

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

De therapeutische relatie als onderhandelingsproces: het resolutiemodel voor alliantiebarsten van Safran

Anton Hafkenscheid¹ en Monica Gundrum²

SAMENVATTING

Jeremy Safran behoort tot de meest invloedrijke interpersoonlijke theoretici en therapeuten van dit moment. In zijn interpersoonlijke therapiemodel richt hij zich specifiek op het detectie en het herstel van alliantiebarsten. Volgens Safran en zijn medewerkers is het constructief oplossen van alliantiebarsten in het 'hier en nu' van de therapeutische relatie een unieke manier om de patiënt te helpen disfunctionele interpersoonlijke schema's te boven te komen. Nog belangrijker: een dergelijk proces kan voor de patiënt een betekenisvolle 'correctief emotionele ervaring' bieden voor een negatieve interpersoonlijke leergeschiedenis. In Nederland is het werk van Safran nauwelijks bekend onder cognitieve gedragstherapeuten. Dit artikel beschrijft zijn resolutiemodel voor alliantiebarsten in de therapeutische relatie.

INLEIDING

De effectiviteit van psychotherapie wordt niet alleen bepaald door methoden en technieken met een veronderstelde specifieke werkzaamheid, maar net zozeer door relationele en interpersoonlijke factoren (zie onder meer: Lambert, Barley, 2002; Lambert & Ogles, 2004). Niettemin profileert de cognitieve gedragstherapie zich binnen het psychotherapeutische veld nog steeds door 'bewezen effectieve' methoden en technieken en veel minder door 'bewezen werkzame' relationele en interpersoonlijke aspecten van de therapeutische relatie (Hafkenscheid, 2007a). De cognitieve gedragstherapie is traditioneel meer 'methodisch' of 'techniekericht' dan 'relatiegericht' geweest en heeft

1. Sinai Centrum, Polikliniek Amersfoort, Berkenweg 7, 3818 LA AMERSFOORT, a.hafkenscheid@sinaicentrum.nl

2. Departement Psychologie, Afdeling Psychotherapie, Katholieke Universiteit Leuven, monica.gundrum@psy.kuleuven.be

zich minder beziggehouden met de specifieke betekenis van het therapeutisch proces: de communicatiepatronen die zich tijdens behandelsessies tussen patiënt en therapeut afspelen. In de twee Nederlandse cognitief gedragstherapeutische leerboeken, Hermans, Eelen & Orlemans (2007) en Korrelboom & Ten Broeke (2004) wordt het belang van communicatieve en relationele aspecten binnen de therapeutische situatie wel onderkend, maar komt het onderwerp slechts summier aan bod. Beide boeken besteden er niet meer dan een enkele paragraaf aan (Hermans, et al. (2007): pp. 82-90; Korrelboom & Ten Broeke (2004): pp. 132-140). Opmerkelijk is ook dat in deze leerboeken recente verwijzingen naar belangrijke internationale vertegenwoordigers van het interpersoonlijke gedachtegoed ontbreken.

De cognitieve gedragstherapie heeft altijd terecht benadrukt dat psychotherapie geen doel op zichzelf is, maar er juist toe moet leiden dat de patiënt in haar of zijn leven buiten de therapie minder lijdt aan belemmerende klachten, symptomen en disfunctionele gedragspatronen of er op zijn minst beter mee om kan gaan. Het therapieproces is immers middel en geen doel of resultaat. Wanneer het therapeutisch proces echter wordt verwaarloosd zullen cognitief gedragstherapeutische procedures of behandelprotocollen in de alledaagse klinische praktijk minder effectief blijken dan de uitkomsten van gerandomiseerde effectstudies suggereren (Hafkenscheid, Veeninga, Van Witzenburg, 2009).

Met name de opkomst van zogeheten 'derde generatie' cognitieve gedragstherapieën, zoals de *Functional Analytic Psychotherapy* (FAP; Kohenberg & Tsai, 1991), de *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) en de *Functional-analytic Acceptance and Commitment Therapy* (FACT; Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg & Gifford, 2004) heeft er voor gezorgd dat het belang van het therapeutisch proces voor de werkzaamheid van de cognitieve gedragstherapie inmiddels meer wordt onderkend dan voorheen het geval was. Naast deze 'hervormingen van binnenuit' is er door vertegenwoordigers uit andere therapeutische scholen (zie bijvoorbeeld: Gilbert & Leahy, 2007) aan bijgedragen dat de therapeutische relatie in cognitief gedragstherapeutische behandelingen langzaam maar zeker meer als 'veranderingsinstrument' dan als louter 'voorwaardenscheppend' wordt gezien. 'Van buitenaf' heeft Jeremy Safran met zijn resolutiemodel voor alliantiebarsten een belangrijke interpersoonlijke bijdrage geleverd aan de cognitief gedragstherapeutische theorievorming over het belang van de therapeutische relatie. Safran is als onderzoeker verbonden aan de *New York School for Social Research* en aan het *Beth Israel Medical Center* in dezelfde stad. Hij hield in 1998 een plenaire lezing en een workshop op het gezamenlijke Najaarscongres van de Nederlandse en Vlaamse gedragstherapeutische verenigingen.

Safran heeft in diverse publicaties in de jaren negentig van de afgelopen eeuw geprobeerd om de cognitieve stroming binnen de gedragstherapie met interpersoonlijke inzichten te verrijken (Safran, 1990a, 1990b, 1993a). Daartoe

introduceerde hij onder meer het concept 'interpersoonlijk schema'. Hij heeft zich daarna vooral bezig gehouden met de uitwerking en toetsing van zijn model voor het 'repareren' van alliantiebarsten. Alliantiebarsten markeren momenten of periodes dat de verstandhouding tussen patiënt en therapeut om welke reden dan ook onder spanning komt te staan. Het resolutiemodel van Safran is gebaseerd op procesonderzoek naar (a) de typische kenmerken van alliantiebarsten, (b) de condities waaronder alliantiebarsten optreden en (c) het onderhandelingsproces tussen patiënt en therapeut dat leidt tot het 'repareren' van alliantiebarsten. Behoudens zijn presentaties op het Najaarscongres in 1998 en een bespreking van een van zijn boeken (Hafkenscheid, 2003a) in dit tijdschrift heeft Safran's resolutiemodel, dat binnen de bredere psychotherapeutische wereld als uitgesproken vernieuwend en doordacht wordt beschouwd, in Nederlandse en Vlaamse gedragstherapeutische kringen nooit noemenswaardige aandacht gekregen. Het werk van Safran is als integratief te beschouwen (Safran, 1993b, 2000a, Safran & Muran, 2006) en is zeker niet specifiek cognitief gedragstherapeutisch. Toch is kennis van zijn resolutiemodel voor elke cognitieve gedragstherapeut van belang, alleen al vanwege de groeiende evidentie dat de therapeutische relatie in welke therapievorm dan ook van essentiële of zelfs doorslaggevende betekenis is. Net zo goed als therapeuten uit richtingen met een meer 'relatiegerichte' dan 'taakgerichte' werkwijze krijgen cognitieve gedragstherapeuten te maken met alliantiebarsten. Ook nu behandelprotocollen in de cognitieve gedragstherapie een steeds belangrijker plaats innemen zullen alliantiebarsten allerminst tot het verleden gaan behoren. Een voorbeeld is de patiënt die halverwege een protocollaire behandeling onvrede ervaart over de aanpak en die onvrede niet rechtstreeks aan de therapeut durft uit te spreken, omdat het behandelprotocol door de therapeut als 'wetenschappelijk het meest effectief' is gepresenteerd. Wanneer die verzwegen onvrede niet tijdig door de therapeut wordt opgemerkt en serieus wordt genomen bestaat het risico dat de patiënt de behandeling voortijdig afbreekt, bijvoorbeeld door zonder tekst en uitleg gewoon niet meer op afspraken te verschijnen. De pretentie om therapie-uitval te kunnen terugdringen is overigens een afgeleid aspect van Safran's resolutiemodel. De kern van het model is dat alliantiebarsten de voor de patiënt kenmerkende interpersoonlijke angsten en verlangens op een unieke manier kunnen blootleggen, namelijk in het directe contact met de therapeut. Alliantiebarsten zijn voor Safran de toegangspoort tot het eigenlijke therapeutisch werk: de patiënt helpen om eigen interpersoonlijke verlangens te leren afstemmen op die van anderen vanuit wederkerigheid. Dit artikel beoogt de kern van dit resolutiemodel te beschrijven.

Het concept 'interpersoonlijk schema'

In de cognitieve gedragstherapie worden schema's traditioneel gedefinieerd als zelfevaluaties of evaluaties van anderen (iemand's 'wereldbeeld'). 'Ik moet alles perfect doen om een waardevol mens te zijn' is een voorbeeld van een

dergelijk disfunctioneel (in dit geval: depressogeen) cognitief schema. De overmatig kritische en onrealistische zelfbeoordeling staat in principe los van de (geanticiperde) beoordeling door anderen. Ook cognitieve schema's die betrekking hebben op anderen (bijvoorbeeld: 'Andere mensen zijn niet te vertrouwen') impliceren als zodanig niets over de aard en inhoud van iemands zelfevaluaties (Safran, 1998).

Safran introduceert het concept 'interpersoonlijk schema', dat aansluit bij het concept 'intern werkmodel' uit de gehechtheidstheorie van Bowlby (1979; 1988), die het verlangen naar emotionele verbondenheid met anderen als biologisch gegeven basismotief van het menselijk bestaan beschouwt. Cognitieve schema's zijn voor Safran *per definitie* interactioneel, vandaar de term 'interpersoonlijke schema's'. Zelfevaluaties kunnen nooit los gezien worden van overtuigingen over de ander en omgekeerd. 'Interpersoonlijke schema's' zijn geabstraheerde interne representaties van vroegere interacties met hechtingsfiguren (ouders, broers en zussen etc.), die steeds ten doel hebben om de verbondenheid met deze of nieuwe (levenspartner, kinderen, vrienden) hechtingsfiguren veilig te stellen. Zij maken het mensen mogelijk om in zekere mate te anticiperen op het verloop en de gevolgen van interacties, waardoor mensen zelf een zekere invloed kunnen uitoefenen op de wijze waarop zij zich met anderen verbinden. Mensen zijn zich vaak niet bewust van hun 'interpersoonlijke schema's' en evenmin van de uitwerking die deze schema's hebben op hun hechtingsgedrag. 'Interpersoonlijke schema's' en het daarmee samenhangende hechtingsgedrag kunnen *naar de vorm* disfunctioneel zijn, maar nooit in het eigenlijke streven naar verbondenheid dat er aan ten grondslag ligt. Een voorbeeld: iemand die van jongs af aan geleerd heeft dat genegenheid en steun uitsluitend bereikbaar zijn door altijd klaar te staan voor anderen komt in de problemen wanneer zij of hij zelf dringend hulp van anderen nodig heeft. Niet het motief (het zoeken van steun en liefde) als zodanig is disfunctioneel, maar wel de dwangmatigheid van de hulpvaardigheid, net als het onvermogen om hulp te vragen.

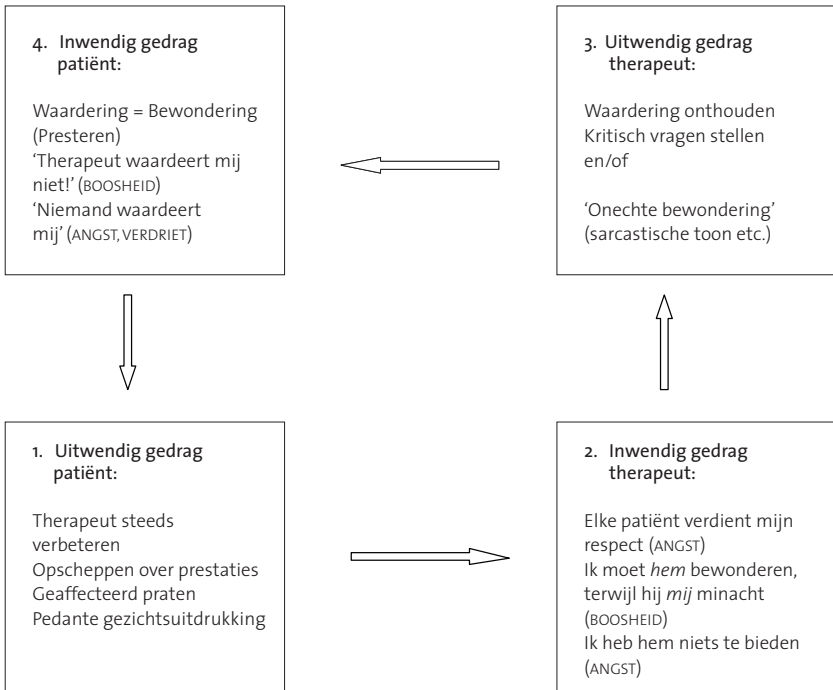
De cognitief-interpersoonlijke cyclus

Safran volgt andere interpersoonlijke therapiemodellen (Kiesler, 1988, 1996; Horowitz, 2004; voor Nederlandse besprekingen: Hafkenscheid, 2004a, 2004b, 2004c, 2007b, 2009), waarin *autonomie*, naast verbondenheid, als tweede basismotief voor het communicatieve handelen van mensen wordt gepostuleerd. Verbondenheid is de samenvattende term voor het streven naar steun, bescherming, liefde, saamhorigheid, overgave en afhankelijkheid. Autonomie omvat het streven om zich te onderscheiden van anderen: zelfdefinitie, individuele ontwikkeling, onafhankelijkheid, macht, competitie, rivaliteit en prestatie.

Theoretisch zijn autonomie en verbondenheid *orthogonaal*: de twee basismotieven zijn onafhankelijk van elkaar. In de realiteit staat het streven naar

verbondenheid echter altijd op gespannen voet met het streven naar autonomie. Dat wil zeggen: in het streven naar autonomie (zich van de ander willen onderscheiden) riskeert de mens *verwerping* (verlies van steun, bescherming en liefde), in het streven naar verbondenheid riskeert de mens *onderwerping* (verlies van autonomie). De kunst van het bestaan is dus om steeds een optimale balans te vinden tussen het streven naar verbondenheid en het streven naar autonomie. Psychopathologie wordt binnen de interpersoonlijke communicatietheorieën gezien als een verstoorde balans tussen beide strevingen. Afhankelijke patiënten bijvoorbeeld leveren overmatig veel autonomie in om verwerping (verlies van verbondenheid) te voorkomen. Sterk op autonomie gerichte patiënten daarentegen onthouden zichzelf de weldadigheid van emotionele steun en geborgenheid, uit angst voor autonomieverlies. Net als andere vertegenwoordigers van de interpersoonlijke school definieert Safran psychopathologie in termen van een binnen het individu verstoorde balans tussen het streven naar verbondenheid en het streven naar autonomie. Safran sluit ook aan bij de grondgedachte van de interpersoonlijke communicatietheorieën dat psychopathologie altijd een cyclische of circulaire dynamiek vertoont, waarin niet alleen de patiënt maar ook altijd anderen betrokken zijn. Enerzijds lokken patiënten met hun disfunctionele communicatie, onbewust en onbedoeld, disfunctionele reacties van anderen uit. Anderzijds bekrachtigen anderen, eveneens onbewust en onbedoeld, met hun disfunctionele reacties de disfunctionele communicatie van de patiënt. De interpunctie (wat oorzaak is en wat gevolg) is in deze disfunctionele interactiepatronen arbitrair. Safran spreekt van cognitief-interpersoonlijke cycli. Een voorbeeld van een disfunctionele cognitief-interpersoonlijke cyclus is in figuur 1 is weergegeven. In de figuur is onderscheid gemaakt tussen inwendig (cognities, emoties) en uitwendig gedrag (observeerbaar handelen) van beide interactanten. Emoties zijn aangegeven in hoofdletters.

In dit voorbeeld gaat het om een jonge man, bij wie ouderlijke waardering altijd afhankelijk was van hoge prestaties. Het gevoel onvoorwaardelijk door anderen te worden geaccepteerd is hem vreemd. Hij is in moeilijkheden geraakt omdat hij de continue prestatiedruk in werk en opleiding niet langer kon volhouden, zodat hij zichzelf en zijn ouders tegenviel. De problemen werden versterkt omdat anderen zich steeds meer ergerden aan zijn prestatie- en geldingsdrang. Het kostte hem ondermeer de relatie met zijn vriendin. Patiënt smacht naar waardering maar gedraagt zich zodanig dat hij niet ontvangt wat hij nodig heeft (waardering) en juist wel ontvangt wat hij niet wil (anderen die geprikkeld en afstandelijk op hem reageren). In de therapie herhaalt zich onherroepelijk het vertrouwde, geconditioneerde disfunctionele interactiepatroon. Patiënt verbetert de therapeut voortdurend en scheidt op over vroegere prestaties (tekstvak 1). De therapeut voelt onbehagen over de patiënt en over zichzelf, zonder dat uit te spreken (tekstvak 2). De therapeut onthoudt



Figuur 1: Voorbeeld van een disfunctionele cognitief-interpersoonlijke cyclus

de patiënt, uit onbehagen over de afgedwongen bewondering, elke vorm van waardering of laat zich verleiden tot niet authentiek gedrag, zoals bewonderende uitspraken die tegelijkertijd non-verbaal worden gediskwalificeerd (tekstvak 3). De patiënt voelt in het laatste geval dat de bewondering niet echt is en wordt in zijn frustratie ('Ik word niet gewaardeerd') bevestigd. De patiënt blijft smachten naar waardering (tekstvak 4), maar blijft die tevergeefs opeisen door met de therapeut te rivaliseren, op te scheppen (tekstvak 1) en zo verder. Patiënt en therapeut raken steeds verder verstrikt in een zichzelf bevestigend improductief interactiepatroon. Het ligt voor de hand om het uitwendige gedrag van de patiënt als beginpunt van de cyclus aan te wijzen. Begin- en eindpunt van de cyclus worden in het herhalingskarakter echter steeds meer willekeurig, zelfs als het pedante en arrogante gedrag van de patiënt bij aanvang van de therapie het begin van de cyclus definieerde. De cijfers in de tekstvakken van figuur 1 kunnen dus naar believen steeds een tekstvak worden doorgeschoven. Al snel *reageert* de therapeut niet alleen op het gedrag van de patiënt, maar *lokt* de therapeut het pedante en hooghartige gedrag van de patiënt ook deels *uit* met diens afstandelijke en verkapt cynische therapeutgedragingen. Voor Safran valt er voor de therapeut niet aan te ontkomen dat deze, uiteraard ongewild, medeverantwoordelijk wordt voor de impasses of

alliantiebarsten die zich manifesteren in de therapeutische alliantie. Juist het gegeven van de onvermijdelijke medeverantwoordelijkheid kan de therapeut gebruiken bij de reparatie van alliantiebarsten.

ALLIANTIEBARSTEN

Patiënten melden zich meestal aan voor behandeling omdat zij zich in hun dagelijks leven kwetsbaar, onvermogen, onbegrepen of gedemoraliseerd voelen (Safran, 1999). Zeker patiënten met ernstiger problemen kenmerken zich veelal door een leergeschiedenis waarin zij structureel tekort zijn gekomen. Interactionele behoeften (bijvoorbeeld: emotionele geborgenheid of de kans om nieuwe dingen in het leven zelf te mogen ontdekken) zijn nooit of te weinig vervuld (dat wil zeggen: zijn genegeerd of bestraft). Hoe meer dat het geval is, des te meer heeft de patiënt 'afgeleerd' om er nog op te vertrouwen dat die interactionele behoeften in heden en toekomst wel (deels) vervulbaar kunnen zijn. Het ontbrekende vertrouwen als zodanig is uiteraard pijnlijk voor de patiënt. Die pijn kan slechts vermeden worden door de betreffende interactionele behoefte(n) zelf zo veel mogelijk te negeren. Omstandigheden die het pijnlijke besef van de onvervulde interactionele behoeften zullen reageren moeten krampachtig vermeden worden. Interactionele behoeften laten zich echter moeilijk negeren, omdat ze het fundament zijn van het menselijk bestaan. Onvervulde interactionele behoeften kunnen op elk onverwacht moment ongewild opduiken, bijvoorbeeld via toevallige associaties.

De therapeutische situatie is voor de patiënt wiens interactionele behoeften onvoldoende werden vervuld *inherent* bedreigend. De patiënt wordt in therapie immers impliciet of expliciet uitgenodigd om de aandacht te richten op 'problematische' gevoelservaringen zoals angst, depressie of cynisme. Dergelijke 'problematische' gevoelservaringen verwijzen voor Safran direct of indirect naar onvervulde interactionele behoeftes en verlangens. Met andere woorden: in het verlengde van de bewustwording van eigen gevoelservaringen ligt de niet meer te loochenen bewustwording van onvervulde interactionele behoeftes en verlangens (bijvoorbeeld: emotionele warmte en steun), die de patiënt als onvervulbaar heeft leren zien. Volgens Safran is bewustwording van pijnlijke en bedreigende gevoelens binnen de therapie cruciaal om de onvervulde interactionele behoeften die aan deze gevoelens ten grondslag liggen de centrale plek terug te geven die deze behoeften nu eenmaal nodig hebben.

Binnen de therapeutische context kan bewustwording van onvervulde interactionele verlangens in combinatie met een ongeloof in de mogelijkheid van vervulling nog pijnlijker en bedreigender zijn dan daarbuiten. Dat geldt in het bijzonder op de momenten dat de behandeling stagneert in de vorm van alliantiebarsten. Alliantiebarsten kunnen voor de patiënt extra zeer doen als er positieve ervaringen met de therapeut aan vooraf zijn gegaan: ervaren-

gen die de patiënt (soms tegen wil en dank) toch weer enig zelfvertrouwen in relatie tot anderen heeft gegeven. Zodra alliantiebarsten optreden kan dat beetje vertrouwen direct weer teniet worden gedaan en ervaart de patiënt de disfunctionele interpersoonlijke schema's als (wederom) geconfirmeerd. Alliantiebarsten confronteren patiënten in de eerste plaats met hernieuwde teleurstelling in medemensen (nu in de therapeut) en in zichzelf (bijvoorbeeld: 'Ben ik toch weer te goed van vertrouwen geweest!'). In de tweede plaats wordt de patiënt er via de onlustgevoelens (teleurstelling, woede, cynisme) over de alliantiebarst op 'betrap't dat er wel degelijk interactionele behoeften en verlangens zijn, ook ten aanzien van de therapeut. Bijvoorbeeld: de behoefte om door de therapeut gerespecteerd te worden.

Safran ziet het vroeg of laat optreden van alliantiebarsten op zichzelf als onvermijdelijk gegeven in elke psychotherapeutische samenwerking, niet anders dan de fricties die inherent zijn aan alle andere meer intieme relaties die er tussen mensen bestaan. Therapeuten kunnen en willen immers niet op elk moment perfect aansluiten bij de actuele behoeften en verlangens van de patiënt, voor zover zij al opmerken wat de patiënt op dat bepaalde moment nodig heeft. In grote lijnen bestaat het verschil tussen patiënten en mensen die geen psychotherapie nodig hebben eruit dat patiënten bij het optreden van interpersoonlijke fricties of impasses veel eerder en extremer terugvallen in inflexibele, probleembevestigende gedragspatronen dan 'niet-patiënten'.

De aanleidingen voor alliantiebarsten binnen de psychotherapeutische context kunnen heel divers zijn. Voorbeelden zijn de patiënt die zich verwaarloosd voelt omdat de therapeut een belofte (per ongeluk of om een goede reden) niet is nagekomen, de patiënt die zich niet meer dan 'een nummer' voelt omdat de therapeut zich een verhaal verkeerd herinnert dat de patiënt al eens heeft verteld, de patiënt die een open vraag van de therapeut als suggestief en manipulatief ervaart, maar ook de patiënt die terugschrikt voor een oprecht hartelijk gebaar van de therapeut en zich schuldig voelt over de eigen argwaan over de intenties van de therapeut. Alliantiebarsten kunnen verwijzen naar disfunctionele 'interpersoonlijke schema's' van de patiënt, maar ook naar die van de therapeut.

Alliantiebarsten leiden in het slechtste geval tot alliantiebreuken, oftewel tot het voortijdig afbreken van de behandeling. Het 'repareren' van alliantiebarsten in een proces van geven en nemen vormt de kern van Safran's resolutiemodel. Dat 'repareren' veronderstelt de bereidheid van patiënt en therapeut om alliantiebarsten eerlijk onder ogen te komen. En de bereidheid tot 'onderhandelen'.

De therapeutische relatie als onderhandelingsproces

Pogingen van de mens om eigen behoeftes en grenzen af te stemmen op die van anderen worden door Safran opgevat als een dynamisch onderhande-

lingsproces. De uitkomsten van dit onderhandelingsproces hebben steeds een beperkte geldigheidsduur en het proces van onderhandelen en heronderhandelen omvat feitelijk de hele levensloop. Safran meent dat het onvermogen van mensen om eigen interactionele behoeftes, verlangens en grenzen af te stemmen op de interactionele behoeftes, verlangens en grenzen van anderen (sleutelfiguren) de belangrijkste bron van psychopathologie is.

Veel mensen die zich bij de geestelijke gezondheidszorg aanmelden hebben weinig of vooral negatieve ervaringen met pogingen om zich constructief en vanuit wederkerigheid met anderen te verbinden en zich tegelijk constructief en vanuit wederkerigheid van hen te mogen onderscheiden. De uitkomsten van hun onderhandelingsprocessen zijn dus structureel onbevredigend en het vertrouwen dat meer bevredigende compromissen mogelijk zijn ontbreekt. Het vooruitzicht om onbevredigende 'onderhandelingsuitkomsten' open te breken gaat meestal gepaard met zodanige angst en frustratie, dat patiënten zich alleen al daarom te lang neerleggen bij de onbevredigende status quo. Op den duur is de emotionele en relationele prijs in de regel zo hoog dat meer of minder geslaagde pogingen tot heronderhandeling toch onontkoombaar zijn.

Safran ziet de inspanningen waarmee patiënt en therapeut de behandelrelatie vorm geven als een onophoudelijk onderhandelingsproces, dat in principe niet anders is dan de wijze waarop de patiënt zijn leven buiten de therapie 'onderhandelt' en 'heronderhandelt'. Dat onderhandelingsproces verloopt grotendeels automatisch en onbewust. Het is voor Safran een illusie dat de patiënt beladen met eigen gevoeligheden (problematische emoties, onvervulde behoeftes, verlangens en te strakke of juist losse grenzen) aan de therapie deel neemt, terwijl de therapeut objectief en neutraal zou zijn. Niet alleen de patiënt, maar ook de therapeut wordt in elke therapie onvermijdelijk geconfronteerd met eigen gevoeligheden: verlangens dat de patiënt die door de therapeut heimelijk wordt bewonderd die bewondering beantwoordt, angst of aversie tegen bepaalde gespreksthemata's (bijvoorbeeld: de therapeut die zelf huwelijksmoeilijkheden heeft, en de door de patiënt ingebrachte huwelijksproblemen subtiel weg masseert), irritatie over de presentatie of communicatiestijl van de patiënt en zo voort. De ironie is dat bewustwording van eigen gevoeligheden voor zowel patiënt en therapeut vaak pas mogelijk wordt als het therapeutisch proces stagneert. Alliantiebarsten zijn dus enerzijds een bron van teleurstelling, frustratie en pijn. Anderzijds bieden ze (in eerste instantie) patiënt en (in tweede instantie) therapeut de kans om binnen de therapeutische context zelf onvervulde interactionele behoeftes (aan verbondenheid en/of autonomie) en de problematische omgang met deze behoeftes (bijvoorbeeld de krampachtige ontkenning ervan) met meer mededogen te bekijken en er vervolgens ook daadwerkelijk iets mee te doen. Dat laatste kan er uit bestaan dat de patiënt de therapeut expliciet durft te vragen om rekening te houden met een bepaalde gevoeligheid.

Het interpersoonlijke therapiemodel is er op gericht om patiënten binnen de therapeutische context te helpen meer interpersoonlijke risico's te nemen, waardoor ze een betere balans weten te vinden tussen de basismotieven van verbondenheid en autonomie. Grofweg moeten patiënten die geneigd zijn om hun autonomiebehoefte op te geven uit angst voor verwerping geholpen worden om met meer onafhankelijk en zelfgericht gedrag (autonomie) te experimenteren. Patiënten die uit angst voor autonomieverlies weinig verbondenheid kunnen verdragen (en daarmee in wezen vaak eenzaam zijn) moeten daarentegen juist geholpen worden om met meer vriendschappelijke en intieme relaties, waarin zij zich kwetsbaar voelen (verbondenheid), te experimenteren. Alliantiebarsten vervullen in dit opzicht ook een cruciale diagnostische functie: het type alliantiebarst maakt vaak duidelijk of de patiënt eerder problemen op het gebied van verbondenheid dan autonomie vertoont of andersom. Wanneer alliantiebarsten succesvol kunnen worden gerepareerd doet de patiënt nieuwe constructieve ervaringen op, die hopelijk generaliseren naar de eigen leefwereld van de patiënt. Het proces vanaf het moment dat een alliantiebarst wordt gesignaleerd tot het succesvol repareren van de alliantiebarst blijkt uit het procesonderzoek van Safran en zijn medewerkers min of meer gefaseerd te verlopen.

ONTWIKKELING VAN RESOLUTIEMODEL VOOR HET BEWERKEN VAN ALLIANTIEBARSTEN

Safran en zijn medewerkers hebben een fasemodel voor het herstel van barsten in de therapeutische relatie ontwikkeld, dat zich door de loop der jaren heeft geëvolueerd op grond van nauwkeurige analyses van psychotherapiesessies (Muran, 2002; Safran & Muran, 1996; Safran, Muran, Samstag & Stevens, 2002). In het eerste model voor het oplossen van barsten in de therapeutische relatie werden vier fasen onderscheiden: (1) het opmerken van de alliantiebarst, (2) het exploreren van belevingen van patiënt en therapeut ten aanzien van de alliantiebarst, (3) het exploreren van vermijdingen in reactie op de alliantiebarst en (4) het exploreren van interpersoonlijke schemata (gegeneraliseerde cognitieve representaties van zichzelf in relatie tot de ander).

Barsten in de therapeutische relatie kunnen naar soort of type worden gecategoriseerd. Aanvankelijk werden maar liefst acht soorten alliantiebarsten onderscheiden (Muran, 2002). In de eerste revisie van het fasemodel werden deze acht categorieën teruggebracht tot twee hoofdcategorieën van alliantiebarsten: 'terugtrekbarsten' en 'confrontatiebarsten'. Deze tweedeling volgt globaal de scheidslijn tussen 'vluchten' (of 'bevrozen') enerzijds en 'vechten' anderzijds. Bij 'terugtrekbarsten' verdedigt de patiënt zich tegen de opgelopen kwetsuur door zichzelf tot op zekere hoogte af te sluiten van de persoon van de therapeut, van het therapeutisch proces als zodanig en/of van zijn eigen emoties. Bij 'confrontatiebarsten' reageert de patiënt op de ervaren kwetsing door

de (tegen)aanval: de therapeut krijgt openlijk woede, wrok of onvrede van de patiënt over zich heen. Sommige patiënten neigen er toe met terugtrekreacties te reageren op kwetsingen (in de therapeutische situatie of daarbuiten), anderen zoeken reflexmatig eerder de confrontatie. Los van de persoonlijkheidsstijl van de patiënt hangt de aard van diens reactie mede af van andere factoren, zoals de persoonlijkheidsstijl van de therapeut. Een sterk overheersende en als machtig ervaren therapeut bijvoorbeeld kan patiënten die 'van nature' geneigd zijn tot de (tegen)aanval ertoe brengen om terugtrekreacties te vertonen, uit angst voor vergelding door de therapeut.

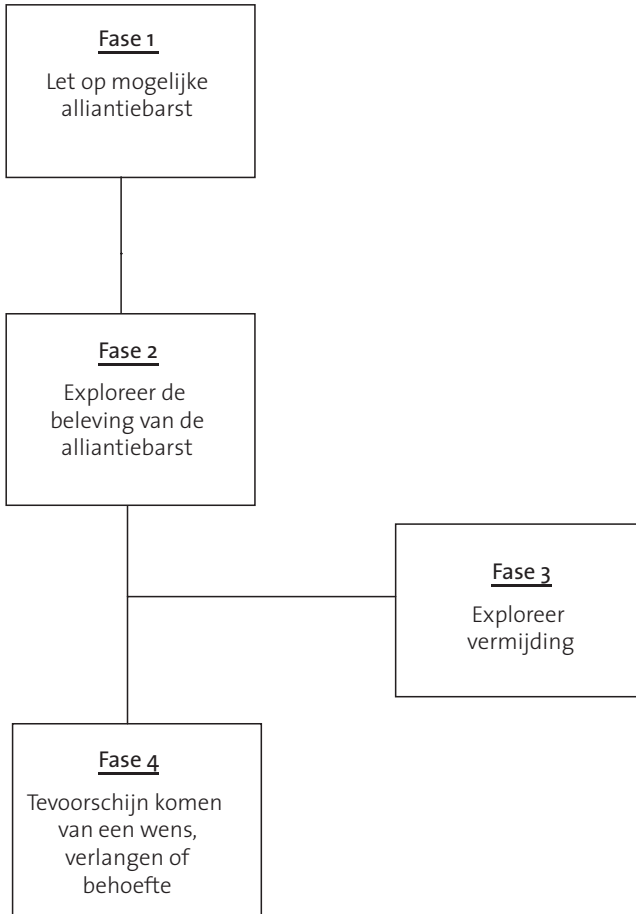
Het onderscheid tussen 'terugtrekbarsten' en 'confrontatiebarsten' is prototypisch en vooral heuristisch bedoeld. Het komt in werkelijkheid nogal eens voor dat alliantiebarsten zowel kenmerken van terugtrekken als confronteren vertonen.

Na deze eerste revisie van het oorspronkelijke fasemodel volgde nog een tweede revisie.

Uit nadere vergelijkende analyses van sessies waarin alliantiebarsten wel of niet succesvol werden gerepareerd bleek de vierde fase, het exploreren van disfunctionele 'interpersoonlijke schema's', slechts in een beperkt aantal gevallen kenmerkend voor het oplossen van alliantiemoeilijkheden. Deze vierde fase werd daarom uit het model geschrapt. Dat de patiënt uiteindelijk onomwonden een interactionele behoefte durfde uitspreken bleek belangrijker voor het oplossen van alliantiebarsten dan het exploreren en de realiteitstoetsing van disfunctionele 'interpersoonlijke schema's'. In het herziene, tweede model kwam de expressie van behoeften en verlangens als vierde fase in de plaats van het exploreren en toetsen van disfunctionele interpersoonlijke schema's. Het meest recente resolutiemodel is schematisch weergegeven in figuur 2.

Het resolutiemodel treedt in werking (fase 1) zodra (meestal) de therapeut (en soms de patiënt zelf) verbale of non-verbale signalen bemerkt, die er op kunnen wijzen dat het therapeutisch proces stagneert. Die signalen zijn met name bij 'terugtrekbarsten' vaak ambigu en subtiel en daarmee voor de therapeut niet gemakkelijk op te vangen of te decoderen. Situaties en gedragingen die indicatief kunnen zijn voor alliantiebarsten zijn bijvoorbeeld de patiënt die het eigen falen begint te benadrukken nadat de therapeut haar of hem heeft gekwetst (mogelijke 'terugtrekbarst') of de patiënt die zich voortdurend beklagt over randvoorwaarden van de therapie zoals de data en tijden van de behandelafspraken (mogelijke 'confrontatiebarst'). In Willemse & Hafkenscheid (2009) is een uitgebreide tabel met verschillende typen 'terugtrekbarsten' en 'confrontatiebarsten' terug te vinden, die de therapeut kan helpen om mogelijke alliantiemoeilijkheden te identificeren.

Introspectie is voor de therapeut een belangrijk instrument om mogelijke alliantiebarsten op het spoor te komen. De therapeut probeert bij zichzelf voortdurend systematisch te onderzoeken welke reflexmatige gevoelsreacties



Figuur 2: Fasemodel voor het herstellen van barsten in de therapeutische relatie*

* Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L. W. & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. In: J.C. Norcross (ed.). *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 235-254). New York: Oxford University Press.

of gedragingen optreden in het directe contact met de patiënt. Een therapeut kan bijvoorbeeld bij zichzelf gaan vaststellen steeds harder haar of zijn best te doen om het de patiënt naar de zin te maken. Die actietendens kan een tot dan toe onbewuste of halfbewuste angstreactie zijn op sluimerende onvrede van de patiënt. Therapeuten die gevoelig zijn voor teleurgestelde of ontevreden reacties van patiënten zullen overigens eerder aan die actietendens ten prooi vallen dan therapeuten die daar minder gevoelig voor zijn.

In de tweede fase uit figuur 2 probeert de therapeut los te komen uit haar of zijn onvrije positie ten opzichte van de patiënt. Dit is ook de fase waarin wordt

geprobeerd om de patiënt zich bewust te laten worden van een mogelijke alliantiebarst. De therapeut kan bijvoorbeeld de aandacht vestigen op de spottende blik van de patiënt in reactie op een serieus bedoelde therapeutische interventie. De therapeut kan gebruik maken van vragen zoals 'Wat voelde u op het moment dat ik dit zojuist voorstelde?' of 'Wat gebeurt er op dit moment tussen u en mij?'. Ook kan de therapeut gebruik maken van tentatieve subjectieve zelfonthullingen zoals 'Ik merk op dit moment dat ik alle zeilen bij zet om u te overtuigen van de zin van mijn aanpak, terwijl ik het gevoel heb dat u juist alles op alles moet zetten om mij duidelijk te maken dat mijn aanpak u niets zal helpen. Herkent u zoiets bij u zelf?'

In de derde fase uit figuur 2 probeert de therapeut de patiënt te helpen om verantwoordelijkheid te nemen voor de onlustgevoelens (boosheid, teleurstelling, verdriet, somberheid, angst), die inherent zijn aan alliantiebarsten. Patiënten ervaren de gevoelens die gepaard gaan met een alliantiebarst vaak als uitermate pijnlijk of zelfs als onverdraaglijk, waardoor ze geneigd zijn deze gevoelens te bagatelliseren of 'weg te werken'. Dat heeft volgens Safran en collega's vaak te maken met een leergeschiedenis waarin belangrijke anderen (met name ouders) dergelijke gevoelens niet serieus namen (negeerden) of belachelijk maakten (bestraften). Patiënten die neigen tot 'terugtrekbarsten' hebben vooral moeite om meer agressieve gevoelens zoals boosheid te erkennen, patiënten die neigen tot 'confrontatiebarsten' hebben vooral moeite met het erkennen van meer kwetsbare gevoelens zoals verdriet en teleurstelling. Ongeacht het type barst zijn patiënten vaak bang voor de negatieve gevolgen die het onomwonden erkennen van hun onlustgevoelens ten opzichte van de therapeut zal hebben voor de therapeutische relatie. Veel patiënten anticiperen op vijandige of verwerpende reacties van de therapeut zelfs als zij verstandelijk beter weten (Safran et al., 2002).

Een voorbeeld van een therapeutische interventie in deze derde fase: een patiënt die zich kritisch uit over therapeuten *in het algemeen* (bijvoorbeeld: 'mijn vorige therapeuten waren softies') wordt uitgenodigd om meer persoonlijk te worden door kleinere of grotere kritiekpunten op *deze* (haar of zijn *huidige*) therapeut onder woorden te brengen.

In het resolutiemodel worden de onlustgevoelens die verwijzen naar alliantiebarsten tegelijkertijd beschouwd als verwijzingen naar onvervulde behoeftes en verlangens (Safran, 1998; Hafkenscheid, 2003a). Zo bezien zijn deze onlustgevoelens dus onmisbare ijkpunten voor wat de patiënt eigenlijk mist en nodig heeft en wat verborgen blijft zolang de alliantiebarsten zelf niet opgemerkt worden. Patiënten ervaren in de regel niet alleen hun onlustgevoelens *als zodanig* als bedreigend, maar voelen tevens angst voor het onder ogen komen van onvervulde interactionele behoeftes en verlangens. Ook dat heeft meestal te maken met een ongunstige leergeschiedenis, waarin sleutelfiguren (bepaalde) interactionele behoeftes en verlangens (bijvoorbeeld: aan protectie) hebben verwaarloosd en waarin patiënten (bepaalde) eigen interactionele

behoefden en verlangens als onbelangrijk of ongeoorloofd zijn gaan ervaren (Safran, 1999).

In de vierde en laatste fase van het model probeert de therapeut naar vermogen bij de 'onderliggende' interactionele verlangens en behoeften aan te sluiten en deze expliciet als legitiem en 'normaal menselijk' te valideren. In hoofdlijnen moeten patiënten die neigen tot 'terugtrekbarsten' vaak vooral worden geholpen om hun 'onderliggende' behoeften aan *autonomie* (kracht, separatie, persoonlijke ontplooiing etc.) als legitiem te gaan zien, patiënten die neigen tot 'confrontatiebarsten' moeten daarentegen juist geholpen worden om hun behoeften aan *verbondenheid* (kwetsbaarheid, steun, afhankelijkheid) onder ogen te komen en te accepteren. Met het uiteindelijk valideren van de behoeften en verlangens van de patiënt worden de oorspronkelijke alliantiebarsten goeddeels ontdaan van de negatieve lading ('kinderachtig', 'triviaal', 'beschamend', etc.) waarmee alliantiebarsten in aanvang meestal geassocieerd zijn voor de patiënt.

De fasen van het resolutiemodel worden zelden netjes chronologisch doorlopen (bijvoorbeeld: Safran & Muran, 2000a). Meestal is er sprake van een min of meer grillig verloop, dat eerder als circulair dan als lineair te kenschetsen valt.

De attitude van de therapeut

De subjectiviteit van de therapeut vormt binnen het resolutiemodel een onmisbare bron van diagnostische informatie aangaande mogelijke problematische interpersoonlijke schema's. Die subjectiviteit is eveneens een belangrijk therapeutisch instrument (Katzkow & Safran, 2007). Met de subjectiviteit van de therapeut worden de innerlijke reacties op het communicatieve doen en laten van de patiënt bedoeld: onlustgevoelens of juist lustgevoelens, fantasieën of vrije associaties, actietendensen en zo voort. Het is de kunst voor de therapeut om die innerlijke reacties met een zekere nieuwsgierigheid en onbevangenheid te observeren en dat met tolerantie naar zichzelf te doen, zelfs wanneer het gaat om schaamtebeladen gevoelens en gedachten. Veel therapeuten voelen bijvoorbeeld – begrijpelijk en terecht – een zekere schaamte over erotische gevoelens die worden ervaren in de aanwezigheid van de patiënt. Aangenomen dat die lustgevoelens niet verwijzen naar seksuele frustraties van de therapeut kunnen dergelijke gevoelens belangrijke informatie bevatten over de wijze waarop de patiënt geleerd heeft om verbondenheid 'te kopen' door middel van verleidend gedrag. Schaamte kan de therapeut evenzeer voelen wanneer verveling in het contact met de patiënt wordt ervaren. Aangenomen dat de therapeut het vak in de regel met plezier uitoefent kan dat gevoel van verveling verwijzen naar de neiging van de patiënt om anderen op afstand te houden, vaag en algemeen te blijven uit angst voor intimiteit of om anderen, zoals bij meer narcistische problematiek, vooral als 'publiek' te gebruiken.

Voor therapeuten valt het niet mee om de eigen binnenwereld in het directe contact met de patiënt met een zekere objectiviteit en afstand onder de loep te nemen. De therapeut is immers zelf deelnemer aan de communicatie en dus geïnvolveerd. Anders gezegd: de therapeut kan niet van buitenaf objectief naar zichzelf kijken (Safran & Muran, 2000b). Als de patiënt de therapeut heftig verbaal attaqueert is er bij de meeste therapeuten een natuurlijke angstreactie, die het moeilijk maakt om direct overzicht te krijgen over de situatie. Die angstreactie staat een neutrale, meer beschouwende reactie in de weg. Datzelfde kan overigens gelden voor patiënten die dubbele boodschappen uitzenden, die in meer psychodynamische taal als 'passief-agressief' te boek staan. De therapeut kan er zo door geprikkeld raken, dat zowel de noodzakelijke professionele distantie als de empathie met de patiënt verloren gaan. Elke therapeut heeft ook nog eens haar of zijn 'blinde vlekken' op grond van eigen specifieke leerervaringen, die het krijgen van overzicht bij problematisch lopende therapeutische transacties kunnen bemoeilijken. Safran bepleit onder meer de beoefening van aandachtsgerichte meditatie om de therapeut te helpen buiten de hectiek van de eigenlijke behandelcontacten los te komen van de complementaire reacties waarin de therapeut zich ten opzichte van de patiënt gevangen kan voelen. Het lukt de therapeut binnen een zelf gecreëerde innerlijke ruimte beter om zicht te krijgen op eigen acties en reacties waarmee zij of hij disfunctionele transacties ongewild bekrachtigt. Safran suggereert ook het gebruik van de door Kiesler en collega's (Schmidt, Wagner & Kiesler, 1999; Kiesler & Schmidt, 2006) ontwikkelde *Impact Message Inventory Circumplex* (IMI-C), een zelfbeoordelingsschaal voor therapeuten waarmee ervaren betrekingsboodschappen van de patiënt in termen van de interpersoonlijke cirkel (de 'Roos van Leary') kunnen worden geregistreerd. Van de IMI-C is een gevalideerde Nederlandse versie (Hafkenscheid, 2003, 2005; Hafkenscheid & Kiesler, 2007; Hafkenscheid & Rouckhout, 2009) kosteloos beschikbaar.

Wanneer de therapeut eigen gevoelsreacties en de daarmee mogelijk gereleerde maladaptieve cognitief-interpersoonlijke cycli voor zichzelf helder heeft is het uiteraard niet de bedoeling om de patiënt daarmee frank en vrij te confronteren. Feedback (metacommunicatie, subjectieve zelfonthulling door de therapeut) moet aan bepaalde voorwaarden voldoen om helpend te kunnen zijn voor de patiënt. De feedback moet (a) authentiek en ondubbelzinnig zijn, (b) zich in eerste instantie zoveel mogelijk tot het 'hier en nu' beperken en (c) de therapeut moet duidelijk verantwoordelijkheid nemen voor eigen inwendige reacties en actietendities, alsmede voor het eigen aandeel in de vastlopende communicatie (Safran & Muran, 2002b). Een therapeutreactie als 'Ik voel me op dit moment niet respectvol door u behandeld. Okay, ik erken dat u reden hebt om boos op mij te zijn, maar ik voel me verlamd als u zo tegen mij schreeuwt!' voldoet aan die voorwaarden. Een therapeutreactie als 'Valt het u op dat u altijd boos op mij wordt en begint te schreeuwen als ik iets zeg dat u niet bevalt?' legt daarentegen de verantwoordelijkheid bij de patiënt en

verhult het mogelijke aandeel van de therapeut. Hoe meer therapeuten zelf verantwoordelijkheid nemen voor de reacties die de patiënt bij hen oproept, en omgekeerd voor het effect van hun gedrag op de patiënt, des te meer wordt de patiënt uitgenodigd om ook zelf verantwoordelijkheid te aanvaarden voor de (mis)interpretatie van gedragingen en intenties van anderen en voor de uitwerking van haar of zijn eigen gedragingen op anderen. Een uitgebreide bespreking van subjectieve zelfonthulling en metacommunicatie vanuit een explorerende en tentatieve attitude valt buiten het bestek van dit artikel. De lezer wordt daarvoor verwezen naar Safran & Muran (2000b).

Empirische ondersteuning

Het resolutiemodel zelf is ontwikkeld uit jarenlang procesonderzoek naar het ontstaan van alliantiebarsten en naar de strategieën waarmee patiënt en therapeut proberen om alliantiebarsten te 'repareren'. Dit procesonderzoek steelt op gedetailleerde kwalitatieve en kwantitatieve observaties van op video opgenomen therapiegesprekken, alsook op gestandaardiseerde meetinstrumenten die door de patiënt en de therapeut na elk behandelcontact onafhankelijk van elkaar worden ingevuld. Hypothese genererende en hypothesetoetsende studies wisselen elkaar in dit onderzoeksprogramma af. Op grond van de bevindingen van dit procesonderzoek is het resolutiemodel in de loop der jaren bijgesteld, vereenvoudigd en gepreciseerd. Een gedetailleerde beschrijving van deze onderzoekslijn zelf, alsmede van de resultaten van dit procesonderzoek is terug te vinden bij Safran, Muran, Samstag en Stevens (2002). Willemse & Hafkenscheid (2009) bieden een recent Nederlandstalig overzicht van onderzoek op het gebied van het detecteren en repareren van alliantiebarsten.

Het resolutiemodel is niet alleen *procesmatig* onderzocht, maar is ook empirisch getoetst in *predictief* opzicht en in de *vergelijkende werkzaamheid* ten opzichte van andere therapievormen. Uit dit onderzoek (Muran, Safran, Samstag & Winston, 2005) blijkt ondermeer dat het resolutiemodel in de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek gemiddeld niet onderdoet in effectiviteit ten opzichte van andere therapievormen ('klassieke' cognitieve gedragstherapie en kortdurende psychodynamische psychotherapie). Daarnaast blijkt toepassing het resolutiemodel bij te dragen aan het voorspellen en reduceren van voortijdige therapie-uitval (Samstag, Batchelder, Muran, Safran & Winston, 1998; Safran, Muran, Samstag & Winston, 2005).

Het resolutiemodel in relatie tot de cognitieve gedragstherapie

In het bijzonder met de uitwerking van het concept 'interpersoonlijk schema' heeft Safran aansluiting proberen te maken met de cognitieve gedragstherapie. In meer algemene zin kan het onderhandelingsproces dat in het resolutiemodel van Safran aan de therapeutische relatie ten grondslag ligt leertheoretisch worden beschreven als een wederzijdse bekrachtigingscontext, waarin

zowel klassieke als operante aspecten te herkennen zijn. In klassieke zin representeren patiënten en therapeut voor elkaar bepaalde unieke -appetitief of aversief geconditioneerde- stimuluskenmerken, waarvan zij zich vaak pas bewust worden wanneer er barsten of stagnaties in de therapeutische relatie optreden. Ook appetitief geconditioneerde stimuluskenmerken kunnen tot alliantiebarsten leiden. Een voorbeeld is de patiënt die bij de therapeut sterke associaties oproept met zeer positief geassocieerde sleutelfiguren, waardoor deze therapeut zich geblokkeerd voelt om de patiënt met vermijdingen te confronteren, uit angst om de positieve beleving bij deze patiënt in de waagschaal te stellen. Een alliantiebarst ligt in het verschiep wanneer de patiënt de therapeut of therapie steeds meer als krachteloos begint te ervaren. Het optreden van de alliantiebarst kan de therapeut, eventueel met hulp van collega's in intervisie of supervisie, bewust maken van de belemmerende klassieke conditioneringskenmerken die de patiënt (zonder dat deze dit zich zal beseffen) voor de therapeut representeert. De disfunctionele cognitief-interpersoonlijke cyclus uit figuur 1 kan eenvoudig worden herleid tot twee functionele (operante) $s^d \text{ R} \rightarrow s^r$ relaties, waarbij patiëntgedragingen discriminatieve stimuli vormen voor de (uitwendige en inwendige) respons van de therapeut en omgekeerd. Meer dan functieanalyses, die door hun notatiewijze uitnodigen tot interpretaties in 'oorzaken' en 'effecten' accentueren cognitief-interpersoonlijke cycli het circulaire en wederkerige karakter van de bekrachtigingscontext.

Het resolutiemodel voor alliantiebarsten sluit feitelijk het meest aan bij de 'derde generatie' gedragstherapieën zoals de *Functional Analytic Psychotherapy* (FAP) en de *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), vormen van cognitieve gedragstherapie waarin de therapeutische relatie als een belangrijke hefboom tot verandering wordt opgevat. In een recent leerboek over ACT (Luoma, Hayes & Walser, 2008) wordt expliciet naar het werk van Safran (Safran & Muran, 2000b) verwezen. In de interventies die in dit boek worden beschreven zijn overduidelijk elementen van het resolutiemodel te herkennen. Een voorbeeld van een therapeutreactie op een teleurgestelde patiënt: 'Het klinkt alsof ik niet naar u luister en al helemaal niet dat ik u help. Het is mogelijk dat ik daarnet even het spoor bijster was en te veel opging in mijn eigen gedachten. Mijn bedoeling is altijd om hier bij u aanwezig te zijn en aansluiting te vinden bij uw achtergrond, dus het is prima dat u uw reacties op tafel legt, ook al is dat voor mij moeilijk om te horen' (*ibid.*, p. 438). In een dergelijke interventie aanvaardt de therapeut onomwonden medeverantwoordelijkheid voor de alliantiebarst.

TOT SLOT

Terecht is er in therapeutopleidingen altijd veel aandacht geweest voor het aanleren van basale hulpverlenersvaardigheden: de ontwikkeling van empathie en van de competentie om zo goed mogelijk bij de patiënt 'aan te sluiten'.

Therapeuten krijgen in hun opleidingen mee dat die hulpverlenersvaardigheden de beste garantie zijn voor de opbouw van een goede samenwerkingsrelatie of 'positieve werkalliantie'. Vreemd genoeg worden psychotherapeuten tijdens hun opleidingstijd nauwelijks getraind in vaardigheden die gemobiliseerd moeten worden als het opbouwen of continueren van een 'positieve werkalliantie' niet goed lukt. Een ongunstig neveneffect van het hameren op een 'positieve werkalliantie' (empathie en 'aansluiten' bij de patiënt) is dat therapeuten zich hulpeloos en schuldig voelen als de empathie en de 'aansluiting' onverhoopt falen.

Het zijn juist de moeilijkste patiënten bij wie alliantiemoeilijkheden het vaakst voorkomen en het meest heftig zijn. Het is op zijn minst aannemelijk dat juist die patiënten in de kou blijven staan, wanneer therapeuten onvoldoende getraind zijn om met 'alliantiebarsten' om te gaan. Het resolutiemodel van Safran biedt naar onze mening een uitstekend 'schooloverstijgend' kader om therapeuten te trainen in het hanteren van alliantiemoeilijkheden. Een punt van kritiek is dat het resolutiemodel tot dusverre overwegend is uitgetest bij relatief 'gezonde' patiëntengroepen, met uitsluitend As I-stoornissen of met Cluster c persoonlijkheidsproblematiek (Willemse & Hafkenscheid, 2009), terwijl alliantiemoeilijkheden juist het heftigst kunnen zijn bij relationeel meer beschadigde patiëntengroepen. Het resolutiemodel veronderstelt bij patiënten het vermogen en de vaardigheden om over interacties en over eigen gevoelens te reflecteren en dat nu juist is bij relationeel meer beschadigde patiënten vaak een probleem. Dat laat onverlet dat het resolutiemodel voor alliantiebarsten ook voor 'zwaardere' psychiatrische of persoonlijkheidsproblematiek potentieel veel te bieden heeft. Het verdient aanbeveling om met behulp van bijvoorbeeld 'N = 1'- studies te onderzoeken hoe het resolutiemodel, ongetwijfeld in aangepaste vorm, er aan kan bijdragen om juist deze patiënten effectiever hulp te bieden.

SUMMARY

Negotiating the therapeutic alliance: Safran's resolution model of alliance ruptures

Jeremy Safran is one of the most influential interpersonal theorists and therapists today. His interpersonal model specifically focuses on the detection and repair of breaches in the therapeutic alliance. According to Safran and his co-workers, the constructive process of repairing alliance ruptures in the 'here and now' of the therapeutic relationship is a unique way to help patients overcome dysfunctional interpersonal schemas. Even more importantly, this process may offer the patient a corrective emotional experience for a negative interpersonal learning history. In the Netherlands, many cognitive behavior therapists are largely ignorant to Safran's theoretical work and to its pan-theoretical clinical implications.

This paper outlines the main elements of Safran's resolution model of alliance ruptures.

Key words: therapeutic alliance; interpersonal model

LITERATUUR

- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Callaghan, G.M., Gregg, J.A., Marx, B.P., Kohlenberg, B.S., & Gifford, E. (2004). FACT: the utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Research, Practice, Training, 41*, 195-207.
- Duncan, L.B., Miller, S.D., & Sparks, J. (2004). *The heroic client: a revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gilbert, P., & Leahy, R.L. (eds). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral therapies*. London: Routledge.
- Hafkenscheid, A. (2003a). *Een interpersoonlijke en emotionele impuls voor de cognitieve therapie*. Boekbespreking van Jeremy Safran (1998), Widening the scope of cognitive therapy: the therapeutic relationship, emotion and the process of change. *Gedragstherapie, 36*, 223-235.
- Hafkenscheid, A. (2003b). Objective countertransference: do patients' interpersonal impacts generalise across therapists? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 10*, 31-40.
- Hafkenscheid, A. (2004a). De interpersoonlijke communicatietheorie (ICT) van Donald J. Kiesler (1) De theorie. *Psychopraxis, 6*, 15-19.
- Hafkenscheid, A. (2004b). De interpersoonlijke communicatietheorie (ICT) van Donald J. Kiesler (2). De praktijk. *Psychopraxis, 6*, 59-64.
- Hafkenscheid, A. (2004c). Hoe 'Rogeriaans' is de interpersoonlijke communicatietheorie en -therapie (ICT) van Donald J. Kiesler? *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie, 42*, 267-278.
- Hafkenscheid, A. (2005). The Impact Message Inventory (IMI-C): Generalisability of patients' command and relationship messages across psychiatric nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12*, 325-332.
- Hafkenscheid, A. (2007a). Evidence-Based Practice (EBP) of Practice-Based Evidence (PBE)? Boekbesprekingen van John C. Norcross, Larry E. Beutler & Ronald F. Levant (eds.). (2005). *Evidence-based practices in mental health: debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington: American Psychological Association.
- John C. Norcross (ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford, New York: Oxford University Press. *Gedragstherapie, 40*, 125-139.
- Hafkenscheid, A. (2007b). De betekenis van Donald J. Kiesler (1933-2007) voor de psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 33*, 333-345.
- Hafkenscheid, A. (2009). De interpersoonlijke component. In: Colijn, S., Snijders, H., Thunnissen, M., Bögels, S. & Trijsburg, W. (red.). *Leerboek Psychotherapie* (pp. 109-121). Utrecht: De Tijdstroom.
- Hafkenscheid, A., & Kiesler, D. (2007). Assessing objective countertransference: a comparison of two different statistical procedures in three different samples. *Psychotherapy Research, 17*, 393-403.
- Hafkenscheid A., & Rouckhout, D. (2009). Circumplex structure of the Impact Message Inventory (IMI-C): An empirical test with the Dutch version. *Journal of Personality Assessment, 91*, 187-194.

- Hafkenscheid, A., Veeninga, A., & Witzenburg, D. van (2009). *Routine process monitoring (RPM) en Functionele Analytische Psychotherapie (FAP) in aanvulling op een protocolaire cognitief gedragstherapeutische behandeling. Gedragstherapie, 42, 167-183.*
- Hayes, S.C., Strosahl, K., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: an experiential approach to behavior change.* New York: Guilford Press.
- Hermans, D., Eelen, P., & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie.* Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.
- Horowitz, L.M. (2004). *Interpersonal foundations of psychopathology.* Washington: American Psychological Association.
- Katzow, A., & Safran, J.D. (2007). Recognizing and resolving ruptures in the therapeutic alliance. In: P. Gilbert, P. & R.L. Leahy (eds). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral therapies* (pp. 90-105). London: Routledge.
- Kiesler, D.J. (1988). *Therapeutic metacommunication: therapist impact disclosure as feedback in psychotherapy.* Palo Alto: Consulting Psychologists Press, Inc.
- Kiesler, D.J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: personality, psychopathology, psychotherapy.* New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Kiesler, D.J., & Schmidt, J.A. (2006). *The Impact Message Inventory-Circumplex (IMI-C) Manual: Sampler set, manual, test booklet, scoring key, worksheets.* Menlo Park: Mind Garden.
- Kohlenberg, R.J., & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: creating intense and curative therapeutic relationships.* New York: Plenum Press.
- Korrelboom, K., & Ten Broeke, E. (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: handboek voor theorie en praktijk.* Bussum: Coutinho.
- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: J.C. Norcross (ed.). *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 17-32). New York: Oxford University Press.
- Lambert, M.J., & Ogles (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: M.J. Lambert (ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 139-193). New York: John Wiley & Sons.
- Luoma, J.B., Hayes, S.C., & Walsler, R.D. (2008). *Leer ACT! Vaardigheden voor therapeuten.* Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum.
- Muran, J.C. (2002). A relational approach to understanding change: plurality and contextualism in a psychotherapy research program. *Psychotherapy Research, 12, 113-138.*
- Muran, J.C., Safran, J.D., Samstag, L.W. & Winston, A. (2005). Evaluating an alliance-focused treatment for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42, 532-545.*
- Safran, J.D. (1990a). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: I. Theory. *Clinical Psychology Review, 87-105.*
- Safran, J.D. (1990b). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: II. Practice. *Clinical Psychology Review, 107-121.*
- Safran, J.D. (1993a). Breaches in the therapeutic alliance: an arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy, 30, 11-24.*
- Safran, J.D. (1993b). The therapeutic alliance rupture as a transtheoretical phenomenon: definitional and conceptual issues. *Journal of Psychotherapy Integration, 3, 33-49.*
- Safran, J.D. (1998). *Widening the scope of cognitive therapy: the therapeutic relationship, emotion, and the process of change.* Northvale: Jason Aronson.
- Safran, J.D. (1999). Faith, despair, will and the paradox of acceptance. *Contemporary Psychoanalysis, 35, 5-24.*
- 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. (2000a). Resolving therapeutic alliance ruptures: diversity and integration. *JCLP/In Session: Psychotherapy in Practice, 56, 233-243.*
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000b). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide.* New York: The Guilford Press.

- Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W., & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. In: J.C. Norcross (ed.). *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 235-254). New York: Oxford University Press.
- 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, 512-531.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 286-291.
- Samstag, L.W., Batchelder, S.T., Muran, J.C., Safran, J.D., & Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy: an assessment of therapeutic alliance and interpersonal behaviour. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 126-143.
- Schmidt, J.A., Wagner, Chr. C., & Kiesler, D.J. (1999). Psychometric and circumplex properties of the octant scale Impact Message Inventory (IMI-C): a structural evaluation. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 325-334.
- Willemse, Y., & Hafkenscheid, A. (2009). Stagnaties in de therapeutische alliantie signaleren en repareren. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 35, 342-357.