

# ‘Had u dat nou niet eerder kunnen vertellen?’<sup>1</sup>

## Verwikkelingen rond vertrek

A. E. J. G. WIERSMA

**SAMENVATTING** Dit artikel beschrijft de reacties van patiënten op het vertrek van hun behandelaar, evenals de gevoelens die afscheid nemen bij de therapeut zelf oproept. Er is opvallend weinig over dit onderwerp gepubliceerd. De reacties van de patiënten zijn te begrijpen vanuit de psychiatrische stoornis, de levensgeschiedenis en de coping-mechanismen die zij hebben ontwikkeld. Ook de therapeut ervaart verschillende, soms tegenstrijdige reacties, die in veel opzichten lijken op die van de patiënt. Tegenoverdrachtsgevoelens moeten bewustgemaakt worden en de afweer die de behandelaar ertegen opricht ook. Goede voorbereiding en matching, evenals ruim tijd hiervoor zijn van wezenlijk belang. Consultatie en supervisie in de afscheidperiode zijn onmisbaar, zowel voor ervaren therapeuten als voor assistenten in opleiding. Instellingen voor de geestelijke volksgezondheid moeten hier rekening mee houden.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)2, 101-107]

**TREFWOORDEN** afscheid, behandelaar, vertrek

Over het vervroegd en onverwacht beëindigen van behandelingen en therapieën door de therapeut is relatief weinig gepubliceerd. Dit staat in sterk contrast met de vele literatuur over het – geplande – afbreken (*termination*) van analyses en behandelingen. Dat is opmerkelijk, omdat de assistenten die in opleiding zijn tot psychiater veelvuldig van stageplaats moeten wisselen en dus vaak patiënten overdragen aan een collega of behandelingen beëindigen die nog niet in de eindfase zijn.

Al zullen assistenten – als het goed is – hun patiënten vanaf het begin voorbereiden op het afscheid, toch zal het vaak als onverwacht beleefd worden. Dit geldt des te meer voor de behandelaar die na jaren zijn werkplek verruult voor een andere. De reacties en gevoelens die dit oproept bij patiënten en bij de behandelaar zelf wil ik in dit artikel beschrijven.

### THEORETISCHE ACHTERGROND

Vervroegd afbreken van een analyse en een therapie waarin de overdracht wordt bewerkt, geeft een aantal reacties die hetzelfde zijn als bij het beëindigen van elke andere therapie. Er komen echter een aantal specifieke elementen bij die de ervaring in dynamisch opzicht anders maken voor zowel patiënt als therapeut (Dewald 1966).

Dit geldt *mutatis mutandis* ook voor steunende therapieën waar vooral in de overdracht wordt gewerkt en alleen de positieve overdracht wordt bevorderd. Het gaat namelijk om een eenzijdige beslissing van de behandelaar, die gebaseerd is op eigen belangen en weinig rekening houdt met de impact die de beslissing op de patiënt heeft. De beslissing komt onverwacht, zonder voorbereiding, en confronteert de patiënt met de realiteit van het leven van de therapeut buiten

de therapie. Hierbij maakt het natuurlijk veel verschil of het vertrek wordt veroorzaakt door ziekte of overlijden van de psychiater, dan wel door een keuze voor minder willen werken of een andere werkplek. Om nog maar te zwijgen van gedwongen vertrek van een behandelaar.

Glick stelt terecht: 'Forced terminations pose particular problems and opportunities'. De patiënt ervaart terecht dat de therapeut niet verder wil met hem of haar, ongeacht de rationele verklaringen voor het vertrek. Therapeuten, in het bijzonder zij die in opleiding zijn, onderschatten hoe vaak dit bewust wordt ervaren en verzuimen daardoor ernaar te vragen (Glick 1987).

Het vertrek roept angst en verdriet op. Vroege scheidingsangsten, stammend uit de separatie-individuatiefase, worden gereactiveerd: het gevoel onmogelijk alleen verder te kunnen. Bij patiënten die de depressieve positie (Melanie Klein) hebben bereikt, kan een rouwproces op gang komen met de fasen van ontkenning, woede en ten slotte acceptatie. Een vaak voorkomende reactie bij de patiënt is die van schuld: wat deed ik fout dat u me in de steek laat? Daarnaast spelen gevoelens van woede, kwetsbaarheid en verlating een rol. Ook gaat het in de eindfase van de therapie soms veel slechter met de patiënt; dat kan een uiting zijn van de wens om de therapeut vast te houden of om hem te straffen (Glick 1987). De patiënt verliest een voor hem emotioneel belangrijke persoon, met alle pijn daarvan. Hoe meer deze reacties kunnen worden besproken en doorgevoerd vóór het actuele vertrek, hoe groter de kans dat de patiënt het thema van scheiding en aanverwante thema's kan oplossen en hoe groter de kans dat het proces bij een eventuele nieuwe behandelaar verder kan gaan (Dewald 1966).

Een afscheid roept altijd gevoelens van verlies op, hoe succesvol een behandeling ook geweest is. Om dit te kunnen ervaren, is objectconstantie nodig: het beeld van de ander is geïnternaliseerd, is blijvend aanwezig, of er nu sprake is van frustratie of van gratificatie. Tevens moet de patiënt in staat zijn om ambivalenties te verdragen. Pas dan zal hij kunnen rouwen. Een rouw-

proces brengt gevoelens van angst, woede en verdriet met zich mee. Deze gevoelens moeten enigszins bewust zijn en zoveel mogelijk worden doorgevoerd. Dan is 'afscheid' geen afsnijden meer: het doet pijn, je zult elkaar missen, maar het is geen ramp die niet overleefd kan worden.

Het voorbereiden van patiënten op het vertrek van hun behandelaar is derhalve noodzakelijk en wanneer het niet of niet goed gebeurt, kan dat gevaarlijk zijn en een bron van iatrogene complicaties vormen. Het is van groot belang om het vertrek zo tijdig mogelijk aan te kondigen. Er moet een einddatum worden vastgesteld, de therapeut dient de continuïteit van de behandeling te waarborgen, hij moet in de eindfase beschikbaar blijven en de overdracht aan een volgende behandelaar moet geregeld worden.

#### HOE GING HET IN DE PRAKTIJK?

*Reacties van patiënten* Toen ik drie maanden tevoren mijn vertrek aankondigde bij een Amsterdamse RIAGG en in mijn eigen praktijk, varieerden de reacties van mijn patiënten hierop sterk. Sommige patiënten waren al geruime tijd – vier of vijf jaar – in behandeling, anderen sinds kortere tijd. De een liep boos weg uit het therapiegesprek, de ander barstte in snikken uit, een derde was opgelucht. Sommigen reageerden niet of nauwelijks op het naderende afscheid, anderen ontkenden het volledig. 'Had u dat nou niet eerder kunnen vertellen?' verzuchtte een jonge vrouw.

Vaak kon ik hun reactie begrijpen vanuit de psychiatrische stoornis, hun levensgeschiedenis en de coping-mechanismen die ze hadden ontwikkeld. Een jonge vrouw die als kind te vroeg voor zichzelf moest zorgen, reageerde slechts met te vragen wie de behandeling over zou nemen. Een man die nooit gevoelens mocht hebben, laat staan ze mocht uiten, deed zich stoer voor; hij zocht een nieuwe baan om vooral niet te hoeven voelen dat hij 'zwak' zou zijn en mij zou missen. Een andere patiënt, met veel verbroken relaties in zijn leven, kwam niet meer terug. Naast het me-

chanisme van ‘turning passive into active’ speelde hier ook een vorm van projectieve identificatie: hij projecteerde op mij zowel een objectrepresentant van verlatende ander als van de in steek gelaten zelfrepresentant. Door zijn niet-terugkomen dwingt hij me als het ware om regelmatig aan hem te denken en me af te vragen hoe het met hem gaat, en om me ook in de steek gelaten te voelen. Zo is hij steeds in mijn gedachten en is de scheiding als het ware ongedaan gemaakt.

Dat patiënten soms de situatie accepteren, kan een vorm van collusie zijn. Sommige mensen beëindigen een relatie liever in een goede toonsetting, omdat afscheid nemen in een woedende sfeer zeer verstorend kan zijn (Limentani 1982). De meer schizoïde patiënten reageerden met verholten of meer open gevoelens van opluchting: de altijd dreigende fusieangst wordt zo een halt toegeroepen – buiten eigen toedoen. Één patiënt beleefde mij – de medicijnen voorschrijvende psychiater – als een boze heks, die nu gelukkig verdween. Voor patiënten met een sterk narcistisch gereguleerd zelfgevoel vormde mijn vertrek een opluchting door andere dynamiek: de schaamte over het hulpzoeken en het hulp ontvangen nam een einde; de als slecht beleefde verlangens en wensen behoeften niet meer besproken te worden. Wanneer een behandeling als schaamtevol of vernederend wordt beleefd, is stoppen een opluchting. Dit geldt eveneens als een patiënt meent te ‘moeten’ veranderen en zich daartoe niet in staat voelt. Mijn afscheid betekende voor de patiënten met een *borderline* stoornis een sterke verlaten, meestal een herhaling van vroegkindelijke separaties van belangrijke objecten, hetzij door dood, hetzij door ziekte of verwaarlozing.

*Reacties van de behandelaar* Nadat ik mijn vertrek had aangekondigd, liepen drie patiënten weg uit het gesprek. Twee van hen kwamen na ongeveer tien minuten terug. Een scala van gevoelens passeerde bij mij de revue: boosheid, teleurstelling, opluchting, medeleven, empathie. Door de deur van mijn werkkamer open te laten staan en achter mijn bureau te gaan zitten schrijven, bood ik voldoende ‘holding’ om terug-

keer zonder al te veel schaamte mogelijk te maken. ‘Het hielp me erg dat je deur openstond’, zei de een. De ander verwoordde: ‘ik kom toch maar terug; wat moet ik nou beginnen?’ De derde patiënt was in de eindfase van de therapie; hij sloeg hard met de deuren en kwam niet terug. Op zijn antwoordapparaat sprak ik een berichtje in dat hij welkom bleef. In de loop van de week kreeg ik een brief, die voor tweeërlei uitleg vatbaar was: hij was boos en teleurgesteld, maar wilde het erbij laten. Ik maakte daaruit op dat hij niet terugkwam. In eerste instantie was ik opgelucht; het was niet de eerste keer dat er zoiets gebeurde. Maar ik ging mezelf toch vragen stellen: Heb ik juist gehandeld? Doe ik de therapie volgens de regels van de kunst? Door een gesprek met een collega kon ik voldoende afstand nemen om zijn woede en teleurstelling te bevatten (‘containen’) en ook mijn eigen woede en schuldgevoelens. Het volgende uur wachtte ik af en ... hij kwam. Zoals vaker gebeurd was in deze therapie voelde ik me in verwarring gebracht. Zo liet hij mij, door projectieve identificatie, weten wat hij zelf ervoer: verwarring, teleurstelling, boosheid, opluchting. Ik kon me niet aan dit gevoel onttrekken: de patiënt provoceert de behandelaar om zich net zo te voelen als een geprojecteerde deelzelf- of deelobjectrepresentant; een belangrijk kenmerk van projectieve identificatie is het gevoel van zich gedwongen voelen, van onontkoombaarheid bij de therapeut (Gabbard 1994).

Mijn eigen reacties op mijn naderende vertrek varieerden eveneens sterk. Naast de bestaande gevoelens van verlies creëren ‘onverwachte’ eindes pijnlijke conflicten in de therapeut, in het bijzonder als het een verandering in het persoonlijke leven betreft. Gevoelens van schuld zijn onvermijdelijk, evenals rationalisaties en zelfrechtvaardigingen (Limentani 1982). Maar het kan ook een tijd zijn waarin de therapeut – evenals de patiënt – zijn of haar reacties op verlies kan doorwerken of opnieuw kan doorwerken. En zo kunnen deze reacties, mits ze goed begrepen worden, van veel waarde zijn in de doorgaande zelfanalyse (Viorst 1982).

Afgezien van mijn eigen conflictueuze gevoelens, streden diverse gevoelens om voorrang: schuldgevoelens over het in de steek laten, schaamte over falen, blijdschap om wat voor mij lag. Ook was er soms sprake van opluchting over het afsluiten van de behandeling van een door mij als vervelend ervaren patiënt. Sommige patiënten roepen afkeer op, door Winnicott (1949) zo treffend 'countertransference hate' genoemd. Hetzelfde gevoelde bespeurde ik bij een collega aan wie ik een bepaalde patiënte wilde overdragen: 'O nee, zij is niets voor mij, ik heb meteen ruzie met haar'. Het tegenovergestelde gebeurde eveneens: zeker twee collega's vroegen mij wie een andere patiënte als mijn opvolger wilde; zij werd als een aardige vrouw beschouwd.

Scher verwoordt het aldus: 'In many ways the position of the departing therapist resembles that of his patient. He, too, sustains a loss. He, too, experiences the anxiety of separation. Perhaps for him, it is harder to claim abandonment and desertion, but he may feel equally adrift in the therapeutic world, wondering who, if anyone, will fill the void left by his patient' (Scher 1970, p. 281).

#### CONCRETE INFORMATIE GEVEN?

Over het geven van concrete informatie wordt in de literatuur verschillend gedacht. Zo geeft Dewald de reden van zijn afscheid niet en evenmin vertelt hij waarheen hij verhuist (Dewald 1966). Weiss besluit tot het invoeren van technische parameters, waarbij hij uiteindelijk de plaats van bestemming wel noemt (Weiss 1972). Martinez vertelt wel waar zij heengaat en ook, als de patiënt ernaar vraagt, waarom (Martinez 1989).

In steungevende behandelingen vormen de realiteitsbenadering, het steunen van de realiteitstoetsing en het versterken van adaptieve afweermechanismen de belangrijkste doelstellingen. Tevens wordt de positieve overdracht versterkt en worden al te sterke overdrachtsgevoelens en -fantasieën tegengegaan. Vanuit deze optiek en uit eigen ervaring en voorkeur koos ik

voor een zo open mogelijke benadering. Evenals Martinez deed ik de ervaring op dat het hebben van de concrete informatie over het hoe en waarom van mijn vertrek voor de patiënten juist een positieve werking bleek te hebben op het vermogen tot fantaseren en tot het vinden van eigen creatieve oplossingen.

In de sociaal-psychiatrische praktijk hebben veel patiënten meer dan één behandelaar/begeleider. Ook kent de patiënt doorgaans andere collega's door vervanging tijdens vakantie of ziekte. Aan deze patiënten vroeg ik, wanneer dit enigszins mogelijk was, wie mij zou kunnen opvolgen. Daarmee werd al te grote machteloosheid tegengegaan. Wanneer er sprake was van een nieuwe therapeut, trachtte ik de patiënt persoonlijk over te dragen om de positieve overdracht te bevorderen. De nieuwe behandelaar wordt al gauw de drager van negatieve overdrachtsaspecten – die trachtte ik in een volgend gesprek op te sporen. Het was alsof de wetenschap dat zij niet alleen werden gelaten het beter mogelijk maakte om negatieve gevoelens te ventileren die anders wellicht te bedreigend waren geweest (Martinez 1989): 'Je zult wel schoon genoeg van mij hebben, dat je weggaat. Net als mijn moeder die me op mijn zeventiende jaar het huis uit gooide, m'n spulletjes uit het raam achter me aan.'

#### TEGENOVERDRACHT

*Tegenoverdrachtsreacties* Tegenoverdrachtsgevoelens spelen uiteraard een belangrijke rol. Een patiënt belde mij op nadat ik mijn vertrek had medegedeeld. 'Moet ik volgende week terugkomen', vroeg hij. Ik legde hem uit dat het natuurlijk niet 'moest', maar dat het mij wel belangrijk leek om erover te praten wat mijn afscheid voor hem betekende. En ik zei dat hij de antipsychotische medicatie in elk geval nodig had. 'U wordt bedankt voor uw nazi-methoden' zei hij en hing op. Deze reactie was begrijpelijk vanuit zijn paranoïdie. Omdat het een ernstig zieke patiënt betrof, voelde het minder als een persoonlijke aanval. In de volgende weken kwam

hij trouw op zijn afspraken en kon hij enigszins bespreken wat het hem deed. Hij vond het jammer, want we kenden elkaar al zo lang. De collega die de behandeling van mij overnam, drukte ik op het hart om vooral goed toe te zien op zijn medicatie-inname. Na vele jaren van huisbezoeken, crisisinterventies en rechterlijke machtigingen was hij eindelijk in een stabiele fase gekomen. Mijn reactie was dus wel begrijpelijk ... of speelde er toch overbezorgdheid mee: een overdekking van mijn boosheid over die ‘nazi-methoden’?

Overdrachtsgevoelens en -reacties moeten in de laatste fase meer dan ooit in de gaten gehouden worden en zo mogelijk en zo nodig besproken worden. De tegenoverdracht kan belangrijke signalen geven, die gemakkelijk gemist kunnen worden, zeker in de hectiek van een afscheidperiode; het empathische vermogen van de therapeut kan bedreigd worden door eigen emotionele opwinding. Ook bij het zoeken van een nieuwe behandelaar kan tegenoverdracht interfereren. Het element van projectieve identificatie dat van de patiënt uitgaat, moet onderscheiden worden van de eigen emoties. Wanneer psychiaters frequent van werkplek veranderen, zou dat op tegenoverdrachtsproblemen kunnen wijzen. In hoeverre wordt hiermee rekening gehouden bij bijvoorbeeld job rotation?

Hanteren van de tegenoverdracht ‘Management’ van tegenoverdrachtsgevoelens houdt in dat de behandelaar zich deze gevoelens bewust probeert te maken, en ook de afweer die hij ertegen opricht. Maltzberger & Buie (1974) noemen een aantal gewone defensieve houdingen: verdringen van bijvoorbeeld haatgevoelens. Gevoelens van haat stemmen niet overeen met de bewuste rol van goede hulpverlener. Of zelftwijfel en -kritiek: woede op de patiënt wordt tegen het zelf gekeerd: doe ik het wel goed genoeg? Een andere reactie is overdekking door het tegendeel, zoals overbezorgdheid of verdragen van sadistisch gedrag. Een psychotherapeut die zich bijvoorbeeld moeilijk sadistische fantasieën kan toestaan, loopt de kans om de behandeling met een patiënt

met een borderline stoornis vroegtijdig te beëindigen; soms wordt dan de onjuiste beslissing genomen dat de patiënt onbehandelbaar is. Zeker bij het overdragen van een behandeling is dit erg belangrijk: empirisch onderzoek van suïcide bij patiënten met een borderline stoornis toont aan dat in een hoog percentage van de gevallen verlaten of afwijzing door hulpverleners vlak tevoren had plaatsgevonden (Maltzberger 1999).

Akhtar (1995) geeft waardevolle richtlijnen om moeilijke tegenoverdrachtsgevoelens te kunnen hanteren. Als eerste noemt hij ‘self-care’: voldoende driftmatige bevredigingen en egosupport, bijvoorbeeld in de vorm van een liefhebbende partner, een empathische vriend of vriendin. Daarnaast is voldoende afstand nemen van het werk en een beperking van het aantal patiënten met persoonlijkheidsstoornissen belangrijk. In de tweede plaats is voortdurende zelfreflectie van belang, doorgaande supervisie en vooral consultatie in crisissituaties. Als laatste noemt Akhtar de leertherapie of leeranalyse: ‘hoeveel van deze reactie is te wijten aan mijn eigen achtergrond?’ De therapeut moet in contact blijven met eigen diepere motivaties. Kernberg zegt hierover: ‘voor de behandeling van patiënten met een borderline persoonlijkheidsorganisatie is geen specifieke persoonlijkheid vereist. Belangrijk is wel dat de behandelaar de agressie van de patiënt kan verdragen zonder te reageren met tegenagressie; hij of zij moet niet te achterdochtig of te narcistisch zijn. Natuurlijk helpt het als de therapeut zijn eigen diepere lagen voor emotionele ervaringen niet al te zeer heeft afgesloten, zodat hij empathie kan voelen met deze patiënten die zelf op zo’n primitief niveau functioneren’ (Wiersma 1997).

## CONCLUSIE

Bij vervroegde beëindiging van een therapie moet ruim op tijd een aantal maatregelen worden getroffen. Hoe meer inzichtgevend een behandeling is, hoe minder vanzelfsprekend het is dat er een nieuwe therapeut wordt gezocht. De analyticus is vooral een overdrachtsfiguur die

vervangen kan worden, niet zonder pijn, maar wel zonder schade voor de patiënt.

Hoe meer een behandeling steunend van aard is, binnen het spectrum van inzichtgevend naar supportief, hoe meer de noodzaak zal bestaan om een opvolger te zoeken. Hierbij kan de patiënt wel degelijk schade lijden. Goede matching is dan ook van groot belang; tegenoverdracht kan hierbij een rol spelen. Daarnaast blijkt voldoende voorbereidingstijd van wezenlijk belang te zijn. Hoewel er niet maar één goede manier is om met deze situatie om te gaan, lijkt het essentieel om de patiënt in een persoonlijk gesprek over te dragen aan de opvolger. In volgende gesprekken moet dan de negatieve overdracht besproken worden; het rouwproces moet verder op gang worden gebracht, de rijpere afweer moet worden geconsolideerd en de positieve overdracht moet bevestigd worden.

Een ander aspect in de afscheidperiode is dat consultatie en eventueel supervisie noodzakelijk zijn voor de vertrekkende therapeut: ook hij lijdt verlies en maakt een rouwproces door. Schuldgevoel over het verlaten van de patiënt kan ertoe leiden dat negatieve aspecten over gewaardeerd worden en bijvoorbeeld oprechte dankbaarheid van de patiënt niet worden gehoord en gewaardeerd. Bij consultatie en supervisie kunnen ook parallelprocessen worden opgespoord: situaties uit de levensgeschiedenis van de behandelaar kunnen geactualiseerd worden door het afscheid (Viorst 1982); of een herhaling van het proces tussen patiënt en therapeut in de consultatiesituatie. Dit laatste geldt natuurlijk eens te meer voor de assistenten in opleiding. Omgekeerd is het zeer onwenselijk als een patiënt steeds naar een volgende assistent wordt doorgeschoven. 'De overdracht op het instituut' kan hierbij als afweer gebruikt worden: het is niet mijn schuld maar die van de instelling. Een dergelijke situatie is zeer verwaarlozend naar de patiënt, voorkomt dat er een proces op gang komt en biedt geen *holding environment*. Een opleidingsinstelling moet hiermee dan ook terdege rekening houden.

## NOOT

1. Dit artikel is een bewerking van een voordracht die gehouden is op het minisymposium 'Afscheid van de sociale psychiatrie?' te Amsterdam op 24-2-2000 en op de refereerbijeenkomst van de kring IJssel-Oost te Holten op 21-10-2002.

## LITERATUUR

- Akhtar, S. (1995). *Quest for answers. A primer of understanding and treating severe personality disorders*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Dewald, P.A. (1966). Forced termination of psychoanalysis. Transference, countertransference and reality responses in five patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 30, 98-110.
- Gabbard, G.O. (1994). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM-IV edition*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Glick, R.A. (1987). Forced terminations. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 15, 449-463.
- Limentani, A. (1982). On the 'unexpected' termination of psychoanalytic therapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 2, 419-440.
- Maltsberger, J.T. (1999). Countertransference in the treatment of suicidal borderline patients. In G.O. Gabbard, *Countertransference Issues in Psychiatric Treatment* (pp. 27-43). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Maltsberger, J.T., & Buie, D.H. (1974). Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, 30, 625-633.
- Martinez, D. (1989). Pains and gains: a study of forced terminations. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 37, 89-115.
- Scher, M. (1970). The process of changing therapists. *American Journal of Psychotherapy*, 24, 278-287.
- Viorst, J. (1982). Experiences of loss at the end of analysis: the analyst's response to termination. *Psychoanalytic Inquiry*, 2, 399-418.
- Weiss, S. (1972). Some thoughts and clinical vignettes on translocation of an analytic practice. *The International Journal of Psychoanalysis*, 53, 505-513.
- Wiersma, E. (1997). Kernberg over borderline. Een interview. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 23, 19-32.
- Winnicott, D.W. (1949). Hate in the countertransference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69-75.

AUTEUR

A.E.J.G. WIERSMA is als psychiater en psychoanalyticus werkzaam bij Mediant in Enschede en in een eigen praktijk. Zij is opleider sociale psychiatrie.  
Correspondentieadres: mevrouw A.E.J.G. Wiersma, Reigerstraat 18, 7481 AE Haaksbergen.  
E-mail: aejg.wiersma@planet.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-11-2003.

SUMMARY

*Why didn't you tell me before? Complications about departure – A.E.J.G. Wiersma – The article describes how patients respond to the departure of their therapists and how the therapists themselves feel when they have to leave their patients. Literature on the subject is extremely limited. The reactions of patients can be explained by the psychiatric disorder from which they are suffering, by their personal histories and by the coping mechanisms they have developed. The therapist also experiences various and at times contradictory reactions which in many respects resemble those of his patients. He needs to become aware of his countertransference feelings and of the defensive mechanisms he employs to suppress these feelings. It appears that the patient has to be prepared well in advance for the impending departure of the therapist and that good matching is very important. The therapist too has to prepare the way for his own departure. It is essential not only for experienced therapists but also for trainees to be engaged in consultation and supervision as the time for departure approaches. The mental health services need to pay more attention to such matters.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)2, 101-107]

KEY WORDS    departure, parting, therapist