

*Wanneer is een therapeut een goede therapeut? Ben ik zelf een goede therapeut? Het zijn vragen die Chiara Staal regelmatig bezighouden; zeker als patiënten laten merken niet tevreden te zijn. Om deze zelftwijfel te voorkomen zijn therapeuten mogelijk geneigd de patiënt vooral tegemoet te komen. Is een therapeut die onvrede of teleurstelling bij de patiënt voorkomt dan een goede therapeut? Of bieden wrijving en conflict therapeuten juist de kans de patiënt verder te helpen?*

## BREUK EN HERSTEL IN DE THERAPEUTISCHE RELATIE

# ZONDER WRIJVING GEEN GLANS

### INTRODUCTIE

‘Weet jij misschien een goede psycholoog?’

Sinds ik afgestudeerd ben is dit, naast de vraag of ik nu gedachten kan lezen, een van de vragen die mij het meest gesteld wordt. Wie voor welke patiënt een goede psycholoog of match is, is mijns inziens van veel factoren afhankelijk. Tegelijkertijd stel ik mijzelf met regelmaat een gelijksoortige vraag: wat maakt iemand een goede psycholoog? Zijn er specifieke vaardigheden of eigenschappen waarover een goede therapeut dient te beschikken? Ben ik zélf wel een goede psycholoog, of kan ik dat worden? Deze gedachten lijken andere psychologen niet vreemd en zijn in het contact met zowel jonge (net als ik startende), maar ook meer ervaren psychologen geregeld onderwerp van gesprek.

Dat is misschien ook niet wonderlijk; het psychologenbestaan is in mijn ervaring, behalve mateloos interessant, ook een kwetsbare onderneming. Wij nemen onszelf immers mee naar het werk en zijn ons eigen instrument om iets in de behandeling te bewerkstelligen (Minuchin, 2017). De consequentie hiervan is dat wij onze psychologische binnenwereld – dat wil zeggen, onze eigen gedachten, gevoelens en ervaringen – gebruiken om onze patiënten te helpen. Dat wij deze binnenwereld als instrument inzetten, betekent echter onvermijdelijk ook dat het contact met patiënten ons emotioneel zal kunnen raken in overeenstemming met onze eigen

geschiedenis en ervaringen (Steele, Boon & van der Hart, 2017). Iets wat, in mijn beleving, af en toe best belastend kan zijn. Ook beschrijft Maroda (2021) hoe veel psychologen binnen het gezin waarin zij opgroeiden al hebben geleerd een zorgende rol in te nemen en noemen Steele, Boon en van der Hart (2017) dat een substantieel deel van de beroepsgroep van psychologen – in meer of mindere mate – lijdt onder een eigen traumatische voorgeschiedenis. Het zou mij niet verbazen als wij als beroepsgroep vanwege zowel de eisen van het vak, als onze (min of meer) gemeenschappelijke voorgeschiedenis extra vatbaar en kwetsbaar zijn voor gevoelens van zelftwijfel. Doen we het wel goed, zijn we wel een goede behandelaar?

Zeker wanneer de interactie met onze patiënten niet op de gehoopte wijze verloopt, zouden deze gedachten en gevoelens weleens de kop op kunnen steken en veel behandelaars zullen herkennen dat het contact met onze patiënten niet altijd even harmonieus is. Denk bijvoorbeeld aan de momenten dat een patiënt openlijk onvrede over de therapeut uit, of – minder opvallend – zich terugtrekt uit het contact, plotseling sessies afzegt (met of zonder bericht) of mogelijk zelfs de behandeling afbreekt.

Hoewel de meeste therapeuten een verlangen zullen hebben hun patiënten zo goed als mogelijk te helpen, zal iedereen die intensief met mensen werkt in het contact met

anderen onvermijdelijk (kortstondige) momenten van wrijving of zelfs conflict ervaren. Safran en Kraus (2014) stellen zelfs dat het onwaarschijnlijk zeldzaam is dat twee of meer opeenvolgende sessies voorbijgaan zonder een of andere breuk of vorm van conflict, uiteraard variabel in intensiteit. Specifiek in de therapie-setting spreekt men op deze momenten van een alliantiebreuk. Hiermee wordt een tijdelijke verslechtering van het therapeutisch contact bedoeld, gekenmerkt door een gebrek aan samenwerking tussen de therapeut en de patiënt op het gebied van de therapietaken, de behandeldoelen, de emotionele band tussen beiden of een combinatie hiervan (Eubanks-Carter, Safran & Muran, 2010). Bij een alliantiebreuk is er sprake van emotionele disconnectie tussen de patiënt en de therapeut, wat de bestaande therapeutische relatie negatief kan beïnvloeden en een positief verloop van de behandeling voor de patiënt belemmert (Apsland, Llewelyn, Hardy, Barkham & Stiles, 2008).

Het blijkt voor therapeuten lastig om deze veelvoorkomende alliantiebreuken en eventuele negatieve uitingen van de patiënt niet ook als een aanval op onszelf als persoon te ervaren (Strupp, 1993). Menig behandelaar – zeker zij die net beginnen – wordt hierdoor geregeld aan het twijfelen gebracht over de eigen kwaliteiten in de spreekkamer (Thiéroult & Gazzola, 2005). Zo ook ondergetekende. Wanneer wij negatieve reacties van patiënten op onze werkwijze als een aanval ervaren, zullen wij mogelijk geneigd zijn dergelijke interacties te vermijden en de goede vrede te bewaren. Is de afwezigheid van breuken in het contact met patiënten echter wel een indicatie voor het vakmanschap van de therapeut? Of zijn wij juist een minder goede therapeut als wij – bedoeld of onbedoeld – lastige interacties vermijden, om ons geen slechte therapeut te voelen en onszelf te beschermen tegen deze gevoelens van zelftwijfel?

Mijn stelling is inmiddels dat juist het vermogen om alliantiebreuken ‘gewoon’ te laten ontstaan, te verdragen en gezamenlijk door te werken, meer kenmerkend is voor het

zijn van een goede therapeut dan wanneer wij boosheid, frustratie of onvrede van onze patiënten zouden schuwen. Door dit uit te weg te gaan beschermen wij mogelijk onszelf, maar zouden wij de patiënt juist tekortdoen. Enerzijds is onderhavig artikel zodoende geruststellend van aard. Daarnaast is het een poging om (beginnend) therapeuten en collega's die op enige andere manier betrokken zijn bij de zorg voor patiënten, handvatten te bieden in het herkennen van en omgaan met alliantiebreuken in het therapeutisch proces.

### HET ONTSTAAN VAN ALLIANTIEBREUKEN

Apsland, Llewelyn, Hardy, Barkham en Stiles (2008) deden onderzoek naar het ontstaan van alliantiebreuken binnen een cognitief-gedragstherapeutische behandeling. De onderzoekers concludeerden dat alliantiebreuken binnen dit specifieke behandelkader doorgaans het gevolg waren van een gerichtheid van de therapeut op het toepassen van specifieke behandeltechnieken, waarbij de opvattingen over de therapiedoelen en -taken van patiënt en therapeut niet langer met elkaar strookten. Zo omschreven zij een alliantiebreuk waarbij de patiënt met de therapeut in gesprek wilde gaan over problemen die diegene thuis ervoer, terwijl de therapeut zich richtte op het aanleren van ontspanningstechnieken. Als gevolg hiervan ontstond discrepantie tussen de wensen van de patiënt enerzijds en de opvatting van de therapeut anderzijds, waardoor een alliantiebreuk ontstond. Specifiek leek het hierbij te gaan om een alliantiebreuk als gevolg van een gebrek aan overeenstemming over de therapietaken, namelijk het bespreken van pijnlijke ervaringen tegenover het oefenen met ontspanningstechnieken.

Onderzoekers identificeerden een gelijksoortige situatie in de behandeling van een andere patiënt, maar dan met betrekking tot overeenstemming over de therapiedoelen. In dit geval meende de therapeut dat de patiënt last had van stress op het werk, terwijl de patiënt in diens beleving vooral gebukt ging onder slaapproblemen. De therapeut daarentegen zag niet het aanpakken van de slaapproblemen, maar het loslaten van werkgerelateerde gedachten en zorgen als belangrijkste doel van de behandeling. Het gebrek aan overeenstemming over de doelen van de behandeling leidde uiteindelijk tot een alliantiebreuk.

Daarnaast kunnen breuken ook ontstaan als gevolg van minder specifieke, niet direct aan de therapeutische interventie gerelateerde oorzaken, die aanleiding kunnen geven tot een verslechtering van de emotionele band tussen therapeut en patiënt. Denk hierbij aan een therapeut die niet goed op de tijd heeft gelet en te laat is, of wegens onvoorziene re-

*Het psychologenbestaan is in mijn ervaring, behalve mateloos interessant, ook een kwetsbare onderneming*

denen een afspraak moet afzeggen. Alhoewel de ene patiënt hier waarschijnlijk beter mee om kan gaan dan de andere, kunnen ook in dit geval pijnlijke gevoelens ontstaan die tot een alliantiebreuk kunnen leiden. Cirasola, Martin, Fonagy, Eubanks, Muran en Midgley (2022) illustreerden een dergelijke breuk aan de hand van onderzoek naar alliantiebreuken binnen een inzichtgevende behandeling van een adolescent met depressieve klachten. Hieruit bleek dat voor de onderzoekspatiënt ongeplande onderbrekingen in de therapie het meest pijnlijk waren. In deze specifieke studie ging het om een situatie waarin de therapeut meende dat de patiënt er niet zou zijn en de afspraak niet door zou gaan, terwijl dit niet het geval was. De patiënt was naar de afspraak gekomen, maar de therapeut had hem niet verwacht en de afspraak kon hierdoor geen doorgang vinden. Dit ging bij de patiënt gepaard met gevoelens van teleurstelling, boosheid en afwijzing; gevoelens waar hij ook in relaties buiten de therapie mee worstelde.

Een relevante aanvulling op bovenstaande voorbeelden is dat het gedrag van de therapeut en de reactie van de patiënt altijd gezien moeten worden vanuit diens leergeschiedenis en relationele verwachtingen (Safran, McMMain, Crocker & Murray, 1990). Deze relationele verwachtingen en gedragingen komen voort uit de vroege interacties in het contact met de ouders of verzorgers en fungeren als blauwdruk voor hoe mensen zichzelf, de ander en de relatie tussen beide partijen waarnemen (Steele, Boon & van der Hart, 2018). De relationele dynamiek in de spreekkamer en eventuele problemen die in de interactie met de therapeut ontstaan, staan dus niet op zichzelf, maar vormen een afspiegeling van wat de patiënt ook in het contact met belangrijke anderen buiten de therapie heeft ervaren en nog altijd ervaart (Bennett, Parry & Ryle, 2006).

Daarnaast zullen patiënten onderling verschillen in de wijze waarop de breuk zich manifesteert, variërend in mate van opvallendheid (Safran & Kraus, 2014). Alliantiebreuken kunnen bovendien verschillen, afhankelijk van het gehanteerde therapiekader. Binnen de cognitieve gedragstherapie liggen bijvoorbeeld gevoelens van kritiek op de loer, vanwege het meer directieve karakter en de nadruk op het uitdagen van cognities. Therapievormen waarbij de therapeut zich minder directief opstelt, waaronder psychodynamische therapieën, lenen zich daarentegen meer voor gevoelens van emotionele onbeschikbaarheid (Safran & McMMain, 1990). Bovendien laat onderzoek van Apsland, Llewelin, Hardy, Barkham en Stiles (2008) zien dat zowel therapeuten als patiënten zich regelmatig niet bewust lijken van de ontstane

## Wat maakt iemand een goede psycholoog?

breuk. Toch bestaan er overeenkomsten tussen reacties van patiënten die kunnen duiden op een ontstane alliantiebreuk, welke als aanknopingspunt gebruikt kunnen worden om de breuk vervolgens gezamenlijk door te werken.

### ALLIANTIEBREUKEN OPMERKEN, HERKENNEN EN DOORWERKEN

Safran & Kraus (2014) omschrijven twee typen alliantiebreuken die zich in een therapie sessie voordoen en als zodanig herkend kunnen worden. Deze twee varianten betreffen terugtrekken (*withdrawal*) enerzijds en confrontatie (*confrontation*) anderzijds. Beide typen breuken kenmerken zich volgens de auteurs door verschillende *rupture markers*, ofwel gedragingen die duiden op een zojuist ontstane breuk. In het geval van terugtrekken gaat dit om markers als ontkenning, het geven van minimale antwoorden, al te zeer meegaan in de wensen van de therapeut, overmatig praten over anderen, intellectualiseren, breedspakigheid of een plotselinge wisseling van onderwerp. Confrontatie daarentegen, kenmerkt zich door klachten over de therapeut als persoon, de competenties en ervaring van de therapeut, de therapie of de therapietaken, het in therapie zijn an sich, zaken als de tijd of locatie van de therapie, de mate van progressie in de therapie en een defensieve houding ten aanzien van de therapeut. Deze negatieve gevoelens kunnen zowel openlijk geuit worden als meer verborgen, in de vorm van sarcasme of een passief-agressieve houding ten aanzien van de therapeut (Safran & Muran, 2000; Safran, McMMain, Crocker & Murray 1990). Afhankelijk van welk type breuk zich voordoet, zal de therapeut een keuze moeten maken in hoe de breuk het beste door te werken (Safran & Muran, 2000).

Strupp (1993) stelt echter dat het voor therapeuten, ongeacht hoe ervaren zij zijn, moeilijk is om contactbreuken op effectieve wijze te herstellen. Hij noemt dat therapeuten in reactie op een breuk geneigd lijken om defensief te reageren of terug te grijpen op het behandelprotocol, in het bijzonder op een rigide wijze die interfereert met de gebruikelijke emotionele betrokkenheid. Dit belemmert volgens hem

## Er ontstaat toenemende empirische ondersteuning voor het idee dat het doorwerken van alliantiebreuken geldt als een kernonderdeel van een succesvolle psychotherapie, ongeacht van welk referentiekader men uitgaat

vervolgens een positief verloop van de behandeling, met in het ergste geval een vroegtijdige beëindiging van de behandeling tot gevolg. Om therapeuten een handje te helpen bij het doorwerken van de verschillende alliantiebreuken, ontwikkelden Safran en Muran (2000) twee verschillende modellen inspelend op de twee verschillende typen breuken.

**HET DOORWERKEN VAN WITHDRAWAL RUPTURES** Het model voor het doorwerken van *withdrawal ruptures* bestaat volgens Safran en Muran (2000) uit een aantal verschillende fases. De eerste fase wordt gekenmerkt door de hierboven omschreven *rupture marker*, welke de therapeut dient op te merken. In sommige gevallen is de breuk echter dermate subtiel dat de therapeut volgens de auteurs het best kan varen op het eigen gevoel.

Zij noemen als voorbeeld een moment waarop de therapeut bij zichzelf bemerkt harder te werken dan normaal gesproken, minder contact te voelen met (de behoeften van) de patiënt of zelfs gevoelens van desinteresse bij zichzelf op te merken. In de fase die hierop volgt, poogt de therapeut hier de gezamenlijke aandacht op te richten. Het gaat op dit moment enkel nog om wat zich voordoet in het hier en nu van het therapeutisch contact, waarbij de therapeut voorzichtig aangeeft wat diegene bij zichzelf bemerkt en de ervaringen van de patiënt te checken.

Hierop volgen twee parallelle paden, namelijk enerzijds ervaring (*experience*) en anderzijds vermijding (*avoidance*). Het *experience* pad richt zich op het exploreren wat zich voordoet in de relatie en het ontdekken van de onderliggende behoeften van de patiënt, maar kan geremd worden door *avoidance*. Dit kan elkaar continu afwisselen en de auteurs stellen dat het niet ongebruikelijk is dat een patiënt zich uitspreekt, maar vervolgens wat terugkrabbelt. Zij noemen hierbij een – ik vermoed voor veel therapeuten herkenbare – geneigdheid om iets te delen over gevoelens van teleurstel-

ling, onvrede of boosheid, om vervolgens de ervaringen te bagatelliseren ('...', *maar dat maakt niet uit*', '...', *zo erg is het niet*', '...', *maar dat doe je vast niet expres*'). In dit geval zal de therapeut alert moeten blijven op deze vermijding en is het zaak de patiënt te blijven aanmoedigen om zich uit te spreken, ook wanneer dit voor de therapeut ongemakkelijk of zelfs pijnlijk voelt.

Volgens Safran en Muran (2000) is de breuk doorgewerkt wanneer de patiënt uitdrukking kan geven aan de eigen behoeften, zonder ervan uit te gaan dat een ander – in dit geval de therapeut – deze naadloos aanvoelt en hier gedachteloos in voorziet. Een uitkomst van het doorwerken van een dergelijke breuk kan bijgevolg zijn dat de patiënt de teleurstelling in zekere zin nog steeds ervaart, maar niet ten koste van de onderlinge relatie met de therapeut. De therapeut maakt vervolgens ruimte voor deze teleurstelling en blijft op een empathische, ondersteunende en niet-veroordelende wijze aanwezig.

### HET DOORWERKEN VAN CONFRONTATION RUPTURES

Alhoewel het model van Safran en Muran (2000) voor het doorwerken van *confrontation ruptures* gelijkenissen vertoont met het hierboven beschreven model voor *withdrawal ruptures*, bestaan er wel degelijk verschillen. Analoog aan het eerste model richt de therapeut zich in de eerste instantie op de *rupture markers*. Deze zijn doorgaans echter opvallender dan de *withdrawal markers* en roepen vaak hevige gevoelens bij de therapeut op. De therapeut kan bijvoorbeeld boosheid, maar ook wanhoop ervaren.

Deze hevige gevoelens lijken zich volgens de auteurs sterker bij *confrontation ruptures* voor te doen dan bij de *withdrawal ruptures* en vragen daarom om een zorgvuldige benadering, waarbij de therapeut zich inzet om niet op defensieve wijze te reageren. Het vraagt een bereidheid van de therapeut om, ondanks de negatieve gevoelens van de patiënt, betrok-

ken te blijven en gezamenlijk naar begrip toe te werken. In reactie op de marker zal de therapeut – zonder de patiënt te veroordelen of juist zichzelf te verdedigen – aandacht moeten besteden aan wat er in het contact gebeurt en wat dit met de therapeut zelf doet. De auteurs noemen als voorbeeld een therapeut die aangeeft de patiënt te willen helpen, maar uit de reacties van de patiënt opmaakt tekort te schieten. Wanneer de therapeut erin slaagt deze ervaring te verwoorden, kunnen therapeut en patiënt gezamenlijk – net als in het eerste model – uitzoeken en ontdekken wat in het contact tot de alliantiebreuk heeft geleid. Hierbij maken Safran en Muran (2000) opnieuw onderscheid tussen twee parallelle paden, namelijk de ervarings- en vermijdingspaden.

Het onderzoeken van de ervaring richt zich op wat de patiënt van de therapeut en de interactie ‘maakt’. Dat wil zeggen, hoe beleeft de patiënt de therapeut? Wat zijn diens intenties? Belangrijk hierbij is dat de therapeut met nieuwsgierigheid durft te kijken naar de eigen bijdrage in de interactie en deze waar nodig ook erkent. Mocht de therapeut zich hier (nog) niet bewust van zijn, dan is het nodig de patiënt uit te nodigen om dit zelf te verwoorden. In sommige gevallen is dit voldoende om de breuk door te werken; in andere gevallen zal verdieping plaatsvinden en richten patiënt en therapeut zich gezamenlijk op het kwetsbare gevoel onderliggend aan de boosheid. Zo is het mogelijk dat een patiënt behoefte heeft aan verbinding, maar zich in de interactie afgewezen heeft gevoeld en met agressie reageert. Het ontdekken van deze onderliggende en kwetsbare behoeften vergt doorgaans echter tijd en verdiept zich volgens Safran en Muran (2000) geleidelijk gedurende het therapieproces.

Gedurende het doorwerken van de alliantiebreuk dient de therapeut zich volgens de auteurs bewust te blijven van vermijding die bij de patiënt optreedt. Zij maken onderscheid tussen de vermijding van agressie enerzijds en de vermijding van kwetsbaarheid anderzijds. Bij de vermijding van agressie ziet de therapeut bijvoorbeeld een patiënt die, na

initiële boosheid, met schuld of schaamte reageert en de gevoelens van boosheid minimaliseert. Wanneer daarentegen kwetsbaarheid wordt vermeden, zal dit zich uiten in wisselingen tussen kwetsbare gevoelens en opnieuw opkomende agressie. Wanneer dit gebeurt, is het helpend om de patiënt hier voorzichtig mee te confronteren.

Alhoewel het doorwerken van alliantiebreuken veel van de therapeut kan vragen – met name wanneer het gaat om *confrontation ruptures* – lijkt juist dit gezamenlijke proces een cruciaal onderdeel van de behandeling. Zo menen Safran en Kraus (2014) dat het succesvol doorwerken van een alliantiebreuk geldt als een correctieve emotionele ervaring, wat vervolgens bijdraagt aan een ontwikkeling van de patiënt. In overeenstemming hiermee stellen Miller-Bottomo, Talia, Safran en Muran (2017) dat juist het gezamenlijk onderzoeken en doorwerken van deze breuken weleens zou kunnen gelden als een van de voornaamste mechanismen voor verandering binnen een therapie.

#### DE MEERWAARDE VAN ALLIANTIEBREUKEN; EMPIRISCHE BEVINDINGEN

Waar onopgeloste alliantiebreuken geassocieerd worden met verminderde behandeluitkomsten, lijkt het optreden en doorwerken van alliantiebreuken samen te gaan met een meer positief therapieresultaat dan wanneer dit proces van breuk-en-herstel zich niet voltrekt (Eubanks, Muran & Safran, 2018). In overeenstemming hiermee laat onderzoek van Luborsky, McLellan, Diguier, Woody en Seligman (1997) naar therapeutkenmerken en de behandeluitkomst bij patiënten met verslavings- en stemmingsproblematiek zien dat sommige therapeuten meer succesvol zijn in het bewerkstelligen van positieve verandering dan andere hulpverleners. Zij wijzen in dit kader op de mate waarin de therapeut in staat is om de kwaliteit van de therapeutische relatie te waarborgen en eventuele breuken in het contact te herstellen. Het leren begrijpen, ontleden en doorwerken van wat zich voordoet

*Het herstellen van contactbreuken zou weleens de lijm kunnen zijn die de therapie mooier en meer waardevol maakt, mits wij ook niet schuwen om een potje te breken*

in de interactie tussen therapeut en patiënt wordt hiermee een centraal onderdeel van de behandeling en een mechanisme voor verandering in de behandeling van volwassenen (Safran & Muran, 2000). Er ontstaat toenemende empirische ondersteuning voor het idee dat het doorwerken van alliantiebreuken geldt als een kernonderdeel van een succesvolle psychotherapie, ongeacht van welk referentiekader men uitgaat (Barber, Muran, McCarthy & Keefe, 2013; Eubanks, Muran & Safran, 2018).

Onderzoek van Strauss, Hayes, Johnson, Newman, Brown, Barber, Laurenceau en Beck (2006) naar de effectiviteit van cognitieve therapie bij patiënten met dwangmatige en vermijdende persoonlijkheidsstoornissen laat bijvoorbeeld zien dat bij de deelnemers bij wie gedurende de therapie sprake is van breukherstel meer symptoomreductie plaatsvindt dan bij de deelnemers die dit proces van breuk en herstel niet ervaren. Daarnaast stellen Falkenström en Holmqvist (2021) dat het bespreekbaar maken van de negatieve gevoelens en interactiepatronen die zich in de relatie voordoen, bijdraagt aan de afname van depressieve klachten. Ook beschrijven Eubanks-Carter, Safran en Muran (2010) hoe een gerichtheid van de therapeut op het herstel van alliantiebreuken in de behandeling van patiënten met cluster C persoonlijkheidsstoornissen (vermijdend, afhankelijk en dwangmatig) en anders gespecificeerde persoonlijkheidsproblematiek geassocieerd wordt met verminderde drop-out en meer langdurige symptoomreductie, dan wanneer hier geen aandacht aan wordt besteed. Ten slotte laat recent onderzoek van Cirasola, Martin, Fonagy, Eubanks, Muran en Midgley (2022) eenzelfde positieve relatie zien tussen breukherstel en de behandeluitkomst in de behandeling van depressieve klachten bij adolescenten.

Het proces van breuk en herstel lijkt zodoende binnen allerlei leeftijdsgroepen en bij verschillende diagnoses een positieve bijdrage te kunnen leveren aan het therapieproces. Hieruit zou men kunnen concluderen dat dit proces mogelijk geldt als transdiagnostisch mechanisme, in overeenstemming met het idee van de correctieve emotionele ervaring van Safran en Kraus (2014). Wanneer het therapeut en patiënt lukt om de alliantiebreuk gezamenlijk door te werken, leert de patiënt – binnen de veilige context van het contact met de therapeut – om gemakkelijker om te gaan met relationele problemen en conflicten buiten de therapie (Christian, Safran & Muran, 2012). Dit betekent dat wanneer de therapeut zich bewust wordt van de contactbreuk, het noodzakelijk is om te ontrafelen welk relationeel patroon zich in de relatie tussen therapeut en patiënt voltrekt. Zo kan de patiënt

meer inzicht verwerven in relationele patronen die diegene buiten de therapie belemmeren (Safran & Kraus, 2014).

Het ontstaan van een breuk in de relatie is zodoende niet enkel een risico, maar vooral ook een kans (Coco, Tasca, Hewitt, Mikail, Kivlighan, 2019). Door breuken uit de weg te gaan, zouden wij onze patiënten in mijn beleving de kans ontnemen zichzelf beter te begrijpen.

**KINTSUGI** In Japan verwijst ‘Kintsugi’ naar de kunstvorm waarbij gesmolten goud, zilver of witgoud wordt gebruikt om gebroken voorwerpen te herstellen. Door het gebroken object op deze manier te herstellen, neemt het toe in waarde. Met voldoende tijd, geduld en toewijding wordt het voorwerp hersteld en legt men veranderde of zelfs nieuwe connecties tussen de stukken die eerder niet bestonden.

Het herstellen van contactbreuken zou weleens de lijm kunnen zijn die de therapie mooier en meer waardevol maakt, mits wij ook niet schuwen om een potje te breken. Wij moeten vertrouwen hebben in ons vermogen om de stukken weer aan elkaar te lijmen; met de geruststellende gedachte in ons achterhoofd dat dit de therapie niet kapotmaakt, maar juist kan verrijken. Irritaties en conflicten zouden er niet toe moeten leiden dat wij aan onszelf gaan twijfelen, maar juist voor nieuwsgierigheid moeten zorgen. Het (tijdelijk) breken van het contact en het herstel hiervan geldt potentieel als een integraal en zelfs essentieel onderdeel van elke therapie. Met terughoudendheid zouden wij de patiënt tekortdoen, terwijl wij met voldoende durf om ook af en toe fouten te mogen maken de patiënt een kans bieden zich verder te ontwikkelen. Door naar de patiënt te luisteren en de interactie zonder oordeel – over onszelf of de patiënt – te onderzoeken, kan verdieping van het contact ontstaan en toegenomen begrip bij zowel therapeut als patiënt, met afname van klachten bij de patiënt als gevolg.

Onder druk wordt alles vloeibaar, of zoals een supervisor van mij het eerder eens verwoordde: ‘Zonder wrijving, geen glans’. Met deze woorden in mijn achterhoofd zal ik mijzelf voortaan toespreken, wanneer de onvermijdelijke zelftwijfel in de toekomst weer eens toeslaat.

#### OVER DE AUTEUR

Chiara Staal (1996) heeft gezondheidszorgpsychologie gestudeerd aan de Universiteit van Amsterdam. Na haar studie heeft zij ervaring opgedaan als onderzoeksassistent en momenteel is zij werkzaam als masterpsycholoog bij een psychologiepraktijk in Amsterdam. Zij is specifiek geïnteresseerd in psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie. E-mail: info@chiarastaal.nl.

## Summary

WITHOUT FRICTION NO SHINE  
C. STAAL

Who do we consider be a good therapist?

Am I a good therapist? It is a question that regularly crosses my mind; especially when patients – to a greater or lesser extent – show

that they are not satisfied. To avoid this self-doubt, therapists may be tempted to accommodate the patient above all else. Is a therapist who prevents patient dissatisfaction or disappointment a good therapist? In my opinion, it is precisely in the moments

of friction or conflict that we are offered an opportunity to help the patient. The occurrence of frequent conflict should not make us doubt our competence as a therapist.

## Literatuur

- Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G.E., Barkham, M. & Stiles, W. (2008). Alliance ruptures and resolution in cognitive-behavior therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*, 18(6), 699-710.
- Barber, J.P., Muran, J.C., McCarthy, K.S. & Keefe, R.J. (2013). Research on psychodynamic therapies. In: Lambert, M.J. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6<sup>th</sup> e.d.). New York (NY), The United States of America: Wiley & Sons, Inc.
- Bennett, D., Parry, G. & Ryle, A. (2006). Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: A task analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 395-418.
- Christian, C., Safran, J.D. & Muran, J.C. (2012). The corrective emotional experience: A relational perspective and critique. In: Castonguay, L.G., & Hills, C.E. *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. Washington D.C., The United States of America: APA Books.
- Cirasola, A., Martin, P., Fonagy, P., Eubanks, C., Muran, J.C. & Midgley, N. (2022). Alliance ruptures and resolutions in short-term psychoanalytic psychotherapy for adolescent depression: An empirical case study. *Psychotherapy Research*. Advance online edition.. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2061314>
- Coco, G.L., Tasca, G.A., Hewitt, P.L., Mikail, S.F. & Kivlighan, D.M. (2019). Ruptures and repairs of group therapy alliance. An untold story in psychotherapy research. *Research in Psychotherapy* 22(1), 10.4081/ripppo.2019.352
- Eubanks, C.F., Muran, J.C. & Safran, J.D. (2018). Alliance Rupture Repair: A Meta-Analysis. *Psychotherapy*, 55, 508-519.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J.C. & Safran, J.D. (2010). Alliance ruptures and resolution. In J.C. Muran & J.P. Barber (2010). *The therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice*. New York (NY), The United States of America: Guilford Press.
- Luborsky, H., McLellan, A.T., Diguier, L., Woody, G. & Seligman, D.A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 53-65.
- Miller-Bottomo, M., Talia, A., Safran, J.D. & Muran, J.C. (2017). Resolving alliance ruptures from an attachment-informed perspective. *Psychoanalytic Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/pap0000152>.
- Minuchin, S. (2017). The art of creating uncertainty. *Psychotherapy Networker*, 41(1), 37-38.
- Safran, J.D., McMain, S., Crocker, P. & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance ruptures as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27(2), 154-165.
- Safran, J.D. (1993). Breaches in the therapeutic alliance: an area for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy*, 30(1), 11-24.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447-458.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New York, The United States of America: Guilford Press.
- Safran, J.D. & Kriss, A. (2013). Psychoanalytic psychotherapies. In Wedding, D. & Cosini, R.J. *Current psychotherapies* (10th ed.). Belmont (CA), United States of America: Brooks-Cole Publishing.
- Safran, J.D. & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: a relational perspective. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 51(3), 381-387.
- Steele, K., Boon S. & van der Hart, O. (2018). *Behandeling van trauma-gerelateerde dissociatie: een praktische integratieve benadering*. Eeserveen, Nederland: Uitgeverij Mens!
- Strauss, J.L., Hayes, A.M., Johnson, S.L., Newman, C.F., Brown, G.K., Barber, J.P., Laurenceau, J.P. & Beck, A.T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 337-345.
- Strupp, H.H. (1993). The Vanderbilt psychotherapy studies: synopsis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 431-433.