstige alliantiebreuken om te gaan.

### Repareren

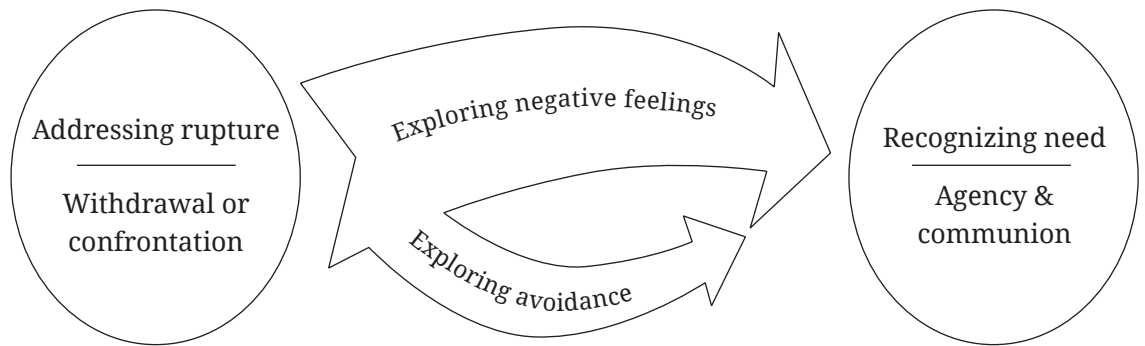
Na uitvoerig onderzoek, gebaseerd op studie van klinische literatuur, zowel praktisch als empirisch, komen Muran en Eubanks (2020) tot het volgende schema:

Ze definiëren drie mogelijke paden, die alle drie beginnen met de erkenning van een breuk en leiden tot een nieuwe relationele of correctionele ervaring.

Het eerste pad kan beschreven worden als het opbouwen van de relatie. Dit pad omvat het uitleggen van de grondgedachte van een taak of doel, het ophelderden van een misverstand of het valideren van angst. Het tweede pad omvat opnieuw onderhandelen over een taak of doel en elke verandering in de taak (een ander onderwerp om te onderzoeken of andere huiswerkopdracht) of in het doel van de behandeling (verlichting



Figuur 1: *Strategies for rupture-repair* (Muran & Eubanks, 2020; designed by Rachel Small, 2019)



Figuur 2: *The stage-process model* (Muran & Eubanks, 2020; designed by Rachel Small, 2019)

van de symptomen vóór het streven naar inzicht). De auteurs beschrijven de eerste twee paden als ‘onmiddellijke’ strategieën omdat ze erop gericht zijn de breuk direct te behandelen en vervolgens de behandeling ‘weer op het goede spoor’ te krijgen. Dit kunnen belangrijke ervaringen zijn voor de groepsleden, omdat het voor hen nieuwe en corrigerende ervaringen zijn, zoals door een ander geholpen en begrepen worden, of dat er tegemoet wordt gekomen aan een uitgesproken wens. Negatieve verwachtingen van anderen (zoals ‘anderen denken alleen aan zichzelf’) kunnen hierdoor worden gecorrigeerd.

Het derde pad, dat ze ‘expressief’ noemen, omvat de verkenning van de breuk, inclusief de respectievelijke bijdragen van de groepsleden en de therapeut, hun gedachten, gevoelens en gedragsacties (onthullingen en vermijdingen), leidend naar meer begrip van hun onderliggende behoeften (om zich te doen gelden of te worden gekoesterd).

In het proces van ‘repareren van relatiebreuken’ zijn de volgende vier stappen te onderkennen:

**1.** Bewustwording van de relatiebreuk. Als de therapeut merkt dat hij in het interactionele proces verstrikt is geraakt, probeert hij zich hieruit los te maken, waarna hij vanuit zijn eigen beleving probeert te beschrijven wat er gebeurt (zelfreflectie, metacommunicatie). Safran en Muran (2000) noemen vier aspecten waar de therapeut bij zichzelf op kan letten:

- 1.1. *Bewustzijn van gevoelens, beelden en fantasieën, die de patiënt bij u oproept.* Het is belangrijk deze eigen ervaringen zorgvuldig te exploreren, alvorens er een interventie op te baseren. Ervaringen als angst, woede, machteloosheid, schaamte, verveling en verleiding zijn belangrijke aanwijzingen voor een relatiebreuk;
- 1.2. *Bewustzijn van actietendensen.* Bijvoorbeeld de neiging om met de patiënt in discussie te gaan of om adviezen te geven;
- 1.3. *Bewustwording, achteraf, van eigen reacties.* Vaak wordt u zich pas achteraf bewust van de impact die de ander heeft. Er blijft iets bij u hangen of u realiseert zich hoe u heeft gereageerd, bijvoorbeeld dat u zich ging verdedigen toen het groepslid kritiek uitte;

1.4. *Onderkennen van het interpersoonlijk appel van de patiënt.* Bijvoorbeeld: u merkt dat tijdens het gesprek uw gedachten steeds afdwalen. U gaat zich realiseren dat dit te maken heeft met de manier waarop de patiënt gewoonlijk praat: vaag en monotoon.

Zo kan de therapeut de eigen gewaarwordingen gebruiken om inzicht te krijgen in de interactionele stijl van de groepsleden.

*Ria komt uit een groot gezin en was het kind 'waar altijd iets mee is'. Voordat de groep begint schiet Ria de therapeut aan en meldt dat ze van haar huisarts moest zeggen dat ze suïcidaal is (Ria neemt zelf geen verantwoordelijkheid). Als de therapeut voorstelt om dit straks in de groep te bespreken, zegt Ria dat ze dit niet wil (ontwijkende breuk). De therapeut voelt irritatie. Ze zegt tegen Ria dat ze voor haar wil zorgen, maar dat ze dat niet kan als ze haar probleem niet in de groep wil bespreken. De therapeut voelt zich in de hoek gezet, machteloos gemaakt en boos. Ze beseft dan dat, hoewel ze niet over de inhoud kan praten, ze wel iets kan zeggen over de interactie (ze is niet machteloos). In de groep komt ze terug op het feit dat Ria haar iets meedeelde wat ze nu hier niet wil bespreken. Ze respecteert dat, want groepsleden bepalen zelf of ze iets al of niet willen inbrengen (autonomie van de patiënt). Ze zegt dat Ria als het voor haar gedurende de week te moeilijk wordt, contact kan opnemen met de huisarts of crisisdienst (de verantwoordelijkheid wordt bij Ria teruggelegd).*

*Opvallend is dat daarna geen van de andere groepsleden bij Ria navraagt wat er speelt. De therapeut heeft dat op dat moment niet besproken. De therapeut vermoedt dat er bij de andere groepsleden ook irritatie is over*

*Ria: 'met Ria is altijd wat!' Ria lijkt het tegenovergestelde op te roepen (vermijding) van wat ze ten diepste verlangt (nabijheid, contact).*

*T (tegen een groepslid dat een oeverloos verhaal vertelt): 'Ik merk dat ik probeer met aandacht naar je te luisteren, maar dat het moeilijk is om niet af te dwalen. Ik probeer te begrijpen wat er dan gebeurt. Is dat iets wat je herkent?' Tegen de andere groepsleden: 'Is dat iets wat ik alleen ervaar of herkennen jullie daar iets van?'*

2. Samen met de groep onderzoekt de therapeut wat heeft geleid tot het gedrag dat de breuk heeft veroorzaakt. Ook de groep wordt hierbij uitgenodigd afstand te nemen, uit de enactment te stappen, te reflecteren en te metacommuniceren. Voor veel groepsleden is het een belangrijk inzicht om niet alles op zichzelf te betrekken maar om ook het aandeel van de ander in de interactie (nu en in het verleden) te gaan zien.

Een probleem in de relatie benoemen als een *gemeenschappelijk dilemma* en de groepsleden uitnodigen tot een gezamenlijk exploratieproces, creëert een 'wij-gevoel' (Bateman e.a., 2021) en is voor hen meer uitnodigend.

*T: 'Ik merk dat jullie er vandaag gelaten en stil bij zitten en ik weet niet goed waardoor dat nu komt en wat ik eraan kan doen. Hebben jullie een idee van wat er nu speelt?'*

*T: 'Ik denk dat iedereen het verlangen heeft om gezien te worden in hoe je je voelt, maar dat je je ook misschien bang voelt of schaamt voor wat de ander dan kan zien en hoe de ander dan zal reageren. Herkennen jullie dat?'*

3. De wijze waarop de emoties die spelen worden vermeden, wordt onderzocht. De angst voor afwijzing zorgt ervoor dat zij niet durven laten zien hoe ze zich echt voelen. Een andere vorm van vermijding is een gevolg van een streng geweten, perfectionisme en zelfkritiek. Verwachtingen, overtuigingen, zelfbeeld en zelfgevoel worden empathisch onderzocht. Het conflictmodel van Malan (1979) beschrijft tegelijkertijd zowel het onderliggende verlangen als de remmende gevoelens van angst, schaamte of schuld.

*De therapeut moet  
bereid zijn om  
verantwoordelijkheid  
te nemen voor zijn  
eigen rol in het  
ontstaan van de breuk*

*Pt (tegen therapeut): 'Ja, laat maar zitten. Het interesseert je toch geen bal! Waarom zit ik hier eigenlijk?'*

*T: 'Oh...? Wat zei ik of deed ik dat jij denkt dat het mij niet interesseert?'*

*Pt: 'Eerst zit je de hele tijd naar buiten te kijken terwijl ik mijn verhaal doe en vervolgens kijk je twee keer naar de klok!'*

*T: 'Hm... (denkt na), ik was me er niet zo bewust van, maar je hebt gelijk. Ik kan me voorstellen dat dit je een vervelend gevoel geeft. Toch vraag ik me af waarom je meteen concludeert dat het mij geen bal interesseert.'*

*Pt: 'Dat is toch duidelijk!'*

*T: 'Ik hoor dat dat jouw overtuiging is, maar vind je het goed dat we daar even bij stilstaan? Heb je dit gevoel vaker hier in de groep?'*

*Pt: 'Vorige week juist hetzelfde. Ik was iets aan het vertellen, M (groepslid) zat te wippen met haar been, jij zei daar iets van en vervolgens ging het alleen maar over haar, ik word dan zo boos... Ik ben toch niet belangrijk.'*

*T: 'Okay. Ik denk dat ik het nu beter snap. De overtuiging dat je niet belangrijk bent, maakt dat je wat ik doe interpreteert als: zie je wel, hij heeft toch geen interesse.'*

*Pt: 'Ja, en nu zeg ik het, maar meestal klap ik dicht en zit ik het gewoon uit. Maar als ik dan na de groep thuis op mijn kamer zit, hou ik het niet meer. En dan kan er van alles gebeuren.'*

*T: 'Goed dan dat je boosheid nu hebt geuit en dat we beter weten hoe diep dat idee van niet belangrijk zijn zit. Ik denk dat daar nog wel meer over te zeggen is. Wil je daar nog verder naar kijken nu?'*

*Pt: 'Nee, het is wel genoeg geweest.'*

*T: 'Hoe is dat voor anderen?'*

*(Delfstra & Peeters, 2011)*

Belangrijk is dat de therapeut steeds bereid is om verantwoordelijkheid te nemen voor zijn eigen rol in het ontstaan van de breuk, vooral als er sprake is van een breuk tussen hem en een groepslid of tussen hem en de groep. Safran en Muran (2000) beklemtonen dat dit voor de groepsleden zeer uitnodigend is. De therapeut beschuldigt niet, maar nodigt uit tot een gezamenlijk zoekproces. Het voorkomt dat de weerstand in de groep te hoog oploopt. Het groepslid kan dan ervaren dat zijn gedrag invloed heeft op een ander en wat deze impact kan zijn. Dat kan een belangrijke correctieve ervaring zijn.

*T: 'Het voelt voor mij alsof we in een machtsstrijd verwickeld zijn waarin ik de verantwoordelijkheid voor je frustraties bij jou probeer te leggen en jij probeert ze bij mij te leggen.'*



*T (als een groepslid zwijgt of minimale antwoorden geeft): 'Jan, ik zou willen weten wat er in je omgaat, maar ik heb het gevoel dat je nog de kat uit de boom wil kijken. Hebben jullie een idee over hoe Jan zich in de groep voelt?'*

*T (als de groep klaagt over managers die niet goed functioneren): 'Als ik jullie zo hoor praten over hoe jullie denken over je manager, merk ik dat ik nieuwsgierig word naar wat jullie vinden over mijn functioneren in deze groep. Zouden jullie daar iets over willen vertellen en als jullie daar kritisch over zijn, zou je daar iets over durven zeggen?'*

*T: 'Als ik mezelf nu hoor praten, merk ik dat ik me nogal formeel en afstandelijk tegenover jullie opstel. Hoe beleven jullie dat?'*

Therapeuten moeten ook niet te beroerd zijn om zich te excuseren bij de patiënt. Soms is het daarbij zinvol om iets uit het eigen persoonlijk leven te onthullen.

*T: 'Ja, sorry dat ik net tegen je uitviel toen je zei dat ik geen rekening met je houd. Ik kan daar moeilijk tegen. Mijn moeder zei dat ook altijd tegen mij. Het is voor mij een gevoelig punt, dat ik buiten me moet zien te houden, maar dat lukt me niet altijd.' (Bouwkamp 2001, p. 23)*

Een therapeut kan zich eigenlijk veel permitteren als hij tegelijk een duidelijke boodschap van respect en betrokkenheid communiceert. De patiënt moet de feedback als een constructieve bijdrage ervaren en niet als een veroordeling (Gundrum, 2011).

*Als de therapeut de naam van een van de groepsleden verkeerd uitspreekt – Berlinda in*

*plaats van Melinda – reageert het betrokken groepslid daar niet op en ook de andere groepsleden zeggen niets. De therapeut wordt zich bewust van zijn vergissing en beseft dat dit voor de patiënt pijnlijk kan zijn. Hij schaamt zich, omdat hij dit als tekortschietend en verwaarlozend beleeft. Hij benoemt zijn vergissing en schaamte, en zegt dat het hem opvalt dat niemand er iets over heeft gezegd. Hoe heeft Melinda het ervaren en hoe was het voor de anderen?*

*Dan blijkt dat het hen wel degelijk was opgevallen. Melinda zegt dat het wel vaker gebeurt dat mensen haar naam verkeerd uitspreken. Ze maakt het daarmee weg en lijkt er weinig bij te voelen. Een groepslid denkt dat de therapeut dit met opzet doet, om bij Melinda een reactie uit te lokken. De vergissing van de therapeut wordt daarmee tot een therapeutische interventie gemaakt – de fout wordt weggemaakt: de therapeut wordt beleefd als iemand die geen fouten maakt, maar in zijn handelen steeds een diepere bedoeling legt – en tegelijkertijd wordt duidelijk dat hier iets van boosheid wordt afgeweerd. Verschillende groepsleden bespreken hoe schaamtevol het is om zich niet gezien te voelen, hier in de groep, maar ook in andere situaties.*

*Melinda vertelt dan hoe ze zich vroeger door haar ouders niet gezien heeft gevoeld en dat ze dat nog steeds zo ervaart. Ze schaamt zich enorm en is erg zelfkritisch. Op haar werk en in relaties met mannen ervaart ze al snel afwijzing en lijkt ze ook bevestiging te zoeken voor haar gevoel dat ze niet goed genoeg is. Ze is altijd gekleed in spijkerbroek. Toen ze een keer een kleurige jurk aandeed naar haar werk en daarmee de aandacht trok, beleefde ze de reactie van een collega ('Wat staat dat jou goed. Je zou vaker een jurk kunnen dragen.') als afkeuring en belachelijk gemaakt*

worden, waarna ze de jurk niet meer heeft aangedaan.

Besproken wordt vervolgens hoe Melinda ook in de groep meer uit de verf zou willen en kunnen komen, dat ze zo bang is voor afkeuring, het voortdurend ervaart en zich dan terugtrekt uit het contact. De manier waarop ze reageerde op de vergissing van de therapeut is daarvan een goed voorbeeld.

In de volgende bijeenkomst vertelt Melinda dat het feit dat de therapeut zijn schaamte benoemde, haar heeft geholpen meer over haar eigen schaamte te vertellen.

**4.** De therapeut probeert met de groep de onderliggende interactionele verlangens en behoeften te onderzoeken en te valideren. In deze fase is er sprake van acceptatie van de eigen verantwoordelijkheid voor verlangens en behoeften.

*Een beginnende vrouwelijke groepstherapeut: 'In de groep waarin ik mee kon doen als co-therapeut, die geleid werd door een zeer ervaren oudere, mannelijke collega, werd ik doorlopend denigrerend behandeld door een mannelijk groepslid, Dirk, die gelijk met mij in de groep was gekomen. Hij was de oudste in de groep en iets ouder dan ik. Dirk nam nooit iets van mij aan, onderbrak me steeds en probeerde mijn positie als therapeut te ondergraven. Ook andere, vrouwelijke groepsleden behandelde hij denigrerend en als ik bijvoorbeeld iets zei over de weerstand die hij daarmee opriep bij anderen verweet hij me dat ik heulde met de groep. Hij maakte me vaak zo razend dat ik nauwelijks op hem durfde te reageren. Op die momenten was ik blij dat mijn co-therapeut me te hulp schoot en de negatieve overdracht van Dirk tegenover mij wist te hanteren. Er was een onuitgesproken*

*akkoord tussen ons dat moeilijke overdrachtsgevoelens door hem zouden worden opgevangen. Ik voelde dat ik hem daarvoor zeer nodig had.*

*In nagesprekken werd me duidelijk dat Dirk vanuit zijn negatieve ervaring met een kille moeder die hem vroeg in de steek had gelaten niet in staat was een positieve relatie met een vrouw op te bouwen, laat staan iets van kwetsbaar gevoel te tonen. Zijn aanmeldklacht was dat tot nu toe verschillende relaties met vrouwen waren mislukt. Mijn co-therapeut maakte me duidelijk dat ik als vrouw en als autoriteit voor Dirk te bedreigend was. Evenals de groep ervoer ik mijn collega als zeer deskundig en stabiel en ik paste mijn interventies zoveel mogelijk aan de zijne aan.*

*Tijdens een vakantie van mijn collega verscheen Dirk vier weken niet in de groep. Op vragen van mijn kant daarover in een latere zitting kwamen wat luchtige doodoeners. Dirk ging daarna door met denigrerende opmerkingen. Tijdens een zitting kwam een vrouwelijk groepslid dat zich altijd wat zeurderig beklaagd had over de slechte behandeling door haar ex-echtgenoot met haar echte gevoelens van afhankelijkheid. Ik honoreerde haar moed om hiermee te komen. Dirk reageerde spottend op haar verdriet. Het was me plotseling duidelijk dat hij de gevoelens van de vrouw niet aankon. Ik vergat mijn woede en kon hem confronteren met zijn eigen gevoelens van afhankelijkheid, zei onder meer dat hij ging meppen als hij geraakt werd. Dirk mompelde eerst dat hij bij dit gezeur niet zo zou reageren als de ex-echtgenoot. Ik ging door op het denigreren, zei me af te vragen waarom hij dat telkens moest doen, ook tegenover mij. Mijn co-therapeut liet me intervensiëren en Dirk werd stiller, zei uiteindelijk dat ik weleens gelijk kon hebben. Het was de*

*eerste keer dat hij iets van mij kon aannemen. Toen ik me achteraf ook hierin gesteund voelde door mijn collega ging het me beter af om interventies te doen op mijn eigen manier. Ook durfde ik meer vragen te stellen over zijn soms lange uitweidingen, die ik niet altijd begreep. Geleidelijk durfde ik hem beter te onderbreken en met hem van mening te verschillen.*

*Een paar zittingen later liet Dirk meer van zichzelf zien: zijn moeder had een paar prenten die ze voor hem zou bewaren tot na zijn verhuizing, weggegeven. Voor hem hadden de prenten veel betekenis omdat ze uit de inboedel van een overleden vriend kwamen. Hij liet zijn teleurstelling blijken. Het denigrerende werd minder, Dirk kon gaandeweg meer vertellen over zijn angst en wantrouwen tegenover vrouwen en liet confrontaties van andere vrouwelijke groepsleden meer toe' (Maas, 1994).*

## ***De groepstherapeut is ook maar een mens. Wij zijn soms ongeduldig, geïrriteerd, kritisch of bevoogdend***

Het ervaren van een breuk in de relatie en de beleving dat deze breuk ook hersteld kan worden, is een krachtige correctieve emotionele en relationele ervaring (Knox e.a., 2012). Volgens Bateman & Fonagy (2016) biedt groepsbehandeling aan groepsleden de ervaring om – buiten de dyadische of familiale omgeving – samen na te denken over zichzelf en de ander(en), een ervaring die nodig is voor een gezonder sociaal func-

tioneren. Breuken en reparaties in de groepsbehandeling kunnen mentaliseren bevorderen en het vertrouwen in de anderen herwinnen.

### **Tot slot**

'Forget your perfect offering, there is a crack in everything, that's how the light gets in' (Leonard Cohen, 1992). Wij zijn niet in staat en ook soms niet bereid om te willen voldoen aan de verwachtingen en behoeften van de ander(en). Dit kan leiden tot een verstoring in de verbinding met de ander. Deze relatiebreuken zijn onvermijdelijk, maar ook een belangrijke voorwaarde voor verdere ontwikkeling. In groepstherapie kan het signaleren van stagnaties in de alliantie en het repareren van de relatiebreuken een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van de relaties, toename van de cohesie in de groep en het succes van de behandeling.

Sommige groepstherapeuten zijn bekwaamer in het signaleren en repareren van relatiebreuken dan andere. De groepstherapeut is ook maar een mens. Wij zijn soms ongeduldig, geïrriteerd, kritisch of bevoogdend. Dat dit gebeurt is onvermijdelijk en hoeft geen probleem te zijn. Belangrijk is hoe wij met deze verstoringen in de relatie omgaan en hoe wij het contact met de ander(en) weer kunnen herstellen. De stagnaties worden gezien als een interactioneel proces waaraan zowel het groepslid of de groepsleden en de therapeut een aandeel hebben. De 'good enough' groepstherapeut is zich bewust van zijn eigen gevoelens en fantasieën die hij op basis van eigen ervaringen en zijn persoonlijkheid inbrengt in het contact met de groepsleden. Voor onze groepsleden is

de ervaring dat problemen in de relatie ook hersteld kunnen worden en dus niet hoeven te leiden tot verlies van de ander of van zichzelf, een belangrijke correctieve en emotionele ervaring die hen kan helpen om met komende relatiebreuken om te gaan. Zoals

bij kintsugi de sporen van de breuk en het herstel ervan bijdragen aan de schoonheid van het voorwerp, kunnen relatiebreuken en het herstellen van emotionele scherven de groepsleden leren om te gaan met eigen onvolkomenheden.

**Frans van Paassen** is psychotherapeut en opleider NVGP. Hij werkt in eigen praktijk, zie [fvanpaassenpsychotherapie.nl](http://fvanpaassenpsychotherapie.nl). Contact: [fvanpaassen@upcmail.nl](mailto:fvanpaassen@upcmail.nl).

## Literatuur

---

Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.

Bateman, A., Campbell, C. & Fonagy, P. (2021). Rupture and Repair in Mentalization-Based Group Psychotherapy, *International Journal of Group Psychotherapy*, 71:2, p. 371-392.

Bouwkamp, R. (2001). Interpersoonlijke interventies. In W. Trijsburg et al. (Red.), *Handboek Integratieve Psychotherapie*, (I 4.5. p. 1-29). Leusden: De Tijdstroom.

Cohen, L. (1992). *Anthem*.

Delfstra, G. & Peeters, G. (2011). Mentalisatie bevorderende therapie (MBT) in de groep. Samen ontdekken hoe de geest werkt. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 37(1), p. 5-17.

Eubanks, C.F., Muran, J.C. & Safran, J.D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55, p. 508-519.

Eubanks, C.F., Lubitz, J., Muran, J.C. & Safran, J.D. (2019). Rupture Resolution Rating System (3RS): Development and validation. *Psychotherapy Research*, 29, p. 306-319.

Fairbairn, W.R.D. (1954). *An object relations theory of the personality*. London: Hogarth Press.

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

Gullo, S., Kivlighan, D.M., Giordano, C., Di Blasi, M., Giannone, F. & Lo Coco, G. (2021). Bond and work ruptures in group counseling. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 25(1), p. 29-44.

Gundrum, M. (2011). Hoe negatieve gevoelens ten opzichte van de cliënt uit te spreken? Een handleiding voor therapeutische communicatie. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 49, p. 102-123.

Henry, W.P., Schacht, T.E. & Strupp, H.H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), p. 27-31.

Malan, D.H. (1979). *Individual psychotherapy and the sciences of psychodynamics*. London: Butterworth.

Muran, J.C. & Eubanks, C.F. (2020). *Therapist performance under pressure: Negotiating emotion, difference, and rupture*. American Psychological Association.

Muran, J.C., Eubanks, C.F. & Samstag, L.W. (2021). One more time with less jargon: An introduction to 'Rupture Repair in Practice'. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), p. 361-368.

Nicolai, N.J. (2017). Enactments, impasses en empathische breuken in psychoanalytische psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 23(4), p. 264-276.

Rutan, J.S. (2021). Rupture and repair: Using leader errors in psychodynamic group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 71(2), p. 310-331.

Safran, J.D., Crocker, P., McMain, S. & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), p. 154-165.

Safran, J.D. (1993). The therapeutic alliance rupture as a transtheoretical phenomenon: Definitional and conceptual issues. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3(1), p. 33-49.

Safran, J.D. & Muran, J.C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), p. 447-458.

Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York, London: Guilford.

Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W. & Winston, A. (2005). Evaluating alliance-focused intervention for potential treatment failures: A feasibility study and descriptive analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), p. 512-531.

Safran, J.D., Muran, J.C. & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), p. 80-87.

Sachse, R. (1997). *Persönlichkeitsstörungen: Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen: Hogrefe.

Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7(3), p. 269-281.

Tronick, E.Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44(2), p. 112-119.

.....