

# Afscheid nemen

Over het beëindigen van psychotherapie; afscheid in een kortdurende groep, voortijdig afbreken door patiënt of therapeut en afscheidsrituelen.

*Iedere seconde begin en eindig ik  
het leven – mijn gezicht is er vies van.  
Maar het moet gebeuren:  
zelfmoord en helden zijn uit de mode.* Remco Campert

Frans van Paassen (fvanpaassen@upcmail.nl), sociaal psycholoog en klinisch psycholoog/psychotherapeut, werkt bij het Centrum voor Persoonlijkheidsproblematiek, PsyQ Haaglanden en in privépraktijk te Hoek van Holland.

*Dit artikel kan beschouwd worden als het tweede deel van een tweeluik met als onderwerp: het beëindigen en afscheid nemen van een groepstherapie. Eerder verscheen in dit tijdschrift van dezelfde auteur het eerste deel, over afscheid nemen in een open psychodynamische groepspsychotherapie (Van Paassen, 2013).*

## Inleiding

Het menselijk leven is een opeenvolging van fasen; telkens begint men aan iets nieuws en neemt men afscheid van het oude. In de ideale ontwikkeling is dit een geleidelijk proces. De stap naar een volgende fase wordt genomen als de persoon en de tijd daarvoor rijp zijn. De overgang zal dan weinig problemen met zich meebrengen. Het verlangen naar het nieuwe en naar verdere ontwikkeling zal sterker zijn dan de angst voor het onbekende en de neiging om vast te houden aan het oude,

bekende. Zo zal het jonge kind zich durven separeren van zijn moeder als er voldoende basisveiligheid is en zal de adolescent de stap naar volwassenheid en autonomie durven maken als hij het gevoel heeft dat hij zijn eigen leven wil en kan leiden en in die zin zijn ouders niet meer nodig heeft. De realiteit is echter vaak anders. Ouders gaan uit elkaar, vader of moeder verlaat het gezin, ouders of instanties kunnen voortijdig besluiten dat het kind maar uit huis moet gaan, ouders kunnen sterven. Er is dan geen sprake van een geleidelijke ontwikkeling. De overgang naar een volgende

ontwikkelingsfase moet soms in korte tijd worden gemaakt of verloopt onverwacht en abrupt. De onopgeloste conflicten en niet verwerkte gevoelens die daarvan het gevolg kunnen zijn, kunnen in het latere leven een rol gaan spelen. In onze klinische praktijk worden wij hiermee geconfronteerd.

Ook bij psychotherapie krijgt de patiënt in de ideale situatie tijd en ruimte voor zijn ontwikkelingsproces. Het beëindigen van de therapie kan dan vergeleken worden met bovengenoemde separatieprocessen. Als de patiënt er voor zijn gevoel aan toe is, zal hij in goed overleg met de groep en de therapeut afscheid nemen. De open psychodynamische groepstherapie biedt hiervoor het kader. Nieuwe ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg maar ook wettelijke, praktische en financiële restricties hebben geleid tot een veelvoud van kortere vormen van therapie. Het afscheid is dan niet een beslissing van de patiënt zelf, maar is vooraf, extern bepaald.

In dit artikel wordt allereerst onderzocht welke betekenis het proces van afscheid nemen heeft in kortdurende groepen. Bij steunende groepstherapie wordt afscheid gemaakt tussen korte en langdurende groepsbegeleiding. Vervolgens wordt besproken hoe het afscheid het gevolg kan zijn van externe omstandigheden. Het afscheid kan eenzijdig door de patiënt in gang worden gezet, maar ook de therapeut kan dit initiëren. Onderzocht wordt wat het betekent als de therapeut zelf afscheid neemt. Daarna wordt de betekenis van afscheidsrituelen in de groep besproken. In een afsluitend hoofdstuk wordt een parallel

getrokken tussen het therapeutisch proces als een ontdekkingsreis en de wijze waarop mensen op vakantie gaan.

### **Afscheid in kortdurende groepen**

De tijdsgelimeerde groep komt bijeen voor een bepaald aantal zittingen of voor een bepaalde periode. Het moment van afscheid is dus al bij het begin duidelijk. Het betreft meestal een homogene groep op één of enkele variabelen geselecteerd: leeftijd, geslacht, probleem, overeenkomstige levensomstandigheden. De groep werkt meestal aan de hand van bepaalde thema's. Groepen kunnen variëren van steunend naar inzichtgevend, van klachtgericht naar psychodynamisch.

In gestructureerde groepen die een pedagogisch, didactisch karakter hebben en gericht zijn op het aanleren van vaardigheden is de focus niet zozeer op de onderlinge relaties gericht.

Het beëindigingsproces zal dan minder impact hebben. Goldfried (2002) benadrukt het belang om patiënten in cognitieve gedragstherapiegroepen (CGT) voor te bereiden op het afscheid. Het accent ligt daarbij op het bespreken van wat de patiënt heeft geleerd en hoe hij deze verworvenheden kan consolideren en generaliseren. De onafhankelijkheid van de patiënt wordt aangemoedigd. Emoties die door het afscheid kunnen worden opgeroepen worden verduidelijkt en gereflecteerd, maar het interactieproces wordt tijdens de groepsbehandeling niet besproken.

Naarmate er in de groep meer aandacht is

voor de interpersoonlijke relaties zal de band tussen de groepsleden sterker worden en zal ook het proces van afscheid nemen ingrijpender zijn. Bij interpersoonlijke therapie (IPT) en bij schemagerichte groepstherapie (SGT) is het contact met de groepsleden en met de therapeut een van de belangrijkste aspecten van het veranderingsproces. Deze therapieën worden gecombineerd met elementen uit de psychodynamische groepstherapie.

Een onderdeel van het afscheid nemen in IPT-groepen is het evalueren aan de hand van de vragenlijst voor depressie, de IDS-SR30. De scores van de vragenlijsten, die bij de start van de groepstherapie door de patiënten zelf werden ingevuld, worden vergeleken met de scores voor de laatste groepszitting. Zo staat het afscheid ook in het teken van het evalueren: wat heb ik geleerd en wat zijn mijn signalen voor terugvalpreventie? De vaardigheden die men tijdens de groepstherapie heeft opgedaan, worden tijdens de laatste zitting door de therapeuten per groepslid uitdrukkelijk benoemd.

In IPT-groepen is een herhaling van het afscheid nemen van groepsleden en therapeuten extra moeilijk voor patiënten die in hun leven al eerder geconfronteerd zijn met pijnlijke gevoelens van verlies, zoals die regelmatig voorkomen bij de foci rouw en rolverandering. Deze herhaling wordt verbonden met de meest recente verlieservaring waar het focus in de behandeling op was gericht, zonder dat de vroegere verlieservaring verder wordt geëxploreerd. Dit cognitief benoemen en delen geeft deze

groepsleden erkenning en helpt hen bij het afscheid nemen van elkaar en de therapeuten (Snippe, 2009).

Bij SGT kan het afscheid gevoelens oproepen die verband houden met bepaalde schema's of modi. De patiënt kan zich weer het verlaten kind voelen, mislukt of sociaal geïsoleerd. De groep en de therapeut kunnen de patiënt helpen om een link te leggen met de zich herhalende schema's. Daarna kan met de patiënt worden besproken wat hij in de groep heeft geleerd en hoe hij ook in de toekomst met deze gevoelens kan omgaan.

Bij beide behandelingen wordt een afspraak gemaakt voor één of meerdere follow-upsessies. In de tussenliggende periode wordt geen therapie aangeboden zodat de patiënt kan ervaren hoe hij zonder therapie het geleerde in praktijk kan brengen. Het definitieve afscheid vindt plaats tijdens de laatste follow-upsessie, zes maanden na het beëindigen van de groepstherapie. De groepsleden zijn er dan al aan gewend dat ze elkaar niet meer wekelijks zien en het afscheid wordt door de geleidelijkheid als minder ingrijpend beleefd.

Bij de kortdurende groep is het moment van afscheid vooraf bepaald en dus geen eigen beslissing. Het afscheid gebeurt collectief; alle groepsleden en ook de therapeut(en) nemen afscheid. Het gelijktijdig stoppen kan een goede ervaring zijn, omdat men met elkaar het verlies en de separatie kan verwerken. Anderzijds kan de patiënt het gevoel hebben dat hij hier nog niet aan

toe is. De kortdurende therapie heeft niet de luxe om met de behandeling door te gaan totdat er een positieve verandering heeft plaatsgevonden. Als patiënten aandringen op voortzetting van de groep, omdat ze vinden dat ze nog niet genoeg bereikt hebben, zal de therapeut moeten onderzoeken of de vraag reëel is of een vorm van afweer. De weerstand om te stoppen kan samenhangen met het gevoel van verlies, het moeilijk aanvaarden van de beperking in de tijd, of een onvoldaan gevoel over datgene wat de therapie heeft opgeleverd.

De therapeut kan vanuit gevoelens van tegenoverdracht ook gaan denken dat er nog meer te bereiken is en dat nu stoppen niet juist is. Hij kan zich schuldig voelen dat hij niet meer bereikt heeft. Hij kan bang zijn voor boosheid en verwijten uit de groep en het gevoel hebben dat hij heeft gefaald of tekort is geschoten. Ook kan hij boosheid voelen over de verwijten van groepsleden voor wie het blijkbaar nooit goed genoeg is. Zowel de groepsleden als de therapeut zullen moeten leren accepteren dat de problemen niet zijn opgelost als de therapie stopt. Problemen en conflicten zullen er altijd zijn, maar hopelijk hebben de groepsleden manieren gevonden om daarmee om te gaan. Ze hebben meer inzicht gekregen in hun problemen, hebben hun gevoelens en verlangens beter leren kennen en weten beter hoe ze daarmee kunnen omgaan in hun relaties met anderen. Als verdere behandeling echter nodig of zinvol lijkt, kan de therapeut zorgen voor een passende vervolgbehandeling.

Onderzoek toont aan dat het afscheid nemen vaak zonder grote problemen verloopt. Marx en Gelso (1987) vonden dat de meeste patiënten in kortdurende therapie tevreden waren met het afscheid (65%); een kleine minderheid (10%) was niet tevreden. Quintana en Holahan (1992) vonden dat therapeuten meer moeite hadden met het afscheid van patiënten die de behandeling niet succesvol afsloten. Het bespreken van het afscheid werd meer vermeden, reacties van de patiënt werden minder besproken. Het probleem lijkt dan meer te liggen in het feit dat de patiënt teleurgesteld is in wat hij heeft bereikt. Mogelijk was ook de werkrelatie niet goed genoeg. De oorzaak van een moeilijk afscheid ligt dus vaak in een niet geslaagde behandeling.

### **Afscheid bij steunende groepstherapie**

Een steunende groepstherapie kan kortdurend zijn, gericht op de oplossing van een bepaald probleem, of langdurend en gericht op 'holding'. De kwaliteit van de patiënt-therapeutrelatie is belangrijk voor de effectiviteit. In de langdurende behandeling zijn de specifieke interventies minder belangrijk dan de ondersteuning van de patiënt door begrip, belangstelling, warmte, aanmoediging en begeleiding. De aandacht en steun van de goede ouder/therapeut zijn belangrijk om het fragiele evenwicht te behouden en decompensatie of suïcidaal gedrag te voorkomen. Als de therapie kortdurend is geweest volgt er vaak weer een andere vorm van behandeling. Er ontstaat dan een keten van zorg. De zorg voor de

patiënt zal vaak langdurig zijn. Omdat de afhankelijkheid vaak groot is, is het belangrijk om oog te hebben voor de angst om het contact te verliezen. De nadruk ligt dan meer op het geruststellen van de patiënt dat er geen sprake is van beëindiging van de relatie, maar dat hij, als hij in de toekomst hulp nodig heeft, weer contact kan opnemen met de therapeut.

### **Andere motieven voor beëindigen van de behandeling**

Afscheid nemen kan in gang gezet worden door onverwachte gebeurtenissen zoals een verhuizing, verandering van baan of van werkuren. Evenals bij andere gebeurtenissen in de groep zullen wij hierbij onderzoeken welke betekenis dit heeft voor de vertrekkende patiënt, voor de groep en voor de therapeut. De aanleiding kan reëel zijn maar kan ook samenhangen met overdrachtsgevoelens of een reactie zijn op dat wat zich in de groep afspeelt. Als er geen sprake is van vermindering of van een vlucht uit de therapie kan de therapeut de patiënt mogelijk helpen bij het zoeken naar een mogelijkheid om de behandeling elders of in een andere groep voort te zetten.

Een meer problematische situatie kan zich voordoen als de therapeut van mening is dat de patiënt zijn deelname beter kan beëindigen, omdat zijn gedrag destructief is voor de groep. Natuurlijk gebeurt dit alleen als pogingen om het problematische gedrag te bespreken geen resultaat hebben.

Voorbeelden hiervan zijn agressief gedrag, herhaaldelijke intimidatie en seksueel

agressief gedrag, waarbij de patiënt geen oog heeft voor de gevolgen voor de andere deelnemers. Er is een parallel met de keuze waarvoor ouders kunnen komen te staan: kan hun gedragsgestoorde kind nog thuis worden opgevoed, ook met het oog op het belang van de andere kinderen, of kan dit beter elders gebeuren. Een narcistische patiënt kan uitsluiting van deelname ervaren als een afwijzing en een krenking. Als de beëindiging van de therapie door de therapeut wordt geïnitieerd, is er vaak sprake van gevoelens van tegenoverdracht. De therapeut kan problemen hebben met bepaalde gedragingen van een patiënt, teleurgesteld zijn over het proces of ontevreden met de beperkte vooruitgang. Het is zeker ook in deze situatie belangrijk om de casus uitgebreid te bespreken met collega's of in supervisie. Zowel naar de patiënt als naar de groep is het belangrijk om duidelijk te zijn over de beweegredenen die tot dit besluit hebben geleid. Zowel de gevoelens van de patiënt als die van de andere groepsleden worden besproken en gevalideerd. Onderzocht wordt wat de impact is op de relatie met de therapeut en met de groep. De andere groepsleden kunnen zich schuldig voelen over hun eigen verlangens om de ander uit de groep te verwijderen. Tegelijk kan er angst bestaan dat men de volgende is die eruit wordt gezet. Het uitgebreid bespreken van het proces en het zoeken naar een andere behandelmogelijkheid kan hopelijk de gevoelens van afwijzing door de therapeut verminderen. Een afscheid kan door de therapeut ook in gang worden gezet in situaties waarin er

geen sprake meer is van verdere ontwikkeling en de patiënt in de groep blijft hangen om afscheid te vermijden. Doorgaan met de therapie betekent dan dat de patiënt in een afhankelijke positie blijft. Goed afscheid nemen van de groep is dan mogelijk het belangrijkste dat wij deze patiënt nog kunnen bieden.

*Supervisant is in het kader van haar opleiding als co-therapeut begonnen in een doorlopende psychodynamische groep. Het valt haar op dat een van de groepsleden, Marja, al vijf jaar deelneemt aan de groep. Zij vindt dat lang, maar durft daar geen kritische vragen over te stellen, omdat ze zichzelf nog als jong en onervaren beleeft. Bij nieuwe groepsleden zien we vaak een parallel proces: wanneer mogen de jonge kinderen gaan meepraten met de oudere? Als een van groepsleden opmerkt dat zij niet net als Marja zo lang in de groep wil zitten, durft supervisant het met haar co-therapeut te bespreken. Ze heeft de indruk dat er bij Marja geen sprake meer is van ontwikkeling. De therapeuten besluiten daarop om hun indrukken en vragen aan de groep voor te leggen. Marja schrikt als ze hiermee wordt geconfronteerd. De therapeut zou haar hebben gezegd, dat ze zo lang mag blijven als ze wil. De therapeuten vragen haar na te denken over de vraag wat ze nog met de therapie zou willen bereiken en wat het voor haar zou betekenen om met de behandeling te stoppen. Marja probeert het thema te vermijden en te negeren. Als de therapeuten dit bespreken wordt Marja geleidelijk bozer. Ze voelt zich weggestuurd*

*door de therapeuten en geeft uiting aan haar angst om het alleen, zonder de groep, niet te kunnen. Dat gevoel lijkt niet gebaseerd op realiteit, omdat Marja op verschillende terreinen in het leven redelijk functioneert. In de supervisie bespreken we dat supervisant vanuit reddersfantasieën graag mensen wil genezen. Het is dan moeilijk om naast de mogelijkheden van de patiënt ook oog te hebben voor de beperkingen die er zijn. Gezien de ontwikkeling van het afgelopen jaar zal voortzetting van de behandeling weinig nieuws brengen en lijkt doorgaan vooral in het teken te staan van afweer van het afscheid nemen. Ook de co-therapeut lijkt het thema afscheid nemen te hebben vermeden. Dat wordt ook zichtbaar als de therapeuten met Marja een afspraak gaan maken over het beëindigen van de behandeling. Supervisant vindt het belangrijk om vast te houden aan de gestelde datum en merkt dat haar co-therapeut geneigd is om mee te gaan met Marja die het nog enkele weken wil uitstellen. Het proces van afscheid nemen komt uiteindelijk toch op gang.*

Het is een ingrijpende ervaring voor de groep als de patiënt psychotisch wordt of zodanig regressief gedag vertoont dat hij niet meer kan functioneren in de groep en moet worden opgenomen. Ook kan een patiënt ziek worden, een ongeluk krijgen en overlijden.

Het verlies van een patiënt door suïcide is voor alle achterblijvers, inclusief de therapeut, een zeer ingrijpende ervaring die gevoelens en reacties teweeg brengt van

shock, ontkenning, ongeloof, verdriet, rouw, boosheid en woede, schaamte en schuld, machteloosheid en zelfverwijt. Daarenboven kan de therapeut zich vanuit zijn professionele rol afvragen of zijn klinische oordeel wel juist is geweest. Het gevoel wellicht te hebben gefaald, raakt hem in zijn gevoel van eigenwaarde. Hij wordt bevangen door twijfel aan zijn therapeutische vaardigheden. Hij vreest het oordeel van zijn collega's of het onderzoek van de Inspectie voor Volksgezondheid. Zeker in deze situatie is het belangrijk dat de therapeut meer dan gewoonlijk zijn eigen ervaring en gevoelens met de groep kan delen. Het gezamenlijk delen van gevoelens bij deze traumatische verlieservaring kan zowel de groep als de therapeut helpen om het verlies te verwerken en om verder te groeien. Het belang om eigen gevoelens regelmatig met collega's en in supervisie of consultatie te bespreken is evident.

### **Als de therapeut afscheid neemt**

Ook de therapeut kan afscheid nemen van de groep. McGee (1974) onderscheidt hierbij zes verschillende niveaus. In de beginfase kan de therapeut abrupt afhaken. De therapeut kan zittingen gaan missen en zelf drop-out worden. Ook in een latere fase kan hij vertrekken/eclipseren. Het zal duidelijk zijn dat deze situaties destructief zijn voor de groep. Er is dan bij de therapeut vaak sprake van onopgeloste tegenoverdracht, van problemen in de co-therapie-relatie of in de supervisie. Bij de kortdurende groep vertrekt de thera-

peut gelijktijdig met de groepsleden waardoor zijn vertrek kan worden ontkend of vermeden. De therapeut kan vertrekken aan het einde van de stageperiode of opleiding. Hij kan verhuizen, ander werk gaan doen.

Broekhuizen (2005) beschrijft het proces van wisseling van groepstherapeut in een doorlopende psychodynamische groepstherapie. Zij baseert zich hierbij op de drie fasen welke volgens Long, Pendleton & Winter (1988) door de groep worden doorlopen na de aankondiging dat een van beide groepstherapeuten gaat stoppen en door een ander wordt opgevolgd.

De eerste fase is die van 'het naderende afscheid'. De groep vertoont weerstand tegen het naderende vertrek door absentie, toename van symptomen, praten over triviale zaken. Bespreken van het vertrek wordt vermeden, maar de inhoud van de gesprekken kan er indirect naar verwijzen. Vroegere verlieservaringen kunnen ter sprake komen. De therapeut benoemt wat er volgens hem gebeurt, maar zal in deze fase op weerstand en boosheid stuiten, omdat hij er volgens de groep te veel aandacht aan besteedt. Het is belangrijk om aandacht te hebben voor gevoelens van schaamte welke het moeilijk maken om onderliggende gevoelens te uiten. Het vertrek van de therapeut kan gevoelens oproepen van verdriet, gemis, afhankelijkheid maar ook van genegenheid. De therapeuten onderzoeken wat het verlies van de relatie voor de verschillende groepsleden betekent, waarbij mogelijk verbanden worden gelegd met vroegere verlieserva-

ringen. Ook de therapeuten zullen zich bewust moeten zijn van de gevoelens welke het vertrek bij hen oproept. Ook bij de therapeut kunnen oude gevoelens rond separatie en verlies worden gereactiveerd. De vertrekkende therapeut kan zich schuldig voelen, angstig of bezorgd. Het kan moeilijk zijn om te accepteren dat de groep zonder hem doorgaat. Gevoelens van rivaliteit en jaloezie jegens zijn opvolger kunnen een rol spelen. Als de therapeuten goed afscheid van elkaar kunnen nemen, zullen zij in staat zijn om de groepsleden te begeleiden bij hún proces van afscheid nemen.

De tweede fase is de ‘overgangsfase’. De co-therapeut is vertrokken en de opvolger heeft zijn plek ingenomen. De boosheid is nu meer manifest en wordt meer geuit, soms naar de vertrekkende therapeut, soms naar autoriteitsfiguren buiten de groep. De oude therapeut wordt in deze fase nog beschermd voor directe agressie, omdat hij de overgebleven ouder is en er nog onvoldoende vertrouwen is in de nieuwe co-therapeut. Vervolgens neemt de groepscohesie toe en worden de therapeuten buitengesloten. Het lijkt erop alsof de groep haar boosheid en teleurstelling in de therapeuten uit door zich terug te trekken in een houding van: wij redden het zelf wel.

In de derde fase, de ‘test- en reorganisatiefase’, beseft de groep dat de oude co-therapeut werkelijk vertrokken is. Groepsleden die gevoelens welke verbonden zijn met vroegere verlieservaringen niet kunnen verdragen, kunnen in deze fase afhaken. De nieuwe therapeut wordt getest en ook

onderlinge verhoudingen, rollen en normen kunnen weer ter discussie worden gesteld. De groep wordt in deze fase volgens Long e.a. gereorganiseerd en geherstructureerd. Deze herpositionering strekt zich uit tot de therapeuten die in de nieuwe samenstelling onderzoeken hoe zij met elkaar kunnen gaan samenwerken. Wij kunnen een parallel trekken met het gezin waarin de ouders zijn gescheiden en een nieuwe partner zijn intrede heeft gedaan. De co-therapeut moet een positie veroveren naast de oude therapeut en ten overstaan van de groep. Ook voor de oude therapeut betekent het een verandering, zowel in de relatie met een nieuwe partner als met de groep. Een goede werkrelatie biedt de groep een veilige basis om de verschillen tussen de therapeuten en tussen de huidige en de vorige therapeut te bespreken. Samen kunnen zij de groep leren omgaan met verlies en verandering.

Een meer ingrijpende situatie ontstaat als de therapeut langdurig ziek wordt, of erger, overlijdt. Tjihuis (2006) beschrijft op indringende wijze zijn ervaringen en gevoelens bij het proces van afscheid nemen van een psychotherapiegroep, nadat hij een terminale vorm van kanker heeft gekregen. Hij spiegelt zijn eigen ervaringen aan de belevenissen van de hoofdpersoon in *De Schopenhauer-kuur* van Yalom (2004). Julius Hertzfeld, de romanfiguur, heeft te horen gekregen dat hij nog een jaar te leven heeft en beschrijft zijn laatste jaar als groepstherapeut.

Firestein (1994) stelt de vraag wat de therapeut heeft geregeld in zijn testament. Wie



vangt de patiënten op en zal hen helpen om met dit verlies om te gaan? Wie bespreekt met de patiënten hoe het nu verder zal gaan? Bij een groepstherapie kan de co-therapeut de groep opvangen en begeleiden. Als de therapeut werkzaam is in een instelling of groepspraktijk zal deze taak in de regel door collega's worden overgenomen. Wat heeft de therapeut die een zelfstandige praktijk voert hiervoor geregeld?

### **Afscheidsrituelen**

Soms ontstaat er in de groep een afscheidsritueel dat traditie wordt. Een van de groepsleden begint ermee, waarna het wordt overgenomen door de andere groepsleden. Na enige tijd kan het ritueel ook weer uitdoven. Het meest gebruikelijk is dat het vertrekkende groepslid trakteert op voedsel. De patiënt ontnemt de groep iets en moet daarvoor iets teruggeven. Het offer kan het zure gevoel enigszins 'verzoeten'. Er is een parallel met het eten van de gebruikelijke cake bij een begrafenis. De onbewuste betekenis is dat de ander, degene waarvan wij afscheid nemen, wordt geïnternaliseerd en dus in ons verder zal leven (Freud, 1917). In andere gevallen geeft de patiënt die vertrekt een klein presentje aan de groepsleden en de therapeut. Soms is dit voor alle groepsleden hetzelfde, dus uniform, in andere gevallen is er voor ieder iets anders, dus gedifferentieerd en persoonlijker. Het object kan gezien worden als een 'transitional object' dat ons aan de afwezige ander zal blijven herinneren. Rituelen doorbreken de bestaande

rollen. Het geven van een presentje is ook een mogelijkheid om dankbaarheid te tonen. Gabbard (2000) verduidelijkt in dit verband hoe voor de therapeut de onbewuste wens naar dankbaarheid is verbonden met de onbewuste keuze voor het vak. Als de therapeut zich schuldig voelt over deze behoefte aan dankbaarheid of zich ervoor schaamt, kan dit leiden tot een actieve afweer of weerstand tegen rituelen en het aanvaarden van een cadeautje. De therapeut zal bij het afscheid enerzijds ruimte geven aan uitdrukkingen van positieve gevoelens en van verdriet en anderzijds ook in deze fase het proces blijven bespreken en verhelderen (Shapiro & Ginzberg, 2002). Balint (1950): 'Gewoonlijk verlaat de patiënt de laatste zitting blij maar met tranen in de ogen en – ik denk dat ik het kan toegeven – verkeert de analyticus in een zelfde stemming (p.197).' De tussenvoeging: 'ik denk dat ik het kan toegeven' lijkt een weerspiegeling van schaamte over de ervaring dat hij voor de vertrekkende patiënt een echt persoon is en over zijn eigen gevoelens van pijn bij het afscheid.

### **Ten slotte**

Therapie kan evenals het leven worden beschreven als een ontdekkingsreis. Om te kunnen beginnen aan het nieuwe, het onbekende, een nog onzekere tocht, zal men in staat moeten zijn om afscheid te nemen van het oude, bekende en vertrouwde. Als men niet in staat is om afscheid te nemen, los te laten, zal verdere ontwikkeling conflictueus zijn of stagneren.

In dit kader is het illustratief om het therapieproces te vergelijken met de keuze van vakantiebestemmingen. Er zijn mensen die nooit op vakantie gaan. Niet vertrekken betekent niet afscheid hoeven te nemen maar ook geen nieuwe ervaringen opdoen. Een volgende groep wordt gevormd door vakantiegangers die in het *binnenland* blijven, op een vaste plek of op wisselende plekken. Zij durven het vertrouwde achter te laten, maar blijven wel in de buurt. Een stap verder is het *buitenland*. Ook daar zien we een groep die altijd kiest voor een vaste, vertrouwde plek, maar ook reizigers die meer durven loslaten en de gebaande paden verlaten. Het verlaten van het *continent* is een volgende stap. Het oversteken van de zee, *mer/mar/mare*, lijkt symbolisch te verwijzen naar de separatie van de moeder, *la mère*.

Groepstherapie is een ontdekkingsreis met een groep. De patiënt kan kiezen voor een georganiseerde reis waarbij het programma in grote lijnen bekend is. De duur van de reis is bepaald en de groep weet welke bezienswaardigheden op welke dag zullen worden bezocht. In korte tijd kan de reiziger veel ontdekken en leren. Een psychodynamische groepstherapie lijkt het meest op een reisgezelschap dat vooraf alleen op grote lijnen heeft afgesproken in welke richting het gaat, terwijl de reisdoelen onderweg bijgesteld kunnen worden. Bij de kennismaking met een nieuw groepslid vertellen patiënten regelmatig dat hun aanvankelijke doelstelling is veranderd, omdat ze tijdens het proces ontdekten dat zich achter de aanmeldreden andere conflicten ver-

scholen. De duur van de reis is onbepaald en hoe langer en verder men reist hoe meer men kan ontdekken. Een zekere mate van zelfvertrouwen en vertrouwen in de ander (de reisleader, de reisgenoten) zal aanwezig moeten zijn om aan een reis met zoveel onzekerheden te durven beginnen. Bij het begin van iedere reis is het duidelijk dat er ook een einde aan komt en dat er dan weer tijd is voor andere ontwikkelingen. Iedere fase in de ontwikkeling heeft een begin en een einde en deze zijn onlosmakelijk aan elkaar verbonden. Verandering roept onvermijdelijk angst op. De patiënt die geleerd heeft om afscheid te nemen, zal nieuwe ervaringen aandurven. Als therapeut kunnen wij onze patiënten op een kort traject van hun reis door het leven begeleiden en hen helpen in hun persoonlijke ontwikkeling. Evenals in de opvoeding van kinderen zijn in de therapie 'holding' en loslaten onbrekelijk met elkaar verbonden (Lanyado, 1999).

## Literatuur

Balint, M. (1950). On the termination of analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, pp. 196-199.

Broekhuizen, A. (2005). Wisseling van groepstherapeut in een doorlopende psychodynamische groepstherapie. *Tijdschrift voor Groepspsychotherapie*, 39, 4, pp. 45-56.

Firestein, S.K. (1994). On thinking the unthinkable: Making a professional will. *The American Psychoanalyst*, 27, 16.

- Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916)*, pp. 237-258. London: The Hogarth Press.
- Gabbard, G.O. (2000). On gratitude and gratification. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, pp. 696-716.
- Goldfried, M.R. (2002). A cognitive-behavioral perspective on termination. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 3, pp. 364-372.
- Lanyado, M. (1999). Holding and letting go: some thoughts about ending therapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 25, 3, pp. 357-378.
- Long, K., Pendleton, L., & Winter, B. (1988). Effect of therapist termination on group process. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38, pp. 211-222.
- Marx, J.A., & Gelso, C.J. (1987). Termination of individual counseling in a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 1, pp. 3-9.
- McGee, T.F. (1974). Therapist termination in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 24, pp. 3-12.
- Quintana, S.M. & Holahan, W. (1992). Termination in short-term counseling: Comparison of successful and unsuccessful cases. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 3, pp. 299-305.
- Shapiro, E.L. en Ginzberg, R. (2002). Parting gifts: termination rituals in group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 52, 3, pp. 319-336.
- Snippe, D. (2009). *Interpersoonlijke psychotherapie in een groep*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Tijhuis, L. (2006). Het laatste jaar groepstherapie van Julius Hertzfeld, groepstherapeut: het plot van een romanschrijver en het voldongen feit voor een groepstherapeut. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 44, 2, pp. 129-141.
- Yalom, I.D. (2004). *De Schopenhauer-kuur*. Amsterdam: Uitgeverij Balans.