Bruggen slaan: de therapeutische procestaak van voortijdig afscheid nemen

Annemiek de Kock, Marijke Smulders

SAMENVATTING

Dit artikel behandelt de complexe gevolgen voor de cliënt van een voortijdige beëindiging van de therapeutische relatie op initiatief van de therapeut. Voor het doorgronden van de betekenissen van de reacties van de cliënt en voor het integreren van die betekenissen in het therapeutische proces wordt een beroep gedaan op de procesfasering, emotietheorie en schematheorie. Hiermee kunnen de therapeut die zijn vertrek aankondigt en de therapeut die de behandeling overneemt, samen bruggen slaan, zodat de voortijdige beëindiging helpend of ten minste met zo weinig mogelijk schadelijke gevolgen voor de cliënt kan verlopen.

Inleiding

Literatuur over therapietrouw bevorderende interventies en het reduceren van drop-outs (Appelo, 2010; Keijsers, Vossen, & Keijsers, 2007; Lange, 2006; Miller & Rollnick, 2005; Van Audenhove & Vertommen, 1998; Van Dieren, Rijckmans, & Vingerhoets, 2010) richt zich eenzijdig op het gegeven dat de cliënt de therapie voortijdig kan afbreken. Wat buiten beschouwing blijft, is dat ook de therapeut zich therapieontrouw kan tonen en voortijdig kan afhaken. Denk bijvoorbeeld aan situaties waarin een therapeut een andere baan accepteert, een opleidingsonderdeel afrondt en overgeplaatst wordt naar een andere afdeling voor een volgende stage, ernstig ziek wordt, langdurig met verlof gaat of vanwege een reorganisatie overgeplaatst of ontslagen wordt.

De beroepscodes voor psychologen (Belgische Federatie van Psychologen [BFP], 2004; Nederlands Instituut van Psychologen [NIP], 2007) en voor psychotherapeuten (Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie [NVP], 2007) benadrukken het belang van continuïteit van de professionele behandeling en de verantwoordelijkheid van de psycholoog of psychotherapeut daarin (BFP-code 2.3, NIP-code III.1.2, NVP-code II.3.1 en II.3.2). De NVP expliciteert in de codeartikelen welke 'gewichtige redenen' de psychotherapeut het recht geven de behandeling af te breken; persoonlijke belangen en/of belangen van de instelling worden hierbij niet genoemd. Therapeuten opereren echter niet uitsluitend als zelfstandige beroepsbeoefenaars, ze hebben ook een privéleven en hebben te maken met mensen in een organisatie die beslui-

ten nemen waar zij gevolgen van ondervinden. Hieruit kan een spanningsveld ontstaan dat niet te voorzien was bij de start van een behandeling, en dat aanleiding is voor de therapeut om stappen te zetten die ten minste op gespannen voet staan met het therapeutische proces.

In dit artikel reflecteren we op de mogelijke betekenissen en gevolgen van een voortijdig vertrek van de therapeut. Voor zover wij weten, is hier nauwelijks systematisch onderzoek naar gedaan. Een uitzondering is Khan (1995), die negen cliënten interviewde die gestopt waren met hun langdurige individuele psychotherapie omdat de therapeut het contact verbrak. Bij vier cliënten bleek de voortijdige beëindiging geen blijvende negatieve effecten te hebben. Bij de andere vijf had de voortijdige beëindiging ingrijpende gevolgen; bij twee van de vijf konden die gevolgen in de resterende therapietijd nog succesvol doorgewerkt worden, de andere drie hadden hier onvoldoende tijd voor gehad. Het meest beschadigende element voor die drie cliënten was dat ze het plotse vertrek van de therapeut ervaren hadden als een herhaling van verwaarlozende, gewelddadige of ambivalente zorg van vroegere hechtingsfiguren.
Vertrekpunten voor onze reflecties zijn: de therapeutische relatie, het therapeutische proces als een fasestructuur (Swildens, 1997) en afscheid nemen als laatste fase in het therapieproces (Leijssen, 1995; Stinckens, 2008).
We gaan uit van een psychotherapeut die individueel en procesgericht met cliënten werkt. We beperken ons tot situaties waarin die therapeut in de gelegenheid is zijn vertrek aan te kondigen en met de cliënt door te werken.

Het fenomeen van de therapeutische relatie

Naar onze overtuiging is een therapeut in een therapeutische werkrelatie niet zonder meer inwisselbaar voor een andere therapeut die dezelfde behandelmethode beheerst. Dat maakt de continuïteit van behandelaar zo belangrijk. Hiermee sluiten we aan bij de visie van Swildens (1997), die de psychotherapeutische relatie beschouwt als een persoonlijk-functionele relatie. Cliënt en therapeut gaan een contact met elkaar aan dat leidt tot een doelgerichte relatie. De cliënt doet dat omdat hij lijdt onder zijn symptomen of problemen en hiervoor verlichting wil vinden. De therapeut gaat de relatie aan met als doel hulp te geven vanuit zijn professionele bekwaamheid en beschikbaarheid. Swildens noemt dit 'de centrale motivatie'. De interactie tussen cliënt en therapeut, de functionele omgang met elkaar, resulteert in een werkbare doelgerichte psychotherapeutische relatie als beiden zich in het contact wederzijds voor elkaar openstellen.
Mede vanwege de persoonlijke aspecten heeft het fenomeen van de therapeutische relatie tijd nodig om zich te ontwikkelen. Ze heeft een begin en een einde, en in haar begin is het einde al zichtbaar. Ze begint met 'helpen en geholpen worden'. Ze eindigt als de centrale motivatie opdroogt, doordat de cliënt de hulp van de therapeut niet meer nodig heeft of de therapeut de hulp die de cliënt nodig heeft, niet meer kan bieden (Swildens, 1997).

Fasestructuur van het therapieproces

Het 'waartoe' van de therapeutische relatie verandert in de loop van de therapie. Tussen begin en einde treden kwalitatieve verschuivingen op in de hulpvraag of hulpverwachting van

de cliënt. Hierin is een fasestructuur te onderscheiden. Swildens (1997) onderscheidt achtereenvolgens de premotivatiefase, de syndroom/symptoomfase, de probleem/conflictfase, de existentiële fase en de afscheidsfase. Iedere fase heeft haar eigen therapeutisch-relationele problematiek en vraagt van de therapeut een andere houding en een ander interventierepertoire, met als basis acceptatie, empathie en echtheid. Hoop wekken en informatie geven zullen bijvoorbeeld belangrijke interventies zijn in de premotivatiefase, terwijl in de syndroom/symptoomfase een diep niveau van empathie nodig is dat de cliënt uitnodigt zich te verdiepen in de problematiek die met het symptoom verbonden is.
Het therapieproces verloopt echter niet altijd spiraalgewijs van het syndroom naar de onderliggende problemen en conflicten en daarna verder. Afhankelijk van de psychopathologie en contextuele factoren kan het proces stagneren of terugglijden naar al gepasseerde stadia. Bij cliënten die wezenlijk stagneren in hun proces, zal de beschreven fasering niet overwegend spontaan optreden; het is dan aan de therapeut om actief te interveniëren om het proces alsnog op gang te krijgen (Swildens, 1997).

Afscheid nemen als proces

Bij cliënten bij wie de centrale motivatie aan het opdrogen is, die een punt bereiken waarop hulp niet meer nodig is, is de laatste fase in het therapeutische proces de afronding en afsluiting ervan. De band tussen cliënt en therapeut zal gaandeweg hechter zijn geworden. Ze hebben samen diverse procesfasen doorlopen en daarin procesblokkades weten op te heffen. Ze hebben voorlopige antwoorden gezocht op existentiële vragen. Indien passend bij het proces van de cliënt, kan de therapeut zich gelijkwaardiger aan de cliënt zijn gaan opstellen en meer zelfonthulling aan de dag zijn gaan leggen. De cliënt heeft zijn weg naar zelfactualisatie gevonden: hij kan zelf kiezend en ontwerpend zijn toekomst aangaan en zin verlenen aan zijn leven. En precies dan houdt de relatie tussen cliënt en therapeut op. Er resulteert een scheidingsproces dat, juist vanwege de hechtere band en wederzijdse waardering die tot stand zijn gekomen, als prototypisch beschouwd kan worden voor andere momenten van scheiden in het leven (Leijssen, 1995).

Eerdere pijnlijke ervaringen met losmaking en verlating kunnen de cliënt gevoelig hebben gemaakt voor situaties van verlies en in de steek gelaten worden (Leijssen, 1995; Stinckens, 2008). Binnen de therapie wordt dat voelbaar in de afscheidsfase, vaak ook al eerder: aan het einde van sessies, bij ziekte of vakantie van de therapeut, bij wijzigingen in de therapiesituatie. Die thema's zullen aan bod komen in de probleem/conflictfase, mogelijk ook in de existentiële fase. Door ze dan te exploreren, emotioneel door te werken en in hun ruimere betekenis te plaatsen, kan de cliënt gaandeweg leren zich te verhouden tot het uiteindelijke afscheid. De therapeut biedt de cliënt de gelegenheid om in zijn eigen ontwikkeling te investeren en biedt hem tegelijkertijd de mogelijkheid even pas op de plaats te maken (Stinckens, 2008). Uiteindelijk bespreken therapeut en cliënt de manier waarop de afsluiting zal plaatsvinden en leggen ze de datum van de laatste sessie vast. In die laatste sessie beschouwt de cliënt wat voor hem het belangrijkste is geweest in het doorlopen proces. Naast gevoelens van verlies en verdriet omdat de therapeutische relatie eindigt, komt er vaak dankbaarheid om wat gedeeld werd. Vervolgens verschuift het accent naar de beleving van een nieuw begin (Leijssen, 1995).

Het beëindigen van de therapie is een complex relationeel en existentieel gebeuren. Afscheid nemen, het einde van de therapie, de eindigheid van de therapeutische relatie, betekent onderkennen dat altijd blijvende bescherming niet bestaat. Het raakt het universeel menselijke conflict tussen autonomie en afhankelijkheid, het schetst de moeilijke en pijnlijke opdracht zich te hechten en te onthechten. In ultieme zin herinnert 'eindigheid' aan sterfelijkheid. Dat laatste kan als zo bedreigend worden ervaren, dat tal van mechanismen worden ontwikkeld om de doodsangst te onderdrukken en het onvermijdelijke te ontkennen. Op het moment dat de therapeut het einde van de therapie ter sprake brengt, worden deze illusies doorgeprikt, een ervaring die pijnlijk en confronterend kan zijn (Leijssen, 1995; Stinckens, 2008; Yalom, 2008).

Tegelijkertijd kunnen er ook positieve gevoelens zijn. Het naderende afscheid betekent immers dat de cliënt ver genoeg gekomen is om te gaan ervaren dat hij het ook zonder hulp van de therapeut zal redden, wellicht zelf zijn proces kan voortzetten, dat hij zijn weg naar zelfactualisatie min of meer heeft gevonden. Bovendien kan de beëindiging van de therapeutische relatie de cliënt in de gelegenheid stellen, misschien wel voor het eerst in zijn leven, om constructief om te gaan met het proces van afscheid nemen (Leijssen, 1995; Stinckens, 2008).

Voortijdig afscheid nemen: ordening en analyse van cliëntreacties

Is het afronden en beëindigen van een geslaagde therapie al een complex relationeel en existentieel gebeuren, voortijdig afscheid nemen vanwege een aangekondigd vertrek van de therapeut is dat zo mogelijk nog meer. De centrale motivatie is immers nog niet opgedroogd: de cliënt heeft nog hulp nodig en de therapeut beschikt over de bekwaamheid om die te geven, maar is niet meer beschikbaar.
De verklaring die de therapeut geeft voor zijn vertrek, zal van invloed zijn op de beleving van de cliënt. Meldt de therapeut dat hij afscheid moet nemen omdat hij vanwege bezuinigingen naar een andere afdeling wordt overgeplaatst, dan zal de cliënt eerder de conclusie trekken dat de therapeut graag met hem verder zou werken dan een cliënt wiens therapeut aangeeft om privéredenen elders te gaan werken.
Wat de verklaring ook is, de therapeut neemt verantwoordelijkheid voor het gegeven dat hij de cliënt ongevraagd gaat achterlaten en voor de inbreuk die hij daarmee maakt op het therapeutische kader. Tegelijkertijd biedt de therapeut de cliënt aan te helpen bij het doorwerken van dat afscheid. Juist die incongruente boodschap kan voor de cliënt moeilijk te hanteren zijn. Zeker bij cliënten met vroege stoornissen en hechtingsproblematiek, zoals bij mensen met borderline persoonlijkheidsproblematiek, kan dat ontregelend werken (zie bijvoorbeeld Swildens, 1997; Vanaerschot, 2008).

Cliënten kunnen op allerlei manieren reageren op het aangekondigde vertrek van de therapeut. Penn (1990) beschrijft dat cliënten die te maken krijgen met een voortijdig, opgedrongen vertrek van hun therapeut, woede kunnen voelen over wat zij ervaren als verraad en verlating, verdriet vanwege het verlies van een betekenisvolle persoon, ongerustheid over het therapeutische werk dat nog niet af is, scheidingsangsten en verdedigingsreacties tegen al die gevoelens. Tegelijkertijd zullen gevoelens geactiveerd worden die te maken hebben met eerdere ervaringen van verlies of afwijzing.

Ook de therapeut die de behandeling overneemt, kan te maken krijgen met een uitgebreid arsenaal van reacties dat samenhangt met het voortijdige vertrek. Zo kan de cliënt op de eerste afspraken niet of te laat verschijnen, veelvuldig contact zoeken, iedere interventie van de therapeut devalueren en de acties van de vorige therapeut idealiseren of juist omgekeerd.

Wat de eerste reactie van een cliënt op het (aangekondigde) vertrek ook is, de kans is groot dat die complexer en gelaagder is dan aanvankelijk lijkt (Penn, 1990). Een cliënt die alleen verdriet over het verlies rapporteert, kan het moeilijker vinden boosheid op de therapeut te erkennen. Een cliënt die alleen contact heeft met zijn woede, kan onwillig zijn om tedere gevoelens achter de woede toe te laten. Onverschilligheid kan wisselen met sterke gevoelens van scheidingsangst. Begrip en waardering kunnen bestaan naast gevoelens van verraad en verlating. Tegelijkertijd dient de therapeut te waken voor de valkuil om iedere reactie van de cliënt toe te schrijven aan het afscheid nemen; de cliënt kan immers (ook) bezig zijn met andere, eigen problemen of thema's waarvoor hij aandacht vraagt in het therapeutische contact.

Voor het doorgronden van de betekenis van de reacties van de cliënt en voor het integreren hiervan in het therapeutische proces kan een theoretisch kader, zowel voor de vertrekkende therapeut als de nieuwe therapeut, behulpzaam zijn. We doen hiervoor een beroep op het model van de procesfasering, op de emotietheorie en op de schematheorie.

Ordening en analyse: procesfasering

We veronderstellen dat de procesfase waarin een cliënt verkeert op het moment dat hij met het voortijdige einde van de therapeutische relatie geconfronteerd wordt, tot op zekere hoogte zijn reactiewijze kan verklaren. Voor zover ons bekend, is hier geen systematisch onderzoek naar gedaan. We formuleren, prototypisch geschetst, de volgende hypothesen.

De premotivatiefase

Voor een cliënt in deze fase valt er nog niet veel te rouwen om het verlies van de therapeutische relatie. Van een persoonlijk-functionele band tussen cliënt en therapeut is immers nog weinig sprake, de cliënt is nog zoekende naar de mogelijke betekenis van de therapeut en de gesprekstherapie voor hem.
Tegelijkertijd zal de aankondiging van het vertrek van de therapeut de cliënt bevestigen in zijn overtuiging dat hij niet de moeite waard is, dat hij in de steek gelaten zal worden, dat hij niet serieus genomen zal worden, dat hij er alleen voor staat, enzovoort. De onderliggende schema's zijn immers nog niet bewerkt. De therapiemotivatie kan opdrogen; de kans op afhaken is reëel.

De syndroom/symptoomfase

De cliënt in de syndroom/symptoomfase verliest met de therapeut iemand die hem en zijn klachten serieus neemt, hem probeert te begrijpen, zijn gevoelens tracht te valideren. Hij verliest iemand die ook frustreert doordat hij geen kant-en-klare oplossingen aanreikt maar

steeds vragen stelt en hierbij soms dieperliggende thema's aanraakt. Verwacht kan worden dat de cliënt terugvalt naar het begin van de syndroom/symptoomfase en nadrukkelijk aandacht vraagt voor zijn klachten en concrete oplossingen wil. Soms is er een terugval naar de premotivatiefase: de cliënt gaat opnieuw aftasten wat hij van een therapeut mag verwachten en twijfelt weer aan het nut van gesprekstherapie.

De probleem/conflictfase

Met het vertrek van de therapeut raakt de cliënt iemand kwijt die hem begeleidt bij het onderzoek naar de onderliggende problemen en conflicten van zijn klachten, en hem helpt dat te verwoorden. De persoonlijk-functionele relatie is tot ontwikkeling gekomen en groeit nog verder. De cliënt heeft positieve ervaringen met de therapeut en verliest een waardevol persoon. Maar het is ook die persoon die plots zijn vertrek aankondigt. Een cliënt die net in de probleem/conflictfase is aanbeland, zal vermoedelijk een grotere kans lopen terug te vallen in de syndroom/symptoomfase dan een cliënt die al een tijdje met de onderliggende problematiek bezig is. Maar ook de cliënt die zich staande weet te houden in de probleem/conflictfase, loopt risico: het aangekondigde vertrek kan net op gang gekomen veilige hechtingsprocessen onder druk zetten. Oude, negatieve overtuigingen van de cliënt over zichzelf en over zijn relatie met anderen, zoals de overtuiging dat hij niet de moeite waard is of er alleen voor staat, kunnen versterkt worden.

De existentiële fase

De cliënt in de existentiële fase worstelt met gevoelens van leegte en eenzaamheid, of met vragen naar de zin van alle moeite als de toekomst onzeker, eerder beangstigend dan hoopvol en vooral eindig is. Juist de persoon die hem ondersteunt bij het kijken naar die existentiële thema's, die hem helpt zijn eigen vragen erover te formuleren en zijn eigen antwoorden te vinden, gaat hem onverwacht achterlaten. Een cliënt die verder gevorderd is in de existentiële fase en enige tijd krijgt om samen met de therapeut het afscheid door te werken, zal vermoedelijk in staat zijn het vertrek van de therapeut te integreren in de vragen en antwoorden die hij aan het vinden is. Een cliënt die nog maar net aanbeland is in de existentiële fase, loopt meer risico op een opflakkering van symptomen of op een terugval naar de probleem/conflictfase. Als de cliënt de therapie op dat punt beëindigt, bestaat de kans dat oude negatieve schema's versterkt worden en hij zijn leven voortzet in de overtuiging bijvoorbeeld incompetent te zijn of iemand te zijn die het niet waard is om van te houden. Lukt het de cliënt daarentegen die ervaring goed door te werken, dan bestaat de kans dat de prille positievere overtuigingen over zichzelf en over zijn relatie met anderen overeind blijven en verstevigd worden.

De afscheidsfase

In deze fase is het niet voortijdig maar tijdig dat de cliënt en de therapeut afscheid van elkaar nemen en de hierbij passende gevoelens doorwerken. Belangrijk is de vraag of er nog voldoende tijd resteert voor de cliënt en de therapeut om dat afscheidsproces samen vorm te geven op geleide van wat de cliënt hierin nodig heeft. Ervaart de cliënt dat het afscheid haastig moet verlopen of moeten snel allerlei losse eindjes aan elkaar geknoopt worden, dan bestaat het risico van een terugval naar een eerdere fase: symptomen kunnen weer opflak-

keren, existentiële thema's kunnen weer aandacht opeisen, of een oud schema doemt op waarbij de cliënt bijvoorbeeld het gevoel heeft verstoten te zijn.

Andere veranderingen in de procesfase komen ook voor. Zo zijn er cliënten die op de aankondiging van het vertrek van de therapeut 'vluchten in gezondheid', melden dat hun klachten afgenomen zijn en dat ze zonder verdere hulp het leven weer aankunnen. Wij veronderstellen dat het hier om cliënten gaat die verkeren in de syndroom/symptoomfase of in het begin van de probleem/conflictfase. Ook zijn er cliënten die samen met de therapeut zevenmijlslaarzen aantrekken, versneld naar de probleem/conflictfase gaan en alle open eindjes proberen door te werken.
Die reacties doen geen recht aan het eigen proces van de cliënt en het risico van een terugval naar eerdere procesfasen is reëel.
Maar met kortdurende psychotherapieën worden goede behandelresultaten verkregen door een tijdslimiet af te spreken, te kiezen voor een focus van behandeling en directer processtagnaties met specifieke interventies aan te pakken (Leijssen, 2006). Dat kan betekenen dat een aankondiging van het voortijdige vertrek van de therapeut, onder bepaalde therapieomstandigheden, versnellingen in procesfasering met zich mee kunnen brengen die een uiting zijn van congruente ontwikkelingen in de cliënt.

Ordening en analyse: schematheorie en emotietheorie

Wij denken dat ook de schematheorie (zie bijvoorbeeld Beck, Freeman, & Davis, 2004; Young, Klosko, & Weishaar, 2005) en de emotietheorie (zie bijvoorbeeld Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004; Greenberg, 2002) zowel de therapeut die zijn vertrek aankondigt als de therapeut die de behandeling overneemt, kunnen helpen de reacties van de cliënt hierop te ordenen en te analyseren. We werken dat uit in een vignet.

Suzanne, een vrouw halverwege de twintig, was in therapie gekomen vanwege zelfbeschadigend gedrag. Tijdens een langer durend therapieproces is ze aanbeland in de afscheidsfase: de afbouw van therapiegesprekken en geleidelijk afscheid nemen van haar therapeute. Dan vertelt de therapeute Suzanne dat ze een andere baan heeft aangenomen en dus met de therapie zal stoppen. Suzanne wordt overvallen door kwaadheid, ze voelt haar spieren samentrekken, haar handen knijpen hard in de armleuning van haar stoel, haar gezicht wordt rood. Ze vindt dat de therapeute haar in de steek laat. Ze staat op en loopt met slaande deuren weg.

In het verleden heeft Suzanne herhaaldelijk met verlieservaringen te maken gehad. Al op jonge leeftijd verloor zij meerdere familieleden, onder wie haar ouders. Haar oudere broers waren niet in staat voor haar te zorgen. Ze trok in bij familie die ze nauwelijks kende en die zich emotioneel weinig om haar bekommerde. Hierdoor is niet voldaan aan haar basisbehoefte aan veiligheid en verbondenheid met anderen en ontwikkelde zij schema's van emotionele verwaarlozing, verlating en wantrouwen.

Vermoedelijk reageert Suzanne met kwaadheid en acting-out op de aankondiging om niet bij haar basale gevoel van verdriet stil te hoeven staan: een secundaire maladaptieve emotie. Had ze gereageerd met verdriet vanuit het verlangen naar verbondenheid met anderen, dan hadden we wellicht van een primaire adaptieve emotie kunnen spreken. Was ze in een gemoedstoestand geraakt van trieste verlatenheid gebaseerd op de overtuiging dat ze telkens alleen gelaten wordt met haar moeilijkheden, een oud en vertrouwd schema, dan was er mogelijk sprake geweest van een primaire maladaptieve emotie. Had ze gereageerd met sterk aanklampend of hulpeloos gedrag om te bereiken dat de therapeute zou blijven, dan had er sprake kunnen zijn van een instrumentele emotie.

Suzanne reageert niet meer op pogingen van de therapeute om met haar in contact te komen, ze kan de zorg van de therapeute niet meer aannemen. De achtergronden van haar reactie en basale behoefte kunnen daardoor niet meer in taal gesymboliseerd en bespreekbaar gemaakt worden. Met andere woorden: ook deze rouw gaat ze niet aan.

Bruggen slaan

Naar ons idee is het de taak van de vertrekkende therapeut en van de therapeut die de behandeling overneemt, om samen bruggen te slaan zodat de cliënt geholpen kan worden het voortijdige afscheid zo goed mogelijk door te werken en de betekenissen en gevolgen ervan te integreren in zijn therapeutische proces. Ook hierbij kunnen de theorieën behulpzaam zijn.

Bruggen slaan: procesfasering

De therapeut die zijn vertrek heeft aangekondigd, zet de resterende therapietijd idealiter in om de cliënt te helpen het verlies onder ogen te zien, te doorvoelen en er constructief mee om te gaan. Vanwege de beperkte tijd die nog resteert, stelt de therapeut zich actiever en procesdirectiever op. Hij zal nagaan in welke mate een cliënt die terugvalt naar een eerdere procesfase, ruimte biedt om terug te keren naar de fase waarin hij zich bevond voordat de therapeut zijn vertrek aankondigde.
De procesfasering geeft aanwijzingen welke interventies passend zijn bij de fase waarin de cliënt zich bevindt. Een exploratiebevorderende reflectie zal minder goed passen bij een cliënt die na de aankondiging terugvalt van de probleem/conflictfase naar de syndroom/symptoomfase; een cliënt die zich staande weet te houden in de probleem/conflictfase, waar vooral de ervaring van een diep niveau van empathie nodig is, kan er waarschijnlijk wel gebruik van maken.
Ook de therapeut die de behandeling overneemt, stelt zijn houding en interventierepertoire af op de procesfase waarin de cliënt zich bevindt. Hij maakt hiervan in het eerste gesprek een inschatting en vergelijkt dat met het procesgerichte therapieverslag van de vorige therapeut. Is er sprake van een terugval, dan zal de therapeut de cliënt tentatief de vraag voorleggen of dat te maken kan hebben met het verlies van de vorige therapeutische relatie. Zeker bij een cliënt die verder gevorderd was in het therapieproces en ten minste de probleem/conflictfase bereikt had, mag verondersteld worden dat hij samen met de therapeut kan exploreren wat

er onderliggend aan de hand is, wat de betekenis is van bijvoorbeeld een terugval in symptomen of motivatie. De impact van het verlies kan echter zo groot zijn dat een cliënt die uitgestoken hand niet kan aannemen. De therapeut volgt het belevingsspoor van de cliënt en steekt in op de procesfase waarin die zich nu bevindt. Hij zal expliciet aangeven dat de cliënt en hij op ieder gewenst moment kunnen terugkomen op wat de voortijdige beëindiging van de vorige therapeutische relatie voor hem betekend heeft. Ondertussen zal de therapeut alert blijven op signalen die erop kunnen wijzen dat het vertrek van de vorige therapeut de cliënt nog parten speelt.

Bruggen slaan: schematheorie en emotietheorie

De schematheorie en de emotietheorie kunnen verduidelijken welke schema's van de client pijnlijk geraakt worden door het (aangekondigde) vertrek van de therapeut, welke types emoties de cliënt laat zien en welke basisbehoeften in het geding zijn. Voelt de cliënt zich bijvoorbeeld vooral in de steek gelaten? Of ervaart hij het als een bevestiging dat hij niet interessant genoeg was voor de therapeut? En hiermee verbonden, wordt bijvoorbeeld vooral de behoefte van de cliënt aan verbondenheid met anderen gefrustreerd, of de behoefte aan zelfwaardering en erkenning? Wij denken dat de inzet van microprocestaken (zie Elliott et al., 2004), gericht op het opbouwen van een werkrelatie en het herstel van breuken hierin door samen met de cliënt de interactionele moeilijkheden te bespreken, te onderzoeken en er verantwoordelijkheid voor te nemen, werkzaam kunnen zijn bij het (opnieuw) vestigen of herstellen van een constructieve therapeutische relatie. De taak 'systematisch evocatief ontvouwen van problematische reacties' (Elliott et al., 2004; Vanaerschot, 2008) kan worden ingezet bij cliënten die de eigen reacties op het (bericht van) voortijdig vertrek van de therapeut niet begrijpen.

Vermoedens over de emotieschema's die geraakt zijn, kunnen onderbouwd worden met informatie over eerdere levenservaringen van de cliënt en met thema's die al (voorzichtig) ter sprake zijn gekomen in de loop van de therapie.

Zowel de vertrekkende therapeut als de nieuwe therapeut zal een hypothese proberen te formuleren over de types emoties die de cliënt laat zien. Zijn het overwegend primaire of secundaire emoties, adaptieve of maladaptieve emoties? Zijn er ook instrumentele emoties in het geding?
De therapeut zal proberen samen met de cliënt de laag te bereiken van de primaire adaptieve emoties die toegang verschaffen tot zijn basisbehoeften en -verlangens, en die hem de richting wijzen waarin actie is geboden. Dan kan bijvoorbeeld blijken dat onder de ontevredenheid die de cliënt uit over de vorige therapeut (secundaire maladaptieve emotie), primair verdriet schuilt, gekoppeld aan zijn ervaring dat hij door hem in de steek is gelaten. Die bewustwording kan de cliënt wijzen op zijn verlangens naar verbondenheid en betrouwbare relaties met anderen, en kan werken aan gevoelens van hechting in persoonlijke relaties bevorderen.

Zowel de therapeut die zijn vertrek aankondigt als de therapeut die de behandeling overneemt, zal proberen samen met de cliënt naar de thema's te kijken, ze te exploreren en de

uitkomsten congruent te verwoorden, als begin van een nadere bewerking ervan. Het is aan de nieuwe therapeut om de geraakte schema's daadwerkelijk door te werken.
Die therapeut kan het bewerken van de geraakte schema's, de onderliggende primaire adaptieve emoties en basisbehoeften die nadere invulling verlangen, aanpakken met geëigende gesprekstechnieken. De vorige therapeut kan beschouwd worden als 'een betekenisvolle ander' die de cliënt is kwijtgeraakt en om wie gerouwd kan worden. De therapeut kan gebruik maken van specifieke experiëntiële interventies die de cliënt alsnog in staat stellen zijn gevoelens en gedachten tegenover die betekenisvolle ander te uiten en door te werken, bijvoorbeeld via de inzet van de legestoeltechniek passend bij de procestaak voor 'unfinished business' (Elliott et al., 2004). Idealiter kan het therapieproces vanaf dat punt verdergaan met het onderzoeken en doorwerken van betekenissen van eerdere verlieservaringen van de cliënt: de brug is geslagen, de cliënt kan zijn pad samen met de nieuwe therapeut vervolgen.

Bruggen slaan: faciliterende therapeutinterventies

We sluiten af met een overzicht van interventies die de vertrekkende therapeut en de nieuwe therapeut vermoedelijk in staat stellen de verbindende brug zo goed mogelijk te slaan (zie ook Penn, 1990).

Interventies van de vertrekkende therapeut:

- Verantwoordelijkheid nemen voor het eigen vertrek en de moeilijkheden die dat voor de cliënt met zich meebrengt, ook als het vertrek voortvloeit uit een van hogerhand opgelegde beslissing. Op die manier wordt de cliënt niet onnodig geremd in het uiten van zijn belevingen.
- Welbewust het moment van aankondiging van het vertrek bepalen. Te vroeg aankondigen brengt het risico met zich mee dat het lopende proces wordt afgekapt, terwijl bij een te late aankondiging er te weinig tijd kan zijn om gevoelens door te werken en de bereikte therapieresultaten te bestendigen. De benodigde tijd om het vertrek optimaal door te werken zal afhangen van de complexiteit van de problematiek van de cliënt.
- De aankondiging inbrengen aan het begin van een therapiesessie zodat er tijd is om stil te staan bij de eerste reacties van de cliënt.
- Ervoor waken inhoudelijk in te gaan op nieuwe onderwerpen die de cliënt inbrengt. Er resteert onvoldoende tijd om die thema's adequaat te exploreren en te bewerken. Wel stilstaan bij het feit dat de cliënt die nieuwe thema's nu inbrengt. Is er een relatie met het vertrek van de therapeut? Wil de cliënt bijvoorbeeld laten weten dat hij nog niet klaar is met zijn therapie en dat de therapeut nog niet weg kan gaan? Of wil hij hiermee de therapeut vragen de volgende behandelaar goed te instrueren?
- Onderzoeken of voortzetting van de behandeling met een andere therapeut op zijn plaats is en of de cliënt hiervoor openstaat. Het onderhandelingsmodel van Van Audenhove en Vertommen (1998) kan hierbij behulpzaam zijn. Dat model gaat gepaard met een vermindering van vroegtijdige drop-out en heeft een positieve invloed op de werkrelatie tussen cliënt en therapeut. Het is niet de bedoeling de indicatiestelling over te doen: het uitgangspunt is dat de cliënt te maken krijgt met een andere therapeut, niet met een andere therapie. Dus wordt vooral stilgestaan bij de keuze van de cliënt voor de therapeut die de behandeling zal overnemen: welk type persoon wil de cliënt als therapeut en vanuit

welke relationele stijl wil hij aan zijn problemen werken? Wat zijn de beweegredenen? Worden zijn reacties gekleurd door de betekenis die het voortijdige vertrek heeft? Verkiest hij bijvoorbeeld een therapeut die zo veel mogelijk lijkt op de huidige therapeut vanuit idealisering? Of wil de cliënt een therapeut die juist verschillend is van de huidige therapeut vanuit boosheid?

- Onderzoeken of de cliënt een gesprek met beide therapeuten tezamen in het kader van de overdracht van de behandeling op prijs stelt. Vooral bij cliënten met complexe, vroege problematiek valt dat te overwegen. Het 'driegesprek' kan plaatsvinden kort voor het laatste gesprek tussen de cliënt en de vertrekkende therapeut.
- Een procesgericht therapieverslag (zie bijvoorbeeld Bloemsma, 2001; Süle, 2013) opstellen ten behoeve van de nieuwe therapeut dat ingaat op verwerkingsaspecten van het voortijdige vertrek: wat zijn de gevolgen voor de procesfasering, wat zijn de geraakte schema's en types emoties, in welke mate en op welke manier waren deze gevolgen congruent bespreekbaar?

Interventies van zowel de vertrekkende als de nieuwe therapeut:

- Gebruik maken van intervisie zodat het mogelijk is anderen te consulteren en te reflecteren op gevoelens en gedachten die opgeroepen worden door het afscheid of overnemen van een cliënt. Dat ook om in de therapie het proces van de cliënt centraal te kunnen blijven stellen.
- Afgestemd blijven op wat het vertrek voor de cliënt betekent. Oog en oor blijven hebben voor de interactionele boodschappen die worden verpakt, bijvoorbeeld in de vorm van herhaaldelijk te laat komen. Letten op de thema's die de cliënt inbrengt: is er een verband met het afscheidsproces? Alert zijn op de kans dat het afscheid als thema kan schitteren door afwezigheid en interveniëren om het bespreekbaar te maken.
- Actief contact zoeken met een cliënt die niet op afspraken verschijnt. Samen met de cliënt exploreren welke boodschap hij wil geven met zijn gedrag.
- Samen met de cliënt de balans opmaken. Hoe ver is hij gekomen in zijn therapieproces? Vanwaar is hij gekomen, hoe is zijn pad gelopen, waar staat hij nu? Welke gebieden zijn nog problematisch, welke processtagnaties staan hem nog in de weg, wat dient in de volgende therapie nog bewerkt te worden? Alert zijn op de kans dat een cliënt de resultaten kan devalueren om het verlies te minimaliseren, of omgekeerd het resultaat kan uitvergroten bij wijze van interactioneel afscheidscadeau aan de therapeut.

Interventies van de therapeut die de behandeling overneemt:

- De impact van het voortijdige vertrek van de vorige therapeut bespreekbaar maken door bijvoorbeeld al in de eerste sessie te expliciteren dat een voortijdige beëindiging van een therapeutische relatie vaak ingrijpende gevolgen heeft. Nieuwsgierigheid tonen naar de belevingen van de cliënt. Vragen wat hij als waardevol heeft ervaren in de vorige therapie en in de interactie met de vorige therapeut. Erkenning geven voor het verlies van de cliënt.
- Stilstaan bij de samen te ontwikkelen werkrelatie. Vragen hoe de cliënt aankijkt tegen voortzetting van de therapie met een andere therapeut. Expliciteren gemotiveerd te zijn de cliënt verder te helpen in zijn therapeutische proces. Aangeven dat per definitie op een andere manier te zullen doen omdat personen nu eenmaal verschillen. Kenbaar maken globaal te weten waar de cliënt staat in het therapeutische proces, maar hem als persoon

nog te moeten leren kennen. De cliënt uitnodigen hierbij behulpzaam te zijn: hij mag aangeven dat de therapeut iets doet of zegt dat niet aansluit, hij mag hem corrigeren en een betere weg wijzen.
- Alert zijn op de kans dat de cliënt interactionele boodschappen geeft die verwijzen naar het vertrek van de vorige therapeut. Een cliënt kan er bijvoorbeeld van overtuigd zijn dat hij de vorige therapeut heeft weggejaagd met verhalen over gruwelijke levenservaringen, en kan door angstaanjagende dromen in te brengen willen 'uittesten' (Sachse, 2004) of deze therapeut narigheid kan verdragen. Of de cliënt wil toetsen of deze therapeut van plan is langere tijd met hem te werken door veel afspraken vooruit te plannen.
- Stilstaan bij de eigen positie in de therapeutische werkrelatie. Openheid geven over de eigen toekomst. Benoemen dat er altijd onvoorziene dingen kunnen gebeuren. Afhankelijk van het proces van de cliënt kan het passend zijn toe te zeggen tijdig met de cliënt de mogelijkheid van een gewijzigde beschikbaarheid te zullen bespreken.

Conclusie

We pleiten voor een hulpverlening waarbij het primaat wordt gelegd bij de continuïteit van behandelaar en waarbij cliënt en therapeut met elkaar kunnen blijven werken totdat de centrale motivatie is opgedroogd. Kan die continuïteit door omstandigheden niet geboden worden, dan dient niet alleen voor de therapeut maar ook voor de organisatie het therapeutische proces leidend te zijn.
Onze ervaring leert echter dat het therapieproces van de cliënt meestal niet het belangrijkste punt van aandacht is bij reorganisaties in de gezondheidszorg.

Maar zelfs als werkgevers het belang van de continuïteit van behandelaar onderkennen en de therapietrouw van therapeuten optimaal bevorderen, dan nog zal het gebeuren dat therapeuten voortijdig met behandelingen stoppen. Wij bevelen daarom aan dat de psychologie- en psychotherapieverenigingen een discussie op gang brengen over de omstandigheden waaronder hulpverleners het therapeutische 'contract' mogen verbreken ten behoeve van organisatorische of persoonlijke belangen.

Het is niet wenselijk dat een therapeutische relatie voortijdig wordt beëindigd. Maar constructief omgaan met die moeilijke situatie kan ook winst opleveren. Als het de therapeut die voortijdig vertrekt en/of de nieuwe therapeut lukt om samen met de cliënt stil te staan bij de schema's die pijnlijk getroffen worden door het vertrek van de therapeut, bij de onderliggende primaire adaptieve emoties en bij de basisbehoeften die vervulling verlangen, dan kan het afscheid de cliënt ook een helpende ervaring opleveren. Hij is dan verder geraakt in het doorwerken van zijn problematiek, het zich realiseren van zijn verlangens, op weg naar zelfactualisatie.

Om het therapeuten mogelijk te maken de hiervoor benodigde brug te slaan, is systematisch onderzoek nodig naar de impact van het voortijdige vertrek van de therapeut op het proces van de cliënt, en naar therapeutische interventies die de specifieke processtoringen kunnen voorkomen dan wel opheffen. We hopen dat deze bijdrage een aanzet geeft tot verder onderzoek.

Literatuur

Appelo, M. (2010). *Waardenloze gesprekken. Socratisch motiveren in de praktijk*. Amsterdam: Boom.

Beck, A.T., Freeman, A., & Davis, D.D. (Eds.) (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York, NY: Guilford Press.

Belgische Federatie van Psychologen (2004). *Deontologische code voor psychologen in België*. Brussel: Auteur.

Bloemsma, F. (2001). Procesgerichte diagnostiek. Diagnosticeren, indiceren en therapie ontwerpen vanuit een cliëntgericht kader. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 27*, 105-128.

Elliott, R., Watson, J.C., Goldman, R.N., & Greenberg, L.S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy. Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.

Keijsers, G., Vossen, C., & Keijsers, L. (2007). *Motiveringsstrategieën in de ambulante psychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Khan, A.M. (1995). Therapist-initiated terminations of psychotherapy: The impact on clients. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol. 55*(8-B), February 1995, 3591.

Lange, A. (2006). *Gedragsverandering in gezinnen*. Groningen: Martinus Nijhoff.

Leijssen, M. (1995). *Gids voor gespreksstherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Leijssen, M. (2006). Kortdurende cliëntgerichte psychotherapie. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie, 44*, 19-31.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering: een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Gorinchem: Ekklesia.

Nederlands Instituut van Psychologen (2007). *Beroepscode voor psychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen*. Utrecht: Auteur.

Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (2007). *Beroepscode voor psychotherapeuten*. Utrecht: Auteur.

Penn, L.S. (1990). When the therapist must leave: Forced termination of psychodynamic therapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 5*, 379-384.

Sachse, R. (2004). *Persönlichkeitsstörungen: Leitfaden für die psychologischen Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Stinckens, N. (2008). Scheiden doet lijden... of helpt bevrijden? Afscheid nemen als therapeutische taak. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie, 46*, 135-148.

Süle, A. (2013). Procesdiagnose in vier perspectieven. Een integratieve kijk op therapeutische verandering. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 39*, 100-114.

Swildens, H. (1997). *Procesgerichte gespreksstherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Vanaerschot, G. (2008). Differentieel empathisch interactie-aanbod. In G. Lietaer, G. Vanaerschot, J.A. Snijders, & R.J. Takens (Red.), *Handboek gespreksstherapie. De persoonsgerichte experiëntiële benadering* (pp. 347-370). Utrecht: De Tijdstroom.

Van Audenhove, C., & Vertommen, H. (1998). Integratie begint bij de intake: een strategie. In S. Colijn, E.C.A. Collumbien, R.W. Trijsburg, & G. Lietaer (Red.), *Handboek Integratieve Psychotherapie, IV 3.2* (pp. 1-28). Utrecht: De Tijdstroom.

Van Dieren, Q., Rijckmans, M.J.N., & Vingerhoets, A.J.J.M. (2010). Therapietrouw bevorderende maatregelen binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg: een overzicht. *GZ-Psychologie, 3*, 28-33.

Yalom, I.D. (2008). *Tegen de zon in kijken. Doodsangst en hoe die te overwinnen*. Amsterdam: Balans.

Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie. Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Summary

This paper describes the complexity of the therapeutic process when the therapist imposes a premature termination of the provided therapy, and discusses the consequences for the client. In this regard, the theoretical models of process-phasing, emotion-focused therapy and schema-focused therapy are applied to analyze and comprehend the client's reactions and to integrate the subsequent findings into the therapeutic process. The acting therapist as well as the successive therapist can use these findings to mitigate or minimize any potentially detrimental consequences for the client.

Personalia

Annemiek de Kock, gezondheidszorgpsycholoog en psychotherapeut, is werkzaam bij GGz Centraal, regio Flevoland, locatie Meerzicht Lelystad.
E-mail: a.dekock@ggzcentraal.nl.
Marijke Smulders, klinisch psycholoog en psychotherapeut, is hoofddocent cliëntgerichte psychotherapie en plaatsvervangend hoofdopleider psychotherapie bij RINO Zuid in Eindhoven. Tevens werkt ze in de psychologenpraktijk Steyl.
E-mail: marijke.smulders@hotmail.com.