
TERMINEREN

Aandacht voor het einde van de therapie

Inleiding

Heel veel is er geschreven over behandeling en met name over de **aanvang, de intakefase**. Heel weinig over het **einde** van therapie.

Dit is niet zo verbazingwekkend; het is in het algemeen gemakkelijker en aangenamer een nieuwe activiteit te beginnen met de belofte van anders en beter dan om dezelfde activiteit te beëindigen en daarmee iets ouds en vertrouwds los te laten. Beginnen is **winst** en loslaten betekent **verlies**.

Hoewel daar natuurlijk in geval van therapie de winst van de autonomie van de patiënt tegenover staat.

Termineren

Therapeuten verschillen van mening hoeveel aandacht er besteed moet worden aan het einde van therapie.

Malan, als bekende psychotherapeut meende dat zelfs eénderde van de hele therapieduur aan het afscheid besteed moest worden.

Termineren is een woord met een onaangename bijklank mogelijk omdat het verwijst naar een soms onaangenaam proces; de behandeling afsluiten. Het woord termineren heeft ook een mechanische bijklank die slecht accordeert met een proces dat therapie heet; in wezen een ontmoeting van twee mensen waarbij de een het lijden van de ander poogt te verminderen.

We beschikken in de geneeskunde over verschillende instrumenten om therapie mee te bedrijven. Zo bestaan er medicamenten, scalpels, zalven, brillen maar in de psychiatrie is het

vooral de menselijke relatie die het therapeutisch proces draagt. Natuurlijk, we hebben verschillende hulpmiddelen zoals medicatie, registratie, het voorschrijven van paradoxen en rituelen, systeeminterventies, oefenen en zoal meer maar uit verschillende resultaatsonderzoeken blijkt steeds weer dat vooral de zogenaamde non-

Hans van Es

Hans is opleider en sociaal psychiater/gezinstherapeut bij de Riagg Stad Utrecht, afdeling Acute en Sociale Psychiatrie.

specifieke factoren zoals warmte, echtheid en niet-voorwaardelijke acceptatie verantwoordelijk zijn voor het therapeutische eindresultaat. En deze factoren vinden hun bedding in de intermenselijke relatie. Pas als de patiënt zich gehoord weet, zich niet veroordeeld voelt en zich gerespecteerd voelt, als hij begrip ontmoet waar hij buiten de therapie slecht begrepen werd, kan hij veranderen.

Afscheid doet een beetje pijn.

het vermijden van de pijn van het afscheid is een van de wortels waardoor de patiënt zich in therapie verankerd. Mensen – en ook de therapeut en patiënt - hechten zich in een goede relatie aan elkaar en onthechten doet pijn.

In een goed lopende therapie ontstaan bij therapeut en cliënt idealiter ongeveer gelijktijdig de gedachte dat het einde in zicht is; de symptomen zijn sterk verminderd, de cliënt is gegroeid. Er wordt opeens vaker over de therapie in beschouwende zin gepraat, de onderwerpen die ingebracht werden door de patiënt gaan meer over afscheid en de daarmee samenhangende gevoelens van verdriet, boosheid en angst voor de eenzaamheid voor de periode na de therapie.

Vaak ook is er een verergering van de symptomen die de cliënt bij aanvang van de behandeling had. Als mensen de pijn van de rouw niet verdragen kunnen reageren ze verschillend, afhankelijk van hoe ze gewend zijn om pijn "weg te maken".

De mensen die verdringen krijgen meer angstverschijnselen die onverklaarbaar zijn, de meer rationeel ingestelden ontkennen dat het afscheid het hen iets doet en nemen keurig onaangedaan op tijd afscheid, de chaoten gaan maar keren al snel weer in de crisisdienst terug, de actieven keren de verlaten om en laten de therapeut in de steek door niet te verschijnen op de laatste afspraak. De psychopaten hadden toch niet anders verwacht en lopen scheldend het gebouw uit.

Therapie is geen vriendschap.

Het in een therapeutische relatie de afspraak dat het om een behandeling gaat en dat het contact eindigt als de symptomen of, mooier nog, de onderliggende problemen verdwenen zijn.

De afspraak dat het niet om een "gewone" relatie gaat zoals men buiten de Riagg met familieleden of vrienden kan hebben is echter een nogal

impliciete afspraak waarvan de hulpverlener vaak maar aanneemt dat de patiënt er ook zo over denkt.

De therapeutische relatie wordt vaak gecompliceerd door het verschijnsel "overdracht". Dit zijn onbewuste herhalingen van reacties met een persoon uit het verleden in het heden met de therapeut en is onder meer een poging om alsnog de onbevredigde kinderlijke behoeftes uit het verleden te vervullen. Het verlangen naar een wél begrijpende vader, een warme en accepterende moeder, een kameraadschappelijke broer of een bevriende zus.

In een psychotherapie is overdracht geen complicatie maar een noodzakelijk instrument om het verleden weer naar het heden toe te halen.

In een langdurige, op verandering gerichte therapie wordt de overdracht bewust gemaakt en op die manier ontstaat er de mogelijkheid de gevoelens over het gemiste alsnog te verwerken zodat een patiënt niet steeds in allerlei relaties het slachtoffer is van zijn dwangmatig zoeken naar kinderlijke bevrediging. Tegelijkertijd is er de mogelijkheid dat er naast het beroemde "inzicht" (de herbeleving van de oorspronkelijke situatie) er ook een vorm van "corrigerende emotionele ervaring" plaatsvindt, in de zin dat er nu een andere loop van gebeurtenissen is. De therapeut zal niet zo straffen als vader en niet zo vernederen als moeder. Een nieuwe levenservaring die patiënten het gevoel kan geven dat mensen ook wél te vertrouwen zijn.

In een kortdurende therapie moet de groei van de overdracht zo veel mogelijk tegengegaan worden. Onder

meer omdat de therapie te kort is om de overdracht te laten groeien en te bewerken.

Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen zien mensen vaak in een langdurig contact. Dit heet dan vaak begeleiding in plaats van therapie en is vaak niet op verandering gericht; soms louter op voorkoming van problemen.

Desondanks ontstaat er vaak - of je wilt of niet - een overdrachtsrelatie, en in principe hoe vaker contact hoe groter de kans op over- en tegenoverdracht. Juist omdat er geen sprake is van psychotherapie (het is traditie om alleen op verandering gerichte therapie psychotherapie te noemen) bestaat er de neiging deze overdrachts- en afscheidsprikelen te onderschatten. Let op!

Kort, lang of eindeloos.

De therapieduur kan op verschillende manieren "wringen". Zo zijn er patiënten die langdurig therapie zouden moeten hebben maar die te vroeg vertrekken, de "**drop-outs**", en er zijn er die langer blijven dan nodig de zogenaamde "**plakkers**".

Over de laatste groep wil ik het nu verder hebben.

De "plakkers".

Deze titel reserveer ik voor de mensen die maar blijven komen ondanks het ontbreken van vorderingen in therapie. De symptomen zijn er nog, klachten komen en gaan, de therapeut durft de patiënt niet meer goed in een team te presenteren. Het hoeven overigens geen nare contacten te zijn; soms is het uitgesproken gezellig en wil de therapeut de cliënt helemaal niet kwijt. Soms ook heeft de therapeut alles al geprobeerd, intervisie, spiegelwerk,

verschillende vormen van therapie maar de cliënt wil maar niet weg. In extreme situaties heeft de therapeut het idee dat als hij er niet zou zijn de cliënt zich al gesuicideerd zou hebben. "Hij heeft alleen mij maar in het leven".

Waarom gaan ze niet? Ik noem de belangrijkste factoren.

De overdracht

Bijzonder plakkende gevoelens zijn belevingen dat de therapeut een ideale vader of moeder is of een oudere broer die alles kan regelen of ritselen. Sterke magische is het geloof dat de veronderstelde almacht van de therapeut de cliënt beschermt tegen alle vormen van onheil en gevoelens van ongeluk en eenzaamheid. In de analytische wereld heet dit geïdealiseerde vorm van overdracht of ook wel geërotiseerde overdracht. De kinderlijke verlangens van de cliënt worden vervuld. Maar het is helaas nooit genoeg, de put is bodemloos; je kunt als therapeut nooit de vader zijn die de patiënt op zijn vierde jaar had moeten meemaken.

(Tegen)overdrachtsgevoelens

Plakkende gevoelens kunnen ook bij de therapeut ontstaan als reactie op het gedrag van de patiënt. Ze heten (tegen)overdrachtsgevoelens. Waar geniet je van bij je patiënten? Als ik even mag overdrijven: applaudiserende vrouwen? Afhankelijke en dankbare kinderen die je zorg nodig hebben? Mooie mannen die heimelijk naar je verlangen? Leeftijdgenoten die je erg bewonderen? Als je als therapeut eenmaal in een relatie verzeild bent waarbij de patiënt appelleert aan een mogelijke bevrediging van je eigen

vroegkinderlijke verlangens eist het erg veel zelfdiscipline om af te sluiten.

Karaktertrekken

Ook karaktertrekken van de therapeut spelen een rol. Een perfectionistische therapeut vindt het nooit goed genoeg, een dwangmatige therapeut kan zich verzetten tegen de verandering die termineren inhoudt, een afhankelijktherapeut wil niet alleen gelaten worden en een angstige therapeut is ook een slechte raadgever. De narcistisch ingestelde kan niet zonder applaus. Gelukkig komen karaktertrekken uit cluster A zelden in overmaat voor bij therapeuten.

Structuur

Onvoldoende structuur in en rond een behandeling. Hiermee bedoel ik zaken als doelbepaling bij aanvang van de behandeling, het bij aanvang van therapie vaststellen of het een behandeling van beperkte of eindeloze duur zou moeten zijn, registratie van de ernst van de klachten door de patiënt, meten van vorderingen en het daarmee evalueren of de behandeling nog op het goede spoor is en het op systematische wijze bespreken van patiënten met anderen. Juist de "eindelozen" blijven vaak buiten schot.

In de huidige situatie in GGZ land speelt verder structureel ook mee dat er niet altijd eenduidigheid is in wat er na afsluiting met een cliënt hoort te gebeuren. Als een huisarts meent dat de cliënt in de Riagg thuishoort en weer terugverwijst is het water naar de zee dragen.

Tips voor afsluiten:

Neem de tijd aan het begin van de

behandeling om vast te stellen wat er moet gebeuren en vooral hoe lang dat zou moeten duren. Probeer ook waar mogelijk meetinstrumenten in te voeren zoals registratie en depressielijsten e.d. Als het een eindige begeleiding zou moeten zijn is het verstandig zo vroeg als kan en met enige regelmaat de cliënt te herinneren aan het einde van de therapie.

Neem jezelf en je caseload eens kritisch onder de loep; het argument dat er geen tijd is kan minder belangrijk te zijn als je bedenkt dat een afgesloten contact een zee van tijd oplevert als je tenminste niet direct om een nieuwe patiënt bij de teamleider gaat vragen.

Zoek naar langdurige contacten en met name ook de contacten die zo "goed lopen".

Zijn er begaafde cliënten die weten dat de therapeut dankbaar is voor zo'n goed lopende therapie en steeds weer nieuw materiaal vinden om over te praten maar ondertussen maar een afhankelijke relatie bestendigen? Zijn er contacten waar je zelf naar uitkijkt? Deze zijn goed tegen een eventueel dreigende burn-out maar ook een beetje verdacht.

De langdurige contacten die "niet goed lopen" zijn gemakkelijker te vinden. Zoek eens in je agenda naar namen op de dagen dat je zo moe naar huis gaat.

Kijk naar het begin van het contact. Wat was nu eigenlijk de bedoeling indertijd?

Is er misschien alsnog een concrete hulpvraag te formuleren bij de cliënten die je van een collega hebt "georven"? Overleg in het team of met een andere

collega of het een af te sluiten casus is.

Zoek met de cliënt naar een evaluatiemoment om vorderingen te bespreken.

Introduceer als het kan tegelijkertijd met de evaluatie het woord "einde van de therapie".

De vastzittende cliënt zal erg schrikken misschien maar als je hem verzekert dat het lang zover nog niet is kan hij zich beter voorbereiden op het afscheid.

Beslis gedecideerd en handel menselijk.

Zoek goede woorden om een afscheid in een vastgelopen therapie aan te kondigen. Reageer niet vanuit eigen boosheid of teleurstelling maar probeer het afsluiten een positieve plaats te geven. Probeer geen schuld te zoeken noch bij jezelf noch bij de cliënt. Als hij niet is veranderd neem dan maar aan dat hij dit niet gekund heeft. Een cliënt zoekt net als iedereen een evenwicht dat hem de minste pijn

doet. En als een cliënt meent dat afsluiten echt niet kan kun je zeggen dat afsluiten nu niet altijd hoeft te betekenen dat iemand nooit meer terug kan komen. Noem het dan een proefeinde of therapiepauze.

Leg ook uit aan een cliënt dat het normaal kan zijn dat verschijnselen terug komen op het eind en dat het meestal te maken heeft met de spanning van een toekomst "zonder therapie".

Cliënten begrijpen vaak wel de vergelijking met de eerste keer rijden in de auto na het behalen van het rijbewijs zonder de instructeur naast je. Spannend.

En hoe is het voor ons om de kinderen de deur uit te zien gaan waar we ons zo voor ingezet hebben? Kinderen die ons eerst zo nodig hadden maar al veel vroeger dan we dachten trots waren op hun zelfstandigheid?

Ook spannend.

Literatuur

L.R.Wolberg.
Handboek kortdurende therapieën,
Van Loghum Slaterus 1985

R. van Dyck, C.A.L. Hoogduin.
Het voorkomen van uitzichtloze
therapeutische relaties. In Directieve
therapie 1.
Van Loghum Slaterus.

Herman de Mönink.
Verlieskunde.
De Tijdstroom BV Utrecht 1996

Methorst, Hoogduin, van der Velden.
Richtlijnen bij kortdurende ambulante
behandeling.
Bohn Stafleu van Loghum, 1997