

De angsten van de groepstherapeut

‘Forget your perfect offering. There is a crack in everything, that’s how the light gets in’ (Leonard Cohen, 1992)

In de literatuur over psychotherapie wordt vooral geschreven over de angsten van patiënten en veel minder over de angsten van de therapeut, die in een groep nog sterker kunnen zijn. Het is echter belangrijk je als therapeut bewust te zijn van angstgevoelens en de afweer ervan, omdat angst naast andere gevoelens, zoals schaamte en schuld, een effectieve behandeling in de weg kan staan. Frans van Paassen diept het onderwerp uit. Daarbij tekent hij ook ervaringen van collega’s op.

Lees voor ‘hij’ uiteraard hij/zij/hen - red.

Door Frans van Paassen

Gevoelens van onzekerheid en angst zijn intrinsiek verbonden met het geven van psychotherapie. Immers, het is onzeker hoe het psychotherapieproces zich zal ontwikkelen en wat de patiënten over zichzelf en de ander zullen ontdekken. Ook als therapeut weet je vooraf niet wat je zal gaan ervaren, voelen en over jezelf aan de oppervlakte zal brengen. Naast nieuwsgierigheid bestaat de angst voor het onbekende. De angsten van een therapeut kunnen in een groep sterker zijn dan in een individueel contact, omdat de groepstherapeut zich door meer mensen bekeken en beoordeeld kan voelen.

De groepstherapeut kan angst hebben voor moeilijke patiënten, voor ingewikkelde situaties, voor de groep als geheel. Deze angsten kunnen zowel bewust zijn en in tegenoverdrachtsreacties worden ervaren alsook onbewust zijn en afgeweerd. Wanneer de therapeut zich niet bewust is van zijn emotionele reacties of niet in staat is om zijn interne angsten en conflicten te reguleren, kan dit leiden tot blokkades in de behandeling en tot breuken in de relatie. De angst van de therapeut kan het herstellen van relatiebreuken belemmeren. De Haas (2020) beschrijft hoe een angstige therapeut bij conflicten eerder zal kiezen voor een

beperkende dan een verruimende oplossing. Een verruimende oplossing komt tegemoet aan de wensen en verlangens van de groep, en biedt ruimte aan verdere verdieping van de onderlinge relaties en tot groei bij de groepsleden. Een beperkende oplossing komt tegemoet aan de angst, geeft weinig ruimte aan ontwikkeling en handhaaft vooral de veilige status quo. Een voorbeeld van een verruimende oplossing is dat groepsleden kritiek durven uiten op de therapeut en de therapeut deze aanhoort, serieus neemt en onderzoekt. Als de therapeut of de groep kritiek niet verdraagt en te beangstigend vindt, zal kritiek worden vermeden.

Dit proces heeft ook invloed op het zelfgevoel en de emotionele en professionele competenties van de therapeut. Net zoals bij groepsleden zal de therapeut bij zichzelf de determinanten moeten zoeken in eigen vroege ervaringen met betekenisvolle personen, relaties en groepservaringen.

De angsten van de groepstherapeut worden niet alleen gekleurd door neurotische aspecten, maar zijn tevens verbonden met het feit dat de therapeut ook gewoon een mens is. Leeftijd, de mate van ervaring met het klinische werk en ontwikkelingsfase zijn van invloed op de angsten die zich kunnen ontwikkelen. Zo kunnen voor een jongere therapeut conflicten en angsten rond intimiteit en seksualiteit meer spelen, en kunnen bij een oudere therapeut angsten rond verlies van relaties en rond eigen eindigheid meer op de voorgrond staan.

Onderzoek heeft aangetoond dat een van de factoren die een therapeut effectief maakt een goed ontwikkeld vermogen is om te mentaliseren en te reflecteren op de mentale processen, inclusief cognitieve en affectieve processen, die zowel intrapsychisch als

interpersoonlijk in zijn leven en in de therapiekamer plaatsvinden (Cologon e.a., 2017). Dat wat de therapeut in de behandeling belangrijk vindt voor de groepsleden – zich meer bewust worden van eigen (afgeweerde) gevoelens en die van de ander en hoe daarmee om te gaan – is ook voor zijn eigen functioneren en ontwikkeling van groot belang.

Niet alleen groepsleden, maar ook therapeuten kunnen bang zijn voor de groep

Dit artikel is gericht op de angsten van de therapeut en de rol die deze kunnen spelen in het ontstaan en repareren van relatiebreuken, en daarmee in de effectiviteit van de behandeling. Allereerst komen de angsten aan bod die de therapeut tijdens de voorbereidingsfase kan ervaren voor de groep. Ook het adviesgesprek voorafgaand aan de groepsbehandeling kan bij de therapeut angsten oproepen. Vervolgens wordt besproken hoe in verschillende fasen van de groepsontwikkeling kenmerkende angsten en conflicten bij de therapeut een rol kunnen spelen bij breuken in de relatie. Belicht wordt hoe de persoonlijkheid van de therapeut een belangrijk effect heeft op de wijze waarop hij met deze relatiebreuken omgaat.

Angst voor de groep als geheel

Niet alleen groepsleden, maar ook therapeuten kunnen bang zijn voor de groep. De beleving van (on)veiligheid in de groep wordt, ook voor de therapeut, in hoge mate

bepaald door vroegere ervaringen met groepen, in het bijzonder door ervaringen in het gezin van oorsprong. De dynamiek in de groepsruimte kan herinneringen oproepen aan vroege (groeps)ervaringen met de bijbehorende gevoelens en angsten: hoog-oplopende conflicten in het ouderlijk gezin, gepest worden op school, buitengesloten worden door de groep.

Elke groep wordt in aanvang gevormd door mensen die voor elkaar en voor de therapeut vreemden zijn. In de groep is er altijd sprake van dynamiek, waarbij verschillen tussen groepsleden leiden tot verschillende gevoelens, verlangens, angsten en conflicten, zowel intern als tussen de groepsleden. In die dynamiek kunnen relatiebreuken ontstaan en als deze niet goed worden opgelost kan de spanning hoog oplopen. Nitsun (2002, 2015) spreekt over de anti-groep als destructieve krachten de overhand krijgen, groepsleden zich niet meer veilig voelen en de groep uiteen dreigt te vallen. Dit kan de existentiële angst oproepen dat hij alleen komt te staan. De beginnende groepstherapeut kan zo onzeker en angstig zijn dat hij niet in staat is om een groep van zeven of acht vreemden met verschillende problemen en achtergronden te orkestreren tot een harmonieuze en samenwerkende eenheid (Billow, 2001). De therapeut kan bang zijn voor onenigheid, conflict, chaos en opstand, of bang zijn de eigen gevoelens niet meer te kunnen controleren. Ook kan de therapeut zich door de groep afgewezen of afgekeurd voelen. De angst om niet goed genoeg te zijn en te falen kan dan sterke gevoelens van schaamte en minderwaardigheid oproepen. Het zijn de gevoelens die de therapeut vroeger misschien heeft gezien in de ogen van zijn radeloze ouder of bij de

leerkracht die geen orde kon houden in de klas, waarop de groep zich als hongerige wolven die bloed roken op de leerkracht stortte en die huilend de klas verliet.

Angsten in verschillende fasen van de groep

Het adviesgesprek

Een goede voorbereiding op de groep is belangrijk voor de ontwikkeling van het proces en de cohesie. Dat betekent dat de taak en het doel van de groep zijn omschreven met een passende selectie van groepsdeelnemers en duidelijke groepsregels.

Als de patiënt in het adviesgesprek het voorstel krijgt om deel te nemen aan een groepsbehandeling stuit de therapeut dikwijls op weerstand. De therapeut die probeert om de patiënt te overtuigen of over te halen sorteert vaak weinig effect. De therapeut die graag met een groep wil starten maar nog te weinig deelnemers heeft, zal neigen tot overreding uit angst dat de groep anders niet kan doorgaan. Een onzekere therapeut ervaart de weerstand van de patiënt mogelijk als een persoonlijke afwijzing. Het raakt zijn zelfbeeld en zelfgevoel en de therapeut kan zich gekrenkt voelen, als persoon niet goed genoeg. Als de therapeut te ijverig probeert de patiënt te overtuigen, kan dit leiden tot een relatiebreuk omdat de patiënt zich voor het blok gezet voelt. Het is belangrijk dat de patiënt zich vrij voelt om te kiezen. De therapeut doet er goed aan om de eigen keuze van de patiënt te benadrukken, maar richt daarna de aandacht op de weerstand en de onderliggende angsten. Mogelijk biedt dit onderzoek aangrijpingspunten om de patiënt duidelijk te maken dat hij juist in de groepsbehandeling kan werken aan zijn klachten. De patiënt die moeite

heeft met grenzen stellen kan dit in de groep heel goed oefenen. De sociaal angstige patiënt kan in de groep zijn angsten onderzoeken en leren om wel de confrontatie aan te gaan, om contact te maken met

*Zoals het jonge kind
naar zijn ouders kijkt,
verwachten de groepsleden
dat de therapeut alles weet,
alles kan en geen
onzekerheden heeft*

anderen. De angst van de patiënt wordt dan geherformuleerd als een probleem dat bij uitstek geschikt is voor behandeling in de groep omdat zich juist daar mogelijkheden aandienen om te oefenen met ander, nieuw gedrag.

Beginfase: love all, know all, heal all

In de beginfase staat de therapeut centraal. Zoals het jonge kind naar zijn ouders kijkt, verwachten de groepsleden dat de therapeut alles weet, alles kan en geen onzekerheden heeft. De therapeut met niet opgeloste narcistische behoeften kan dan worstelen met eigen, niet realistische, grandioze professionele verwachtingen.

Brightman (1984) beschrijft een grandioos ego-ideaal dat een drietal narcistische trekken omvat: 1 *omnipotentie* (de wens om machtig te zijn), 2 *omniscience* (de wens om alles te weten) en 3 *totale welwillendheid* (de wens om liefdevol te zijn). Volgens deze auteur crasht de realiteit van de klinische

praktijk hard met dit ego-ideaal. Die botsing kan in de therapeut leiden tot gevoelens van hulpeloosheid en incompetentie. Dit leidt tot schaamte – een zelfkritisch, devaluerend oordeel over zijn professioneel functioneren. De therapeut kan dan bang zijn om niet goed genoeg te zijn.

Een ervaring van een collega:

‘Een aantal maanden na de start was mijn collega door ziekte afwezig en dat betekende dat ik de groep voor het eerst alleen zou gaan doen. Ik vond dat wel een beetje spannend, maar was ook wel nieuwsgierig hoe het zou gaan en hoe ik het er vanaf zou brengen. De groep was compleet en alleen de stoel van mijn co-therapeut was leeg. Voor ik iets kon meedelen werd er gevraagd waar zij was. Ik vertelde dat ze ziek was en dat de groep het vandaag dus alleen met mij moest doen. “Maar kan jij het wel alleen?” vroeg Hella, een jonge vrouw met angstklachten rechtstreeks aan mij. Ik weet niet meer precies wat ik geantwoord heb, maar ik weet wel dat haar angst zo voelbaar was dat ik er zelf acuut angstig van werd. Als zij twijfelde of ik de groep aan zou kunnen, was dat dan inderdaad ook een mogelijkheid? Wat als de hele groep aan mijn leiderschap zou twijfelen, als alle groepsleden vreesden dat ik de heftige emoties niet zou kunnen containen of niet in staat zou zijn het angstniveau te reguleren? Ik had geen enkel vergelijkingsmateriaal, had voorafgaand aan deze groep geen enkele groepservaring, en vandaag stond ik er voor het eerst alleen voor.

‘Er kwamen reacties van andere groepsleden. Een groepslid zei plagend dat ze het mij vandaag heel moeilijk gingen maken, terwijl een ander zei dat ze zich in de nabijheid van

mijn co-therapeut door haar duidelijkheid altijd heel veilig voelde. Daarop kon een ander voorzichtig zeggen dat ze ook vaak schrok van die duidelijkheid en daarom blij was dat ik wat gematigder was. Vervolgens ontstond er een korte uitwisseling in de groep over wat men aan mij en aan mijn co-therapeut beleefde en welke verschillen er in hun ogen tussen ons waren. Het gaf mij de ruimte om enigszins achterover te leunen, maar omdat het voor het eerst was dat wij therapeuten onderwerp van gesprek waren, was dat voor mij nog allesbehalve veilig. Pas nadat Hella het woord nam en met veel expressie van emoties een pijnlijke ervaring inbracht, voelde ik me weer op bekend terrein. Ik kon rustig exploreren en hier en daar wat duiden, terwijl de overige groepsleden betrokken en empathisch op haar reageerden. Het lukte me haar kwetsbare inbreng te valideren met steun gevende interventies, waarbij haar angstniveau, dat van de groep, en ook mijn eigen angstniveau daalden. "Het ging eigenlijk helemaal niet zo slecht vandaag!" was het ambivalente compliment van de groep aan het eind van de zitting.'

In de beginfase stelt de groep zich afhankelijk op van de therapeut. Enerzijds voelt de therapeut zich verantwoordelijk voor een succesvolle behandeling, anderzijds wordt de angst gevoeld dat de patiënten niet of onvoldoende zullen profiteren van de behandeling of voortijdig zullen afhaken. Als de therapeut gevoelens van onzekerheid, frustratie, boosheid, schuld en schaamte bij zichzelf tegenkomt, wordt die angst nog eens versterkt. De onzekere therapeut beleeft het feit dat het groepslid niet vooruitgaat vaak als eigen falen of tekortschiet-

ten. Onderliggend lijkt er sprake te zijn van grootheidsg gevoelens: 'Als zij niet genezen, heb ik het dus niet goed gedaan.' Het professionele zelfbeeld en het zelfgevoel van de therapeut zijn dan afhankelijk van de ontwikkeling van de groepsleden en de groep. Een negatief zelfgevoel kan worden versterkt door druk vanuit het management om productiecijfers te behalen en door regelmatig verantwoording te moeten afleggen over resultaten via vragenlijsten, zoals ROM. Omdat behandelingen vaak kortdurend moeten zijn, kan ook de tijdsdruk negatief bijdragen.

De onzekere groepstherapeut weet niet meer wat te doen en geeft het op of is geneigd om de kar te gaan trekken. In het laatste geval werkt hij vaak harder dan de patiënten. De vaardige groepstherapeut voelt zich niet uitgeschakeld maar zal tegenoverdrachtsgevoelens gebruiken om het proces en de gevoelens van onzekerheid en machteloosheid bij de groepsleden te

*De onbewuste angst van
de afhankelijke therapeut
is dat de groepsleden
hem niet meer nodig hebben
en hij komt alleen te staan*

onderzoeken, zowel in de huidige situatie als ook in de voorgeschiedenis van de groepsleden. Vooral het uiten van boosheid dat de therapeut (net als hun ouders) niet voldoet aan hun verwachtingen en dat ze zelf aan de slag moeten, zal hij faciliteren. De groepstherapeut moet zich bewust zijn

van zowel de mogelijkheden als de beperkingen van de groepsleden afzonderlijk en van de groep als geheel. De therapeut kan niet meer bewerkstelligen dan de mogelijkheden van de groep of de groepsleden toelaten, en niet meer dan wat de deelnemers durven of wensen te bereiken. Andersom is het natuurlijk ook zo dat de groep niet verder komt als de groepstherapeut zelf geremd of geblokkeerd wordt door bepaalde behoeften of angsten.

De afhankelijke groepstherapeut kan de groep nodig hebben om voor de groepsleden de universele verzorger te blijven (Koenig en Lindner, 1994). In psychoanalytische taal ontstaat dan een orale, afhankelijke collusie tussen de therapeut en de groep. Therapeut en groepsleden hebben elkaar nodig om te zorgen en verzorgd te worden. De onbewuste angst van de therapeut is dat de groepsleden zich zullen ontwikkelen en dat zij zich van hem gaan losmaken. Ze hebben hem dan niet meer nodig en hij komt alleen te staan. De zorgende therapeut kan onbewust de ontwikkeling van groepsleden in de richting van loslaten en autonomie tegenwerken (het 'lege-nest-syndroom').

Een jonge collega zegt hierover:

'Wat ik herken is de angst om het niet goed te doen in behandelingen ('door de mand te vallen/ik kan het niet'). Zo heb ik een keer een erg veeleisende patiënt gehad die alles bij mij legde en zelf nagenoeg geen verantwoordelijkheid nam om de behandeling te doen slagen. Ik raakte dan zelf heel gespannen en het voelde alsof ik met de oplossing(en) moest komen. Zeker toen deze patiënt vertelde dat zij geen verbetering ervoer, nam de angst bij mij verder toe. Ik heb dit besproken tijdens mijn werkbegeleiding (dit

was nog in het begin van mijn carrière) en daarna ben ik het gesprek hierover aangegaan met deze patiënt. Ik zei dat ik het gevoel had dat ik vooral heel hard moest werken en zij zich minder aan het inspannen was. Ze reageerde eerst wat verbaasd, maar we hebben het er uiteindelijk goed over kunnen hebben waardoor bij mij de angst ook afnam. Elke keer als ze wat kritisch werd, kon ik dit benoemen en zo lukte het ons om meer samen te werken in plaats van tegenover elkaar te staan.'

Autoriteitsfase

In de autoriteitsfase gaan de groepsleden kritiek uiten op de therapie of op de therapeut. Zij kunnen zijn vakbekwaamheid ter discussie stellen. De groepstherapeut(en) en de groepstherapie voldoen niet meer aan hun verwachtingen. In de groepsontwikkeling is dit een normaal fenomeen. Het kan niettemin bedreigend zijn voor de therapeut als de kritiek als devaluatie wordt beleefd. De kritiek raakt dan aan het zelfgevoel en de competentie als therapeut: 'Ik doe het niet goed, ik faal'. De kritiek kan bewuste of latente gevoelens van onzekerheid oproepen. De therapeut kan ertoe neigen om zich te gaan verdedigen of verklaren om aan de kritiek van de groep tegemoet te komen en de agressie te beteugelen.

Ik citeer een beginnende groepstherapeut: 'Ik voelde me onzeker en bang toen de groep vond dat ik te weinig deed en zij zeiden dat ze niet het gevoel hadden dat ze iets aan de groep hadden. Ik was bang om het contact met hen te verliezen. Ik denk dat het te maken heeft met het feit dat ik me vroeger vaak buitengesloten heb gevoeld. Thuis en ook op school hoorde ik er niet bij.'

De onzekere, dwangmatige therapeut wil controle houden. Hij is bang dat de groep de teugels in handen neemt, bang om het contact met de groep te verliezen en dat groepsleden de groep zullen verlaten. De therapeut kan zijn angst overdekken met dominantie, door te doen alsof hij alles weet, door de touwtjes stevig in eigen hand te houden. De therapeut die rigide vasthoudt aan naleving van het protocol kan daarmee de alliantie verzwakken en de weerstand tegen de behandeling vergroten (Wampold, 2015).

*‘Ik begreep dat mijn neiging
om tussenbeide te komen
voortkwam uit mijn eigen
familiegeschiedenis’*

De onzekere therapeut kan bang zijn voor het onvoorspelbare, voor gevoelens die mogelijk gaan opspelen. Hij heeft blijkbaar weinig vertrouwen in de zelfredzaamheid van de groepsleden of in de mogelijkheid dat ze met elkaar dingen kunnen ontdekken.

Een collega:

‘Ik zweeg omdat ik van oordeel was dat de groep in staat was om met elkaar de relatiebreuk te herstellen. Toch voelde ik me ongerust en vroeg me af of ik het bij het juiste eind had. Ik voelde meerdere keren de neiging om in te grijpen en de controle over te nemen en daarmee de situatie onschadelijk te maken. Ik hield me in en probeerde empathisch met de hele groep om te gaan, zonder het over te nemen. Ik was bang voor verlies van de groepscohesie, van mogelijke

fragmentatie, maar bleef me kalm gedragen terwijl de groep zijn werk deed. Ik begreep dat mijn neiging om tussenbeide te komen voortkwam uit mijn eigen familiegeschiedenis, waarin vooral tussen broers en zussen regelmatig aanvaringen waren en ik bang was dat het gezin uit elkaar zou vallen. Door mijn lange ervaring met deze therapiegroep wist ik dat dat de groep in staat was om relatiebreuken te herstellen. Omdat het conflict nu heftiger was dan ik eerder had meegemaakt, had ik meer dan anders moeite om stil te blijven. Ik beseftte dat als ik de controle van hen zou overnemen, ik hen tekort zou doen omdat ik daarmee zou aangeven dat ik hen niet vertrouwde in hun vaardigheden om met elkaar in contact te komen. Toen ik dit beseftte, ontspande ik en kon ik de groep zijn werk laten doen.’

Kritiek in de groep kan echter ook als constructief beleefd worden. De groepsleden voelen zich blijkbaar veilig genoeg om de autoriteit van de therapeut aan te vallen. Het is een belangrijke stap in de ontwikkeling naar meer autonomie. De therapeut die dit onderkent en niet bang is voor kritiek zal deze verwelkomen als een positieve ontwikkeling. Hij zal zich niet verdedigen, maar de groep juist uitnodigen om kritiek te uiten als die zich aandient. Hij zal zich empathisch en onderzoekend opstellen en vragen of de kritiek die bij een of enkele groepsleden speelt door andere groepsleden gedeeld wordt en of er misschien nog meer kritiekpunten zijn. Zo laat de therapeut zien dat hij stevig in zijn schoenen staat en de uitdaging aankan. Daarmee biedt hij de groep veiligheid. Veel groepsleden zullen in hun voorgeschiedenis de ervaring hebben gehad dat de ander, meestal de ouder, boosheid of kritiek

niet verdroeg, gekrenkt of gekwetst reageerde en daarmee het kind afwees. De therapeut die zich staande houdt en zich welwillend, begripvol en onderzoekend opstelt is daardoor een veilige container voor de gevoelens van de groep, in dit geval boosheid en woede. Dit is een belangrijke corrigerende emotionele ervaring. Kritiek van groepsleden kan uiteraard reëel en daarmee terecht zijn. Als de therapeut toegeeft dat hij iets niet goed heeft gedaan en zijn excuses aanbiedt, ervaart de ander erkenning. Voor de groepsleden is dit een belangrijke ervaring: de therapeut is menselijk en kan net als zij fouten maken.

Middenfase

Als de autoriteitscrisis is opgelost gaan de groepsleden zich meer op elkaar richten en neemt de onderlinge interactie toe. Groepsleden vergelijken zichzelf met de ander. De therapeut kan bang zijn voor gevoelens van rivaliteit, afgunst en jaloezie die gaan spelen. Deze gevoelens kunnen ook tussen de co-therapeuten optreden. De therapeut kan bang zijn voor stiltes, voor agressie, voor intimiteit en seksualiteit, voor complexe patiënten of situaties.

Rivaliteit met groepsleden

De therapeut die zich onzeker voelt over zijn eigen volwassen kwaliteiten zal geneigd zijn om zichzelf te bewijzen en de anderen te overtreffen. De rivaliserende therapeut is bang om zich in vergelijking met de ander de mindere te voelen. De therapeut verlangt naar aanzien en is bang om die te verliezen nu hij minder centraal staat. Hij kan gevoelens van rivaliteit en afgunst ontwikkelen tegenover groepsleden die in zijn ogen meer hebben bereikt of tegenover groepsleden

met eigenschappen die de groep mogelijk in hem mist. De groepsleden die in de ogen van de therapeut met hem rivaliseren kunnen van hun kant de therapeut idealiseren. Dan is het voor de therapeut moeilijk om hier niet in mee te gaan. De therapeut die kan reflecteren op dit proces en zijn gevoelens kan toelaten en begrijpen, leert zichzelf en de anderen beter kennen. Als hij zichzelf kan accepteren kan hij ook zijn waardering uitspreken voor de goede inbreng van de groepsleden. Groepsleden zijn soms in staat om zaken beter te verwoorden dan de therapeut. Wanneer de therapeut het zicht op het proces is verloren kan hij als interventie aan de groep vragen om hem te helpen bij het in kaart brengen van wat er gaande is: 'Hebben jullie een idee over wat er nu gebeurt in de groep?' Voor de therapeut die denkt dat hij dat zelf zou moeten weten, kan deze vraag te schaamtevol zijn.

De ervaren therapeut kan het bedreigend vinden als zijn jongere collega fraaie interventies inbrengt

Rivaliteit met de co-therapeut

In de samenwerking met de co-therapeut kunnen zich ook relatiebreuken voordoen. Het is gebruikelijk dat co-therapeuten met verschillende oriëntaties worstelen met de vraag welke richting de groep moet inslaan (Bridbord & De Lucia-Waack, 2011). De ene therapeut kan meer emotie-gericht zijn en willen dat de groepsleden het proces en de onderliggende gevoelens onderzoeken,

terwijl de andere therapeut voorkeur heeft voor structuur, het volgen van het protocol en liever focust op het oplossen van problemen. Er kan een relatiebreuk ontstaan als een therapeut met zijn interventies die van zijn collega ongedaan maakt. De therapeut die meer aandacht geeft aan het hier-en-nu proces, kan bang zijn dat hij te veel afwijkt van het protocol. Er kan onenigheid zijn over de taakverdeling en over het doel van de behandeling. De jongere of minder ervaren co-therapeut kan bang zijn om zijn plek te claimen. De meer ervaren therapeut kan het bedreigend vinden als zijn jongere collega fraaie interventies inbrengt. Hij kan bang zijn dat de groep zijn collega niet alleen bekwamer, maar ook aardiger en liever vindt. Onderliggend kan hij bang zijn dat de groep de voorkeur geeft aan de ander en hem niet meer nodig heeft.

Ook machtsverschillen kunnen tot een relatiebreuk leiden. Als de beginnende therapeut een groep doet met zijn werkbegeleider of supervisor kan dit tot onderlinge spanningen leiden die voor de groep waarneembaar zijn en het gevoel van veiligheid ondermijnen.

Ook verschil in geslacht, religieuze achtergrond of huidskleur van de therapeuten kan invloed hebben op de relatie. Groepsleden kunnen verschillend reageren op therapeuten die verschillen in dergelijke aspecten. Als dit spanningen in de relatie geeft die niet besproken en onderzocht worden, zal dit de voortgang in de groep belemmeren en de cohesie negatief beïnvloeden. Het is belangrijk dat de therapeuten na de groepszitting tijd nemen om het proces en hun gevoelens daarbij te onderzoeken en te bespreken. Ook supervisie is hiervoor een belangrijk hulpmiddel.

Angst voor stilte

De verantwoordelijkheid die de therapeut ervaart kan mede verklaren waarom hij net als zijn patiënten moeite kan hebben met stilte in de groep. Stilte kan een belangrijk moment zijn. De deelnemers kunnen stilstaan bij hun gevoelens, gedachten, fantasieën en wensen. Stilte is dan een vruchtbaar moment waarop wezenlijke zaken aan de oppervlakte kunnen komen. Stilte kan echter ook spanning en angst oproepen. Er kan sprake zijn van angst om onderliggende gevoelens te onderzoeken en de bijbehorende pijn te voelen. De spanning die de stilte oproept kan worden afgeweerd door te gaan praten, door actie. Vermijden van stilte kan ook voortkomen uit de gedachte dat er toch iets moet gebeuren, dat de beschikbare tijd kort is en dat de tijd goed benut moet worden. Nu groepsbehandeling meestal gelimiteerd is, doet de tijdsdruk zich meer voelen.

De therapeut zal zich afvragen of het zinvol is om de stilte te laten voortduren dan wel te interveniëren. Als de interventie te vroeg komt kan dit het innerlijke zoekproces verstoren. Het te lang laten voortduren van stilte kan de spanning doen toenemen waardoor het voor groepsleden nog beangstigender wordt om zich te laten horen of zien. De therapeut moet zich altijd afvragen of hij de stilte doorbreekt omdat die voor de groep lastig te hanteren lijkt of omdat hij zelf de stilte moeilijk meer kan verdragen.

Angst voor agressie

Als de therapeut zijn patiënten uitnodigt om hun gevoelens en gedachten hardop te verwoorden in de groep, impliceert dit dat zij ook uiting kunnen gaan geven aan gevoelens van irritatie, kritiek, boosheid, woede,

vijandigheid en zelfs haat. Gevoelens, gedachten en wensen mogen geuit worden, maar uiteraard niet in daden worden omgezet. Als de groepsleden heftige negatieve gevoelens verwoorden kan dit voor de therapeut bedreigend zijn. Hij kan bang zijn dat er een conflict ontstaat tussen groepsleden en dat hij daar niet mee kan omgaan. Hij kan bang

‘Ik begrijp er niks van en vrees dat hij de groep meekrijgt in zijn woede’

zijn voor escalaties en verlies van controle. Hij kan bang zijn dat boze groepsleden de groep zullen verlaten. Hij kan dan het gevoel krijgen dat hij heeft gefaald.

Als afweer kan de therapeut benadrukken dat beleefdheid in de groep de norm is, maar dat is een beperkende oplossing van het conflict. Als de groepsleden signaleren dat de therapeut angstig wordt, zullen zij zich niet veilig genoeg voelen om hun gevoelens te uiten. De therapeut die zich vanuit angst niet kan identificeren met het agressieve groepslid kan zich onvoldoende inleven in de onderliggende emotionele pijn en in de behoefte om begrepen te worden. Hij is niet in staat om de gevoelens van het groepslid te containen.

Een collega:

‘Ik leid al jaren een psychodynamische groep in vrijgevestigde praktijk. Co-therapeut is een psychiater/groepstherapeut. We doen de groep nu zeven jaar samen. Het is midden in de lockdown dus we werken online. Het lukt één patiënt al weken niet om

zijn microfoon te laten werken, waardoor hij niet verstaanbaar is. Vier weken lang vraagt hij mij vóór de groep te oefenen of zijn laptop het doet. De groepsleden problematiseren niet dat hij eigenlijk niet mee kan doen en alleen kan luisteren. Ze laten hem ‘stom’. Ik stel hem voor dat hij een andere laptop gaat regelen. Het groepslid blijkt vervolgens erg boos op mij te zijn. Dat had ik niet zien aankomen en ik ben zelfs verbaasd. Ik ben hem immers een aantal weken ter wille geweest door te ‘oefenen’. Onderliggend heb ik me behoorlijk geërgerd aan de koppigheid en de vanzelfsprekendheid waarmee het groepslid mijn tijd vraagt zonder daar erkentelijk voor te zijn.

‘De woede in de groep is indrukwekkend; hij is razend op me. Ik begrijp er niks van en ik vrees dat hij de groep meekrijgt in zijn woede, dat ze geloven wat hij in zijn achterdocht over mij zegt. Mijn co-therapeut lijkt verlamd en doet niets. Er is een splitsing gaande en ik lijk de fouterik. Patiënt besteedt zijn faalangst aan mij uit.

‘Achteraf hebben we in een aantal sessies de dynamiek kunnen uitwerken. Mijn angst ging pas weg nadat ik had besproken dat ik me onvrij ging voelen, ik mijn co-therapeut kon zeggen dat ik me in de steek gelaten voelde en nadat de desbetreffende patiënt zijn vroegkinderlijke woede ging begrijpen en uit de overdracht naar mij kon komen. En nadat de groepsleden beseften dat ze hun ergernis naar hun medegroepslid niet uit hadden gesproken en hem te veel hadden gelaten.’

De therapeut kan ook bang zijn voor zijn agressieve tegenoverdrachtsgevoelens, vertelt een andere collega:

‘Lisa is een 40-jarig groepslid met stem-

mingsproblemen en onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Vanwege haar rugklachten kan ze vaak niet blijven zitten en gaat ze naast haar stoel staan of loopt ze rond in de kamer. Ik voel regelmatig irritatie omdat ik het beleef als een vorm van aandacht trekken, die misschien ook versterkt wordt door haar neiging om haar problemen te externaliseren. Mijn interventies komen niet aan en ik krijg niet echt contact met haar.

'Die zitting vertelt Lisa over een consult bij de UWV-arts. Ze beschrijft hoe de arts haar dwong om allerlei lichamelijke posities in te nemen die voor haar heel pijnlijk waren maar waaraan ze zich onderwierp. Het deed mij denken aan een sadomasochistische interactie. De groep reageert verontwaardigd en uit boosheid over het gedrag van de arts. Ik merk zelf dat ik boosheid naar Lisa ga voelen omdat zij zich als machteloos slachtoffer opstelt. Dat wordt merkbaar in mijn interventies als ik haar daarmee confronteer. Ik schrik van mijn heftige gevoelens en mijn gedrag, en ik voel me ook angstig omdat ik in een rol ben gekomen die mij overvalt. Ik kom in dezelfde positie als de UWV-arts en voel me een sadistische therapeut. Mijn co-therapeut reageert niet. Als een van de oudere groepsleden mij confronteert met mijn opmerkingen en zegt dat hij dit niet van mij gewend is, lukt het om afstand te nemen en niet meer vanuit tegenoverdracht te ageren. 'In de nabespreking met mijn co-therapeut besef ik dat de situatie gevoelens heeft geactiveerd uit mijn eigen jeugd, waarin gevoelens van verantwoordelijkheid, angst, machteloosheid en (afgeweerde) woede een belangrijke rol hebben gespeeld. Ik voelde me toen klem zitten tussen het beroep wat

een jongere zus met epilepsie op mij deed en mijn ouders die zich geen raad wisten met haar ziekte.'

Angst voor intimiteit en seksualiteit

Als de groepsleden zich veiliger gaan voelen kunnen dieperliggende, primitieve wensen en behoeften geuit worden. Bij de intimiteitscrisis is er een emotioneel conflict tussen het verlangen naar nabijheid en de angst die dit verlangen oproept. De gehechtheidsstijl van de groepstherapeut is een belangrijke factor bij relatiebreuken en het herstellen ervan. Davidovitz e.a. (2007) vonden dat angstig gehechte therapeuten de neiging hebben om zich meer op zichzelf en op hun eigen behoeften te richten dan op die van hun patiënten. Angstig gehechte groepsleden zijn op hun beurt gevoeliger voor relatiebreuken en zoeken meer steun bij de therapeut. Vermijdend gehechte therapeuten tonen minder zelfreflectie en merken relatiebreuken minder vaak op, waardoor ze de groepsleden minder emotionele steun geven. Angstig gehechte therapeuten blijken gevoeliger te zijn voor spanningen bij relatiebreuken, maar ze zijn meer teleurgesteld en minder positief over de relatie na het conflict (Mikulincer & Shaver, 2007). Zij lijken minder vaardigheden te hebben om de breuken te herstellen. Bar-Levay (1988) beschrijft bij de onveilig gehechte groepsleider de onderliggende onbewuste angsten voor binding en verlating. De therapeut die bang is voor intimiteit, de directe interactie met de groepsleden en de gevoelens en conflicten die deze bij hem kunnen oproepen, zal geneigd zijn om op veilige afstand te blijven. Hij kan zich verbergen achter een beroepsmatige neutraliteit. Hij kan voorkeur hebben voor een

groepsbehandeling waarin er een duidelijk programma is met een gestructureerd protocol. Voor de therapeut is het veiliger om gestructureerde oefeningen uit het boek te doen dan om te werken met de interacties en de gevoelens die op dat moment spelen. Het verlangen van de therapeut naar nabijheid en intimiteit kan bij de patiënt die behoefte heeft aan erkenning en steun leiden tot een positieve relatie, een andere patiënt kan de therapeut echter als te nabij of opdringerig beleven. Als de therapeut moeite heeft met afstand en loslaten kan de patiënt zich ingeperkt en niet vrij voelen, wat ten koste gaat van het streven naar autonomie.

Intimiteit, erotiek en seksualiteit zijn existentiële gevoelens waarover uit schaamte weinig wordt gesproken. In groepsbehandeling kunnen zich erotische gevoelens, verlangens en fantasieën ontwikkelen tussen groepsleden onderling, van een groepslid naar een therapeut, van een therapeut naar een groepslid en tussen de therapeuten. Als deze gevoelens niet besproken en onderzocht worden neemt de kans op het uitageren van dergelijke gevoelens toe. Dit zijn belangrijke thema's voor supervisie en intervisie.

In een groot onderzoek onder therapeuten meldde een meerderheid dat ze seksuele gevoelens voor patiënten hadden ervaren en dat dit gevoel als zodanig (dus niet ernaar handelen) leidde tot gevoelens van schuld, angst en verwarring (Pope & Tabachnick, 1993). De therapeut kan zich schamen om bij intervisie of supervisie over deze gevoelens te praten omdat hij bang is te worden bekritiseerd. Ook kan hij vrezen dat het zal worden beschouwd als teken van ontoereikendheid als therapeut. De therapeut die

zich geen raad weet met deze gevoelens en fantasieën zal het moeilijk vinden om deze in de groep te exploreren. In de groepsbehandeling zal door de aanwezigheid van andere groepsleden en een co-therapeut grensoverschrijdend gedrag minder kans krijgen dan in een individuele setting. Hebbrecht (1997) schrijft dat de psychoanalytische behandeling slechts effectief kan zijn als er ruimte is voor verleiden en erotiseren. Hoe vrij voelt de therapeut zich om deze gevoelens toe te laten en erover te reflecteren? De therapeut die niet bang is voor deze gevoelens kan de groepsleden helpen om hun gevoelens niet uit te ageren maar te bespreken en te onderzoeken.

Angst voor complexe patiënten of situaties

Veel patiënten hebben als kind te horen gekregen dat ze lastig waren. Vaak betekende dit dat de ouders of leerkrachten zich geen raad wisten met het gedrag van het kind. Als wij bij onze groepstherapieën bepaalde patiënten als moeilijk beleven, heeft dit mogelijk ook te maken met de vraag of wij in staat zijn om de problematiek van de patiënt te begrijpen. Enerzijds proberen wij de groep zo veilig te maken dat alle groepsleden zich vrij durven te uiten, waarbij ook de minder mooie kanten van de persoonlijkheid naar voren komen. Tegelijkertijd kan dit door de therapeut als minder wenselijk of als bedreigend worden beleefd. De angstige therapeut kan met de groep samenspannen om het moeilijke groepslid, die het zwarte schaap is geworden, uit de groep te bannen. Groepsleden met een zwakke afweerstructuur hebben de neiging om gemakkelijk te reageren op sterke en regressieve affecten en zijn vaak zeer beïnvloedbaar.

Een voorbeeld van een collega:

'Ik heb angst ervaren op het moment dat een cliënte in een herbeleving schoot in de groep. Ze ging schokken en was niet meer bereikbaar. Ik deed de groep samen met een onervaren groepstherapeut. Daarbij was er ook nog sprake van corona en ik was hoogzwanger. Cliënte had geen mondkapje op en ik was nog niet gevaccineerd. Ik voelde even paniek in mijn lijf, wetende dat ik op dat moment de enige was die zou gaan handelen. De overige groepsleden schrokken heel erg, sommigen gingen huilen. Ik voelde de paniek vooral in mijn buik en borstkas, merkte dat ik hoger ging ademhalen. Ik ben naar cliënte toegegaan, ben voor haar neergehurkt, heb haar armen vastgepakt en heb tegen haar gesproken. Ik heb tegen haar gezegd dat ze veilig was, dat ze niet bang

*De grootste angst van
de therapeut is dat de
patiënt dreigt met suïcide,
pogingen hiertoe doet
of zich suïcideert*

hoefde te zijn, dat haar niets kon gebeuren, dat ik bij haar was (mijn eigen naam genoemd) en steeds weer haar naam tegen haar gezegd. Ik heb gezegd dat ze haar ogen mocht openen, dat ik bij haar zou blijven en heb in haar armen 'geknepen' om haar weer in het hier en nu te krijgen. Ook heb ik gezegd dat ze haar voeten op de vloer mocht voelen, dat ze mijn handen op haar armen mocht voelen. Uiteindelijk deed ze haar ogen weer open en kwam ze weer terug.

Ik heb mijn collega gevraagd om even wat water voor haar te halen. Hierna zijn we met elkaar in gesprek gegaan over wat er gebeurde en wat dit bij iedereen opriep, hoe het voor hen was, hoe ze zich erbij voelden en wat ze hierna nog nodig hadden.'

De grootste angst van de therapeut is dat de patiënt dreigt met suïcide, pogingen hiertoe doet of zich suïcideert. Als het gebeurt is het voor de therapeut en de groep een traumatische ervaring, waarbij gevoelens van angst en schuld gepaard gaan met zelfverwijt, rouw, machteloosheid en boosheid.

Drie verhalen uit de praktijk:

'Ik gaf samen met mijn co-therapeut een groep voor patiënten met ernstige depressieve klachten. Vijf minuten voor tijd vertelde een patiënte in detail over haar suïcidepoging het weekend ervoor. Mijn co-therapeut en ik schrokken ons wild: we wisten van niets, de directe behandelaars hadden ons niet geïnformeerd. We maakten ons zorgen over onze patiënte maar ook over de veiligheid van de groep. De desbetreffende patiënte hebben we onderbroken, de veiligheid rondom haar bevraagd (het was niet meer actueel en ze had al contact met haar directe behandelaars), de heftigheid voor patiënte en de groep benoemd en gevraagd hoe iedereen zich voelde nu we de sessie zouden gaan afronden. Achteraf hebben we de patiënte gebeld en ook de directe behandelaars van de andere patiënten gevraagd om de patiënten te bellen: hoe het met hen gaat en of er nog iets nodig is. 'In de daaropvolgende sessie hebben we teruggeblikt, zowel op het verhaal van de patiënte als op hoe de anderen zich voelden. Het bleek een thema van patiënte te zijn om

op ingewikkelde momenten een “bommetje” neer te leggen. Ze benoemde dit zelf ook en wilde graag oefenen hoe het anders te doen. De groep reageerde begripvol, meerdere groepsleden hadden de nazorg na de vorige sessie als prettig ervaren maar ervoeren het duidelijk minder heftig dan dat ik dat heb gevoeld. Ik denk dat ik meer ben geschrokken doordat ik mij verantwoordelijk voel. Overigens vind ik niet dat suicide taboe in de groep moet zijn, maar ik schrok vooral van de timing en de vraag hoe we de groep goed konden afhechten.’

‘Door twee zelfmoorden binnen 24 uur verloor ik alle gevoel van controle, wat heel onveilig voelde. Ik had last van angstbeelden en zag de hele tijd mijn dochter doodgaan. Iets wat voortvloeide uit de nagesprekken met de ouders, waarin de ravage tot me doordrong die de dood van hun kind had aangericht in hun leven’ (Timmermans, 2020.)

‘Ruim een jaar geleden heeft een patiënte die deelnam aan de groepsbehandeling die ik samen met een collega gaf, zichzelf onverwacht, en wij vermoeden niet doelbewust, om het leven gebracht. Ik heb mij angstig gevoeld tijdens het gesprek met haar zus en zwager nadien, waarin veel boosheid naar voren kwam vanuit de familie. Persoonlijke verwijten in combinatie met een agressieve toon, maakten dat ik mij angstig en onzeker voelde.’

Bij de therapeut, die zich vaak al schuldig voelt, kan het ook angst oproepen dat hij zich moet verantwoorden tegenover de nabestaanden, zijn collegae of, als er een onderzoek komt, de Inspectie.

Beëindigingsfase

Het besef van het naderende einde van de groepstherapie roept bij de groepsleden verlatingsangst op, maar ook de wens om afscheid te durven nemen en hun eigen weg te gaan. Ook de therapeut kan moeite hebben met het afscheid van de groep. Daarbij kunnen ervaringen uit zijn persoonlijke geschiedenis en zijn onvervulde behoeften een rol spelen. Martin en Schurtman (1985) noemen vijf verschillende bronnen van angst die de therapeut in de afscheidsfase van de groep kan ervaren. Het afscheid kan bij hem separatie-angst oproepen waarbij hij zich in de steek gelaten voelt of schuldig aan het in de steek laten van de ander. Omdat de relatie met het groepslid in de eindfase van de behandeling gelijkwaardiger is geworden, kan de therapeut bang zijn uit zijn professionele rol te vallen. Hij kan bang zijn voor de emotionele reacties van het vertrekkende groepslid dat conflicten uit vroegere onopgeloste ervaringen zou kunnen projecteren op de therapeut. Hij kan zich ongemakkelijk voelen omdat hij weet dat het afscheidproces belangrijk is en vreest hierbij tekort te schieten. Ten slotte kan hij bang zijn voor zijn emotionele reactie op het verlies van een ook voor hem betekenisvolle relatie. Door weinig aandacht te besteden aan het afscheid kan hij het probleem vermijden. Voor veel patiënten is afscheid nemen in het verleden pijnlijk geweest en niet verwerkt. Ook in deze fase is het belangrijk dat de therapeut zijn angsten kan herkennen en erkennen en dat hij zicht heeft op de wijze waarop deze kunnen worden afgeweerd. Hij is dan in staat om de groep te helpen om deze pijnlijke emoties te doorvoelen en ermee om te gaan, zodat het afscheid nu wel goed kan verlopen.

Tot slot

Het optreden van breuken in de therapeutische relatie is onvermijdelijk en vergelijkbaar met wrijvingen en conflicten die inherent zijn aan andere meer intieme relaties tussen individuen (Hafkenscheid & Gundrum, 2010). Breuken en het herstellen daarvan spelen een belangrijke rol in het verbeteren van relaties, een toename van de cohesie in de groep en het succes van behandeling (Muran e.a., 2021; van Paassen, 2022). Sommige therapeuten zijn bekwaam in het ontdekken en repareren van stagnaties dan andere (Talbot e.a., 2019). Bij stagnaties, oftewel breuken in de relatie, onderzoekt de groepstherapeut samen met de groepsleden het proces tussen groepsleden onderling, tussen de therapeut en individuele groepsleden en tussen de therapeut en de groep als geheel. De *good enough*-therapeut 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. Angst speelt daarin een belangrijke rol. De therapeut onderzoekt hoe en op welke momenten in zijn therapeutisch handelen angst en afweer van angst optreden. Angst is dan niet een gevaar dat vermeden moet worden, maar een emotie die kan worden doorvoeld. Die gevoelservaring helpt ons om meer inzicht te krijgen in onszelf en onze relatie met anderen. Dit versterkt ons inlevingsvermogen. De therapeut die goed kan reflecteren en mentaliseren kan beter omgaan met zijn angsten. Hij kan een goede container zijn voor de angsten van de groepsleden, waardoor ook zij leren mentaliseren om zo hun eigen angsten te begrijpen, verdragen en hantieren. Dat maakt hen vaardig om in de toekomst relatiebreuken het hoofd te bieden.

Frans van Paassen is psychotherapeut en opleider NVGP. Hij werkt in eigen praktijk, zie fvanpaassenpsychotherapie.nl. Contact: fvanpaassen@upcmail.nl.

Literatuur

Bar-Levay, R. (1988). *Thinking in the shadow of feelings*. New York: Simon and Shuster.

Billow, R.M. (2001). Therapist's anxiety and resistance to group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(2), p. 225-242.

Bridbord, K. & De Lucia-Waack, J. (2011). Personality, leadership style and theoretical orientation as predictors of group co-leadership satisfaction. *The Journal for Specialists in Group Work*, 36(3), p. 202-221.

Brightman, B.K. (1984-1985). Narcissistic issues in the training experience of the psychotherapist. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 10, p. 293-317.

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

Cologon, J., Schweitzer, R., King, R. & Nolte, T. (2017) Therapist reflective functioning, therapist attachment style and therapist effectiveness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(5), p. 614-625.

Davidovitz, R., Mikulincer, M., Shaver, P.R., Izsak, R. & Popper, M. (2007). Leaders as attachment figures: Leaders' attachment orientations predict leadership-related mental representations and followers' performance and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(4), p. 632-650.

Haas, W.de (2020). *Groepsbehandeling en teambegeleiding in de zorg*. Amsterdam: Boom.

Hafkenscheid, A. & Gundrum, M. (2010). De therapeutische relatie als onderhandelingsproces: Het resolutiemodel voor alliantiebarsten van Safran. *Gedragstherapie*, 43(2), p. 127-128.

Hebbrecht, M. (1997), Behandelen met liefde. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 39, p. 912-922.

Koenig, K. & Lindner, W-V. (1994). *Psychoanalytic group therapy*. Northvale, NJ: Aronson.

Martin, E.S. & Schurtman, R. (1985). Termination anxiety as it affects the therapist. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 22(1), p. 92-96.

Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2007). Boosting attachment security to promote mental health, prosocial values, and inter-group tolerance. *Psychological Inquiry*, 18(3), p. 139-156.

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.

Nitsun, M. (2002). *The Anti-Group. Destructive forces in the group and their creative potential*. London/ New York: Routledge.

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

Paassen, F. van (2022). Het signaleren en repareren van relatiebreuken in de groep. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie* 17(3), p. 15-29.

Pope, K.S. & Tabachnick, B.G. (1993). Therapists' anger, hate, fear, and sexual feelings: National survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), p. 142-152.

Talbot, C., Ostiguy-Pion, R., Painchaud, E., Lafrance, C. & Descôteaux, J. (2019). Detecting alliance ruptures: The effects of the therapist's experience, attachment, empathy, and countertransference management skills. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 22(1), p. 19-28.

Timmermans, M. (2020). Het schuldgevoel na de zelfdoding van een patiënt. *Trouw*, 7 oktober 2020.

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

.....