

ARTIKEL

Psychotherapie bij een stervende patiënt; dilemma's en mogelijkheden in de terminale fase

Floortje Milla Aschermann, Quin van Dam

Samenvatting

Acht maanden na afronding van een drie jaar durende psychotherapie meldt een ernstig getraumatiseerde patiënt zich opnieuw aan omdat hij ongeneeslijk ziek is. De beschreven psychotherapeutische interventies, die erop gericht waren de patiënt en zijn gezin voor te bereiden op zijn naderende dood, stimuleerden de openheid in het gezin. Daardoor onderkenden en bespraken de gezinsleden hun gevoelens, deelden zij informatie over het ziekteproces en vonden zij een passende voorbereiding op de dood. Wij laten zien hoe de grenzen van de therapeutische relatie onder druk stonden door de hoogoplopende angst bij het gezin en doordat het naderend overlijden verwarrende tegenoverdrachtsgevoelens opriep bij de psychotherapeut. Daarnaast tonen wij dat de bespreking daarvan in supervisie (of intervisie) onmisbaar is om deze tegenoverdrachtsgevoelens te ontrafelen en daarvan therapeutisch gebruik te kunnen maken. Ten slotte geven wij een overzicht van de taken die de psychotherapeut moet vervullen bij de behandeling van deze existentiële problematiek.

Floortje Milla Aschermann, psychotherapeut, gz-psycholoog, senior SFT, EMDR practitioner, CGT-therapeut, was tot juni 2019 werkzaam bij een ggz-instelling. Zij werkt thans bij Arq en in een psychotherapiepraktijk in Overveen. **E-mail** ■ floortjemilla@yahoo.com

Quin van Dam is klinisch psycholoog, psychodynamisch psychotherapeut, supervisor AFT, NVP en NVPP en werkzaam in zijn psychotherapiepraktijk in Reeuwijk.

Leerdoelen

Na bestudering van dit artikel heeft u kennis van:

- 1 de curatieve behandeldoelen van een psychotherapie bij een stervende psychiatrische patiënt en zijn gezin;
- 2 de taken die de psychotherapeut moet vervullen bij de behandeling van deze existentiële problematiek;
- 3 de invloed van het naderend overlijden op de therapeutische relatie;
- 4 de wijze waarop supervisie helpt om de tegenoverdrachtsgevoelens en de emotionele reacties van de therapeut te onderscheiden van die van de patiënt en zijn gezin;
- 5 de bijdrage van supervisie aan de flexibele en sensitieve hantering van de grenzen van het therapeutisch kader en aan het behoud van een autonome positie van de therapeut;
- 6 de wijze waarop psychotherapeutische interventies de gezinsleden helpen informatie over het ziekteproces te delen, hun gevoelens te herkennen en te uiten en een passende voorbereiding op de dood te vinden;
- 7 de manier waarop psychotherapie een preventieve waarde heeft voor de achterblijvers.

Inleiding

Binnen een jaar na de afronding van de drie jaar durende psychotherapie meldde Mark, 48 jaar en vader van vier kinderen, zich opnieuw aan. Nu echter met een geheel andere hulpvraag: recent bleek dat hij ongeneeslijk ziek was. Wilde ik (FMA) hem en zijn gezin begeleiden nu hij binnenkort zou sterven?

Bij de voorgaande therapie werd duidelijk dat er bij Mark sprake was van PTSS en ernstige persoonlijkheidsproblematiek en dat zijn gezin een kwetsbaar en geïsoleerd bestaan leidde. Psychotherapie leek daarom aangewezen bij zijn naderende dood. Maar hoe moest ik omgaan met deze afwijkende hulpvraag voor een niet-curatieve behandeling?

Psychotherapie bij patiënten die nog tijd van leven hebben, is gericht op een afname van de klachten en verbetering van de kwaliteit van leven. De psychotherapeut helpt de patiënt traumatische gebeurtenissen uit het verleden te verwerken en verwarrende verlangens en gevoelens een plek en een andere betekenis te geven. De patiënt krijgt daardoor meer regie over zijn leven en beseft dat de akelige omstandigheden die hem in de greep hadden voorbij zijn. Bij de stervende patiënt ligt 'het akelige' voor hem: aftakeling en leed zonder uitzicht op verbetering.

Marks verzoek riep veel vragen bij mij op: wat zijn de behandeldoelen? Wat kan ik niet, maar wat misschien nog wel doen? Hoe ga ik om met de machteloosheid bij het sterven, met de immense angst en het verdriet van de kinderen die hun vader gaan verliezen?

Wat betekent het naderend overlijden van Mark voor de behandelrelatie: verandert onze therapeutische relatie dan niet in een gewoon contact waarin ik geen professionele afstand bewaar en we gevoelens en gedachten met elkaar delen?

Deze laatste vraag werd spoedig actueel toen Mark mij verzocht zijn getuige te zijn bij zijn huwelijk. Zijn verzoek – dat ik afwees – verwarde mij, juist *vanwege* zijn naderende dood, en bracht mij tot het besluit supervisie te starten.

Samen met mijn supervisor reflecteer ik op deze geanonimiseerde casus. Na een korte introductie daarvan proberen wij – psychotherapeut (FMA) en supervisor (QvD) – de volgende vragen te beantwoorden: Welke rol heeft de psychotherapeut bij het stervensproces? Hoe beïnvloedt dit proces de therapeutische relatie en welke ondersteuning biedt supervisie daarbij? Wat is de bijdrage van psychotherapie bij een naderend overlijden?

Casus

Mark, 48 jaar en businessanalist bij een bank, meldde zich met PTSS-klachten en een angst- en depressieve stoornis. De klachten werden geluxeerd door een conflict op zijn werk. Als kind werd hij emotioneel verwaarloosd en fysiek en geestelijk mishandeld door zijn moeder, en in opdracht van haar ook door vier oudere broers. Van zijn negende tot zijn zestiende jaar verbleef hij in een katholieke instelling voor moeilijk opvoedbare kinderen. Daar werd hij jarenlang seksueel misbruikt door een begeleidster.

Mark woonde samen met zijn partner Anna en hun drie tienerkinderen. Het contact met zijn zoon uit zijn eerste huwelijk was verbroken.

Bij aanmelding bleek er sprake van PTSS, depressie en ernstige persoonlijkheidsproblematiek (borderline-organisatie), tot uiting komend in een zwakke ik-structuur, een diffuus zelfbeeld en paniekaanvallen met regelmatig optredende desintegratieangst. Het contact met anderen werd belemmerd door fors wantrouwen en angst voor fysiek contact. Zo konden aanrakingen door zijn partner en de kinderen leiden tot herbelevingen en hevige angst, die hij uitte in agressieve uitbarstingen. Hij stelde zich vaak dwingend op en had weinig oog voor de gevoelens en behoeften van anderen.

De in eerste instantie ingezette traumabehandelingen – achtereenvolgens Imaginaire Rescripting en EMDR – leverden niet het gewenste effect op. De enorme angst voor overgave en voor identiteitsverlies ('wie ben ik zonder PTSS?') weerhielden Mark daarvan. Gezien de zwakke ik-structuur en het diffuse zelfbeeld was dit te begrijpen: hij viel samen met zijn traumatische verleden en beschikte over weinig gezonde kanten om op terug te vallen.

In de therapie liet Mark geleidelijk zijn wantrouwen varen en voelde hij zich voor het eerst gehoord en erkend in de wijze waarop zijn trauma's van invloed waren op zijn leven. Daarnaast kwam zijn partner Anna geregeld mee naar de therapie. Bij haar werd in het laatste jaar van de behandeling een progressieve spierziekte met fysiek en cognitief verval vastgesteld. Het gezin was in emotioneel opzicht zeer gesloten. Zo werd over haar ziekte en over de PTSS-klachten van Mark, ondanks de forse invloed daarvan op het gezinsleven, niet gesproken. Vanwege de dreigende KOPP-problematiek (Kinderen van Ouders met Psychia-

trische Problemen) nodigde ik de kinderen enkele malen uit. Een van hen nam daarop deel aan een KOPP-groep.

In de loop van de drie jaar durende behandeling leerde Mark woorden te geven aan zijn gevoelens en herinneringen. Daardoor kreeg hij meer grip op deze ervaringen en werd hij er minder door overspoeld. Daarnaast verminderden zijn angst- en depressieve klachten. Hij hanteerde zijn PTSS-klachten door te kiezen voor een geïsoleerd bestaan met zijn gezin om eventuele triggers, zoals sociale contacten, te vermijden. Het lukte hem weer te genieten en waardering te voelen voor de kleine dingen van het leven, zoals een kopje koffie in de tuin. De afronding van de behandeling viel hem zwaar, omdat hij voor het eerst iemand in vertrouwen had genomen. Acht maanden later kreeg Mark de fatale diagnose en nam hij opnieuw contact met mij op.

Psychotherapie bij het stervensproces

In de vijftien maanden voor zijn overlijden sprak ik (FMA) Mark wekelijks. Als hij daartoe fysiek in staat was, kwam hij naar de polikliniek en anders bezocht ik hem thuis. In de laatste fase zag ik hem vaak tweemaal per week. Daarnaast voerde ik gesprekken met Mark en Anna en soms ook met het gehele gezin. In deze gesprekken probeerde ik de emotionele betekenis van zijn naderend overlijden met Mark en zijn gezin te bespreken.

In de individuele gesprekken vertelde Mark over zijn fysieke gesteldheid en de somatische interventies. In het verlengde daarvan begeleidde ik hem bij de herbelevingen die getriggerd werden door het lichamelijk onderzoek en de interventies die plaatsvonden rondom de operaties in het ziekenhuis. Als een arts of een verpleegkundige Mark aanraakte, reageerde hij zeer angstig en met fysieke verkramping. Opnieuw stelde ik hem traumabehandeling voor: maar ook nu wees hij deze af. Om begrip te kweken bij zijn behandelaars in het ziekenhuis, informeerde ik hen schriftelijk over deze PTSS-symptomatologie en verzocht ik hen hiermee rekening te houden. Sindsdien voelde hij zich daarin erkend en minder angstig in het ziekenhuis.

Naarmate hij verzwakte, trad zijn desintegratieangst met periodieke hallucinaties vaker op. Vanuit deze angst stelde hij zich controlerend en dwingend op naar zijn gezin; zo eiste hij een vaste plaats voor voorwerpen en een bepaalde volgorde bij dagelijkse activiteiten. Ook kon hij op een overdonderende wijze van Anna en de kinderen verlangen dat er over zijn naderende dood gesproken zou worden, zonder daarin zelf initiatief te nemen. Zijn angst en behoefte aan controle verhelderde ik door deze te verbinden met de oncontroleerbaarheid van de dood. Zijn gedrag probeerde ik te begrenzen, door uit te leggen dat Anna en de kinderen hun eigen verwerkingsproces hadden, en dat vermindering daar deel van uitmaakte. Bovendien benadrukte ik het recht en de gezonde behoefte van de kinderen om er soms niet over te praten en afleiding te zoeken bij vrienden, uitgaan en school.

In onze gesprekken beperkte Mark zich aanvankelijk tot de fysieke stand van zaken, maar naarmate de tijd vorderde, bespraken we ook zijn naderend overlijden. Voor de dood had hij geen angst. Hij gaf zich over aan dit lot en vreesde niet een mogelijk hiernamaals: 'het was goed zo'. Wel was hij bang voor de aftakeling en het sterven. Bovendien uitte hij zijn

verdriet en zorgen om Anna en de kinderen als hij er niet meer zou zijn. Daarnaast blikte hij regelmatig terug op zijn leven en toonde hij mij aan de hand van foto's van zijn ouderlijk huis en zijn familie hoe hij zich in de loop der jaren ontwikkeld had. Het viel op dat er nu ook positieve herinneringen aan zijn jeugd kwamen.

Met Anna en Mark besprak ik hoe zij overeenkwamen en verschilden in hun omgang met de naderende dood, wat zij daarin van elkaar nodig hadden en elkaar soms niet konden bieden. Zo was het voor Anna pijnlijk om te ervaren dat Mark het door zijn herbelevingen niet verdroeg als zij hem wilde aanraken, terwijl zij daar in deze tijden juist behoefte aan had. Het gesprek hierover hielp hen dit wederzijdse gemis onder ogen te zien en daar verdrietig over te zijn.

Een obstakel in de gesprekken vormde Marks neiging mij te idealiseren en Anna te devalueren. Deze idealisatie ontstond in de eerste behandeling nadat hij mij niet eerder gedeelde traumatische herinneringen had toevertrouwd. In het bijzijn van Anna merkte hij regelmatig op dat alleen ik hem echt aanvoelde. Als hij zich door niemand begrepen voelde, dan hielp het hem mijn stem in gedachte te houden. Met deze idealisatie van mij leek hij zijn vroegkinderlijk emotioneel tekort uit te ageren tegen Anna. De idealisatie probeerde ik op te heffen door deze te verhelleren en niet mee te gaan in de splitsing. Zijn pogingen met mij een bondje aan te gaan, voorkwam ik door Anna steeds te betrekken in het gesprek, het woord tot hen beiden te richten en de dialoog tussen hen te stimuleren.

Zowel Mark als Anna beseften dat de kinderen door de ziekte van Anna op termijn niet alleen hun vader, maar ook hun moeder zouden verliezen. Ze wisten zich daar geen raad mee en vermeden dit onderwerp. Om de zorg voor de kinderen in de toekomst veilig te stellen, stimuleerde ik Anna en Mark om er samen met de kinderen over te praten en hun sociale netwerk uit te breiden. Dit netwerk was beperkt, doordat Mark gezinsuitjes vermeed en bovendien met veel familie en bekenden in conflict was geraakt. Daardoor misten de kinderen steun van anderen. Na meerdere aanmoedigingen nodigde hij zijn broer en diens echtgenote uit om deel te nemen aan ons gesprek. Daarin bespraken we hoe zij in de toekomst de voogdij over de kinderen op zich konden nemen. Vanaf die tijd raakten zij meer betrokken bij het gezin en versterkten zij de band met de kinderen. Mark stelde zich bovendien milder op en herstelde, mede omwille van de kinderen, het contact met enkele oude bekenden waarmee hij gebrouilleerd was. Voor het eerst kwam er nu aanloop in huis. Bij navraag bleek dat Mark en Anna niet bij machte waren om de naderende dood met hun kinderen te bespreken. Daarom probeerde ik de kinderen regelmatig bij het gesprek te betrekken. Dit lukte aanvankelijk niet, omdat zij zich terugtrokken als ik op huisbezoek kwam. Hun reactie bezorgde me het ongemakkelijke gevoel een indringer in hun leven te zijn die steeds pijnlijke onderwerpen aankaarte. Gaandeweg sloten zij echter aan bij het gesprek en stelden zij zich opener op. In deze gezinsgesprekken richtte ik mij op de twee kanten van hun verhaal (*double listening*, White, 2003) door hen enerzijds aan te moedigen hun angst en verdriet te delen, en hen anderzijds de mogelijkheid te bieden hun veerkracht te ervaren in de wijze waarop zij zich staande hielden. White (2003) adviseert therapeuten niet alleen aandacht te geven aan de pijn van het verlies, maar ook oog te hebben voor de aanwezige veerkracht. Als de therapeut zich eenzijdig richt op de pijn, dan leidt dat soms tot verheving daarvan of tot vermindering van de gevoelens (White, 2003). Zo vertelden de kinderen dat zij zich bleven richten op hun schoolwerk, ook al viel het hen zwaar zich te

concentreren. Daarnaast onderhielden zij zoveel mogelijk contact met leeftijdgenoten. Het viel hen op dat het voor hen én voor deze leeftijdgenoten ongemakkelijk was om over hun stervende vader te praten.

Mark was verdrietig over het gemis aan contact met zijn zoon uit zijn eerste huwelijk. Dit contact werd in de maanden voor zijn dood voorzichtig hersteld. Mark voelde zich verlaten door deze zoon en hield hem emotioneel op afstand. Mijn uitleg dat een kind – ook in het geval van een contactbreuk – onschuldig is en dat Marks verlatingsgevoelens toegeschreven konden worden aan het gemis uit zijn verleden, hielp bij het herstel van hun relatie. Mark bleef echter huiverig en ging niet in op mijn voorstel tot een gezamenlijk gesprek. Om de verbinding tussen zijn oudste zoon en het gezin te bevorderen, informeerde ik in het bijzijn van de andere kinderen regelmatig naar hem. Gaandeweg raakte hij meer betrokken bij het gezin.

Vanaf het moment dat Mark sterk achteruitging, gaf ik mijn privételefoonnummer en bezocht ik hem enkele keren ook op mijn vrije dag. Een paar dagen voor zijn overlijden nam ik afscheid. Aanvankelijk worstelde ik ermee hoe ik dit als psychotherapeut vorm zou geven. Mijn vraag of er iets onbesproken was gebleven, gaf richting. Zijn antwoord dat alles gezegd was, zorgde ervoor dat we rustig afscheid konden nemen. In dat gesprek vertelde hij over zijn worsteling met de pijn, de ongemakken en de belasting voor zijn gezin. Wanneer was het genoeg geweest en kon hij de palliatieve sedatie starten? Steeds was er wel iets wat hem weerhield. Zo vreesde hij de naderende voorjaarsvakantie van de kinderen te bederven. Het viel hem zwaar om verantwoordelijkheid voor zijn besluit te nemen. We bespraken dat zijn sterven nooit uit zou komen en het verdriet om het verlies van hem niet te voorkomen was. Bovendien stonden Anna en de kinderen achter zijn besluit om te sterven.

Bij de uitvaartdienst nam ik plaats achter in de kerk. Voor aanvang van de dienst kwamen de kinderen naar mij toe om me te begroeten. Hun spontane gebaar voelde als een erkenning voor de rol die ik op me had genomen, juist doordat ik het contact met hen in de beginperiode zo ongemakkelijk had gevonden.

Na de uitvaart schreef ik Anna en de kinderen een brief waarin ik aandacht gaf aan het verlies van Mark en daarnaast mijn waardering uitsprak voor de wijze waarop zij omgingen met de ziekte en het afscheid van Mark. Bovendien deelde ik mijn herinneringen aan Mark met hen. Daarmee probeerde ik de kinderen, en in het bijzonder de oudste die zijn vader lange tijd niet had meegemaakt, een vollediger beeld van hun vader te schetsen. Toen ik enkele maanden later op huisbezoek kwam, ging het volgens hen naar omstandigheden goed. Zij hielden zich staande en het lukte hen om de draad middels school en baantjes op te pakken. Ook haalden ze regelmatig herinneringen op aan Mark. Desgevraagd bleek dat zij allen worstelden met gevoelens van gemis, kwaadheid of verdriet, maar dat zij deze emoties nauwelijks met elkaar of anderen deelden. Een van de kinderen toonde interesse in rouwbegeleiding. Ten aanzien van Anna voelde ik extra bezorgdheid, aangezien haar fysieke toestand was verslechterd. Desondanks viel mij op dat zij, in vergelijking met haar eerdere ondergeschikte positie bij Mark, nu veel meer stelling nam. Omdat ik de fysieke verslechtering van Anna zorgelijk vond en ik haar wilde steunen bij de verwerking van Mark zijn overlijden en de zorg voor het gezin, bood ik haar en het gezin gesprekken aan. In mijn brief aan de huisarts drong ik vanwege de te verwachten fysieke en cognitieve achteruitgang

van Anna en de onderlinge emotionele vermijding aan op extra alertheid en zorg voor haar en het gezin.

In de individuele gesprekken uitte Anna haar boosheid over het agressieve en dwingende gedrag van Mark waar vooral in de periode voor zijn overlijden sprake van was. Deze woede beangstigde en verwarde Anna en riep veel schuldgevoelens bij haar op. Terugblikkend beseft zij nog meer hoe Mark met zijn psychische pathologie de onderlinge verbinding in het gezin en het contact met de buitenwereld hinderde, en hoezeer zij ook in het heden gebukt gingen onder deze erfenis. Om dit isolement te doorbreken, stimuleerde ik haar er met haar kinderen en met mensen uit de omgeving over te praten.

De therapeutische relatie en de supervisie

Het therapeutisch kader, waarbinnen voor de therapeut duidelijke rollen en verantwoordelijkheden gelden, biedt de patiënt een veilige ruimte om zijn angsten en gevoelens te bespreken. Bij de zorg voor stervenden is het belangrijk om de grenzen van dit therapeutisch kader op een heldere, maar ook flexibele en sensitieve wijze te hanteren (Kelly & Varghese, 2016). Dit geldt eens te meer wanneer er rond de voortschrijdende ziekte en de naderende dood heftige gevoelens spelen (Kelly & Varghese, 2016). De noodzaak van deze heldere hantering van de grenzen merkte ik al snel op toen Mark vanwege zijn fatale diagnose voor de tweede maal contact met mij opnam en mij kort daarna vroeg getuige te zijn bij zijn huwelijk. In vergelijking met zijn eerste behandeling stond de afbakening van de therapeutische relatie aanzienlijk onder druk. Dit kwam niet alleen door Marks hoogoplopende angst die zich soms vertaalde in dwingend gedrag, maar ook door mijn worsteling met de grenzen, doordat zijn naderend overlijden zulke verwarrende gevoelens bij mij oproep.

Als psychotherapeut probeerde ik zo adequaat mogelijk af te stemmen op de gevoelens en behoeften van Mark, Anna en de kinderen en tevens te onderzoeken welke interventies nodig waren. Deze afstemming lukte alleen als ik me zoveel mogelijk verplaatste in hun belevingswereld en me openstelde voor hun fysieke en emotionele pijn (Arbore, Katz & Johnson, 2016). Deze nabijheid kon ook verwarrend zijn en gevoelens van onmacht, schuld en tekortschieten bij mij teweegbrengen, en mij confronteren met mijn eigen sterfelijkheid en die van mijn dierbaren (Van Dam, 2016). De supervisie (QyD) hielp mij te reflecteren op deze tegenoverdrachtsgevoelens en mijn emotionele reacties te onderscheiden van die van Mark en zijn gezin. Juist door deze tegenoverdrachtsgevoelens onder ogen te zien, lukte het me beter om aanwezig te zijn, te luisteren naar hun ervaringen, hun gevoelens en reacties te verdragen en de grenzen van het therapeutisch kader zo helder mogelijk te hanteren. Zo beseft ik dat mijn sterke behoefte om meer te willen bieden een afweerreactie was op de machteloosheid die ik ervoer bij het leed dat ik voelde als ik bij hen was. Het bespreken van mijn onmacht hielp mij onder ogen te zien hoe beperkt ik was: ik kon hun verdriet en pijn niet wegnemen. In de supervisie leerde ik dat ik met mijn betrokkenheid en aanwezigheid voldoende deed. Dat hielp, maar het bleef aan mij knagen. Het kostte mij veel moeite om mijn onmacht te verdragen toen ik zo van nabij getuige was van

het enorme verdriet van dit gezin. Volgens Arbore en anderen (2016) kan de ontkenning van onze tegenoverdrachtsgevoelens van onmacht ertoe leiden dat we van daaruit gaan handelen en overbetrokken reageren of juist afstand nemen. In beide gevallen schaden we het contact met de patiënt. Een andere tegenoverdrachtsreactie betrof de sterke schuldgevoelens die ik voelde als ik bij hen was geweest: zij zaten continu in deze situatie, terwijl ik elke keer weer kon weglopen of met mijn gezin op vakantie kon gaan. Ik leerde dat mijn schuldgevoel deels voortkwam uit mijn kindertijd, waarin ik me vaak verantwoordelijk voelde voor het welzijn van de ander. De ontkenning van deze tegenoverdracht kan leiden tot externalisering (ik voel me niet schuldig, maar jij bent schuldig) door bijvoorbeeld de patiënt te verwijten dat hij onvoldoende meewerkt. Op een ander moment voelde ik me boos als Mark zich dwingend gedroeg. Achteraf besepte ik dat deze woede, die ik aanvankelijk afkeurde in mijzelf, een begrijpelijke reactie was op zijn dwingende gedrag. Dit kwade gevoel kwam vooral op als ik vanuit mijn gevoel van tekortschieten te weinig grenzen stelde aan zijn dwingende gedrag. Arbore en anderen (2016) benadrukken dat de bewustwording van onze woede kan voorkomen dat we die uiten in de vorm van bijvoorbeeld cynische of sarcastische opmerkingen. De onderkenning van mijn boosheid maakte de weg vrij om mijzelf de vraag te stellen: waarom had Mark het nodig zo dwingend te reageren? Daardoor kreeg ik meer oog voor zijn achterliggende angst en kon ik mijn aandacht daarop richten en beter mijn grenzen bewaken.

Daarnaast werd in de supervisie gesuggereerd dat mijn ongemakkelijke gevoel in het contact met de kinderen een weerspiegeling was van het ongemak van de puberende kinderen. Bovendien leerde ik dat het passend was om niet alleen met hen over hun verdriet en zorgen te praten, maar ook naar hun alledaagse bezigheden te vragen. Door deze *double listening* (White, 2003) vermeed ik niet de olifant in de kamer (stervende vader), maar bood ik hen de mogelijkheid te praten over zaken die passen bij hun leeftijd, zoals bijbaantjes, voetbal en school.

De ruimte voor reflectie in de supervisie hielp mij ook flexibel om te gaan met de afspraken. In een reguliere psychotherapie wordt meestal uitgegaan van vaste afspraken bij de instelling. Door het grillige verloop van de ziekte van Mark verliep dat nu onregelmatig. Vanwege zijn slechte fysieke conditie spraken we in het begin van de behandeling een wekelijks huisbezoek af. Toen hij tegen de verwachtingen in na een operatie en chemokuur weer opknapte, kon hij naar de poli komen. Later verslechterde zijn toestand en ging ik weer op huisbezoek. Mark vond wekelijks huisbezoek echter te weinig en verzocht mij vaker af te spreken. In de eindfase dienden zich bij mij andere vragen aan: wat te doen bij een plotse achteruitgang? Ben ik alleen bereikbaar op mijn werkdagen en binnen de kantooruren of ook daarbuiten? Neem ik teveel afstand als reactie op het dwingende appel van Mark? Is het nog wel ethisch verantwoord als ik die grenzen oprek? Maak ik mezelf niet te belangrijk in dit proces, raak ik teveel betrokken en verlies ik mijn professionele houding? Of houd ik te krampachtig vast aan allerlei grenzen en regels? Bij al deze dilemma's bemerkte ik verwarring tussen het beroep dat Mark op me deed en dat wat ik leerde in opleidingen en wat de norm is in de ggz-cultuur. Daarin gelden concrete in tijd en plaats afgebakende behandelplannen en wordt uitgegaan van duidelijke grenzen in de behandelrelatie met een juiste balans tussen betrokkenheid en distantie. Als ik mijn handel-

wijze afzette tegen de normen binnen de (heersende) ggz-cultuur, dan begaf ik me nu in een grijs gebied.

In de supervisie beseftte ik hoezeer ik me bij Marks naderende dood gevangen voelde in tegenoverdachtsreacties ten aanzien van hem én de ggz. Deze gevangenschap of dubbele bezetting belemmerde mij te reflecteren en een weloverwogen besluit te nemen over de wijze waarop ik contact kon houden met Mark. In mijn tegenoverdracht ten aanzien van Mark en zijn gezin voelde ik verwarring en angst. Daarin leek ik mee te resoneren met de toenemende desintegratieangst van Mark. De ggz beleefde ik vanuit mijn tegenoverdracht als rigide en inperkend: alsof de ggz strenge, ethische normen hanteert over de mate waarin een behandelaar betrokken mag zijn en zich moet houden aan regels en grenzen. Deze tegenoverdracht werd gekleurd door mijn vorming in de ggz-cultuur. Daarin ligt de nadruk op de reductie van de DSM-symptomen en is er minder oog voor de diagnosegerelateerde context, voor existentiële problematiek en voor een werkwijze waarbij de therapeut op huisbezoek gaat als dat nodig is. In de supervisie kreeg ik zicht op het samenspel tussen Mark, de ggz en mijzelf en begreep ik hoe deze combinatie mijn tegenoverdrachtsreacties beïnvloedde.

Tijdens de supervisie kwam de vraag: wat voelt voor jou als passend? Deze vraag deed een beroep op wat vanuit mijn kennis en ervaring nodig was en hielp mij een eigen positie in te nemen en daarbij los te komen van wat hoort en wat anderen (mogelijk) vinden. Daarnaast appelleerde de supervisie vraag aan mijn professionele autonomie: binnen het kader van de wet, de beroepscode en de inhoudelijke richtlijnen had ik ruimte om autonome beslissingen te nemen (Lefterink, 2014). Ik beseftte dat ik meer flexibiliteit behoefde dan ik gewend was, zodat ik afhankelijk van wat zich aandienende telkens opnieuw kon onderzoeken en aanvoelen wat nodig was. Bovendien voelde ik me gesterkt om bepaalde grenzen los te laten en besloot ik wel mijn privételefoonnummer te geven voor het geval Mark plotseling achteruit zou gaan, en te bellen en langs te gaan op mijn vrije dag in aanloop naar het naderend afscheid. Vanuit mijn verantwoordelijkheid voor Mark en zijn gezin kon ik een keuze maken voor de vorm, de tijd en de plaats van mijn psychotherapeutische interventies.

Bijdrage psychotherapie

Hoe kon ik Mark en zijn gezin helpen bij de voorbereiding op de dood? Mijn interventies waren nu – in tegenstelling tot die in de eerste therapie – niet op de individuele traumaklachten en de persoonlijkheidsproblematiek van Mark gericht, maar vooral afgestemd op het hele gezin. Zo bood ik hen ondersteuning en begeleiding (*holding*), was ik stil volgend en luisterend aanwezig, gaf ik aandacht aan wat niet gezegd werd en zorgde ik ervoor dat zijn naderende dood bij elk van de gezinsleden onder de aandacht bleef. Op andere momenten paste ik directe interventies toe die gericht waren op de herbelevingen van Mark, op zijn desintegratieangst, op de fysieke en cognitieve gesteldheid van Anna en op de toekomstige zorg voor de kinderen. Met mijn interventies probeerde ik het gesprek op gang te brengen, zodat zij zich konden voorbereiden op de naderende dood. Een goede voorbereiding op de dood verhoogt de kans op positieve uitkomsten, zoals waardering en hoop, en

vermindert de kans op negatieve gevolgen, zoals angst en emotionele problemen (Nielsen e.a., 2016).

Deze voorbereiding omvat cognitieve, emotionele en gedragsmatige kenmerken en impliceert drie taken: weten wat er gaat gebeuren, herkennen en bespreken wat je voelt, en een passende wijze vinden om de situatie te hanteren (Verkaik e.a., 2016).

De eerste taak (weten wat er gaat gebeuren) werd verricht door met Mark het verloop van zijn ziekte en de gevolgen van de medische behandelingen te bespreken. Dankzij de toegenomen openheid werden Anna en de kinderen daar ook beter over geïnformeerd. De tweede taak (herkenning en bespreking van gevoelens) kwam geleidelijk tot stand. Doordat de dood aanvankelijk werd verzwegen, had ik de rol van de slechte boodschapper die de dood ter sprake bracht. Naarmate de realiteit onontkoombaar werd, toonde Mark zijn angst voor het sterven en deelden de gezinsleden hun angst en verdriet. Bij taak drie (een passende hantering) toonden de kinderen hun veerkracht door duidelijk te maken dat zij soms niet met hun zieke vader, maar met bij hun leeftijd passende zaken bezig wilden zijn. Daarnaast bespraken Mark en Anna hun wederzijdse verwachtingen en regelden zij de zorg voor de kinderen in de toekomst. Bovendien overlegden de gezinsleden, inclusief de oudste zoon, hoe zij afscheid konden nemen, de begrafenis wilden organiseren en welke rol ieder daarbij zou innemen.

Ik concludeer dat mijn psychotherapeutische interventies de openheid in het gezin stimuleerde. Door deze interventies onderkenden en uitten de gezinsleden hun gevoelens, deelden zij informatie en bereidden zij zich passend voor op de dood van Mark. Ook al worstelt het gezin nu nog met de gevolgen van Mark zijn pathologie, er is meer vertrouwen in de toekomst. Anna en de kinderen kunnen nu beter hun gevoelens verwoorden, problemen tijdig signaleren en hulp inschakelen.

In het begin van dit artikel karakteriseerde ik deze psychotherapeutische behandeling als niet-curatief. Het resultaat van de therapie toont dat dit genuanceerd kan worden: de psychotherapeutische interventies waren curatief, ook al was genezing voor Mark niet meer mogelijk.

Tot besluit

Ieder gezin wordt vroeg of laat geconfronteerd met de dood van een van de gezinsleden. De meeste gezinnen vangen dit vaak ingrijpende verlies op door daarover te praten, gevoelens te delen en een beroep te doen op de steun van familie en vrienden. Soms ontstaat er meer verbinding en komt het gezin er sterker uit (Rosen, 1998). Dat was in dit geval niet te verwachten, omdat deze openheid en weerbaarheid in het geïsoleerd levende gezin van Mark ontbraken. Het risico was groot dat de dreiging van de dood zou leiden tot desintegratie van het gezin en stilstand in de ontwikkeling van de kinderen.

Met deze casusbeschrijving tonen wij hoe een psychotherapeutische behandeling bij deze existentiële problematiek ondersteuning en veiligheid kan bieden bij de voorbereiding op de dood en van preventieve waarde kan zijn voor de achterblijvers. De psychotherapeut vervult in deze behandeling verschillende taken: hij bespreekt de naderende dood, heeft oog voor

de fysieke en psychische gesteldheid van de verschillende gezinsleden, voor de dynamiek binnen het gezin en voor het sociale netwerk. Daarnaast moedigt hij het onderlinge gesprek aan, bekrachtigt hij een gezonde coping en ondersteunt hij de veerkracht van de gezinsleden. Daarbij maakt de therapeut gebruik van een verscheidenheid aan interventies en hanteert hij de grenzen van de therapeutische relatie op een sensitieve, flexibele en heldere wijze (Kelly & Varghese, 2016).

Tijdens de behandeling durft de therapeut te beseffen dat zijn eigen gevoelens, doodsangsten en tegenoverdrachtsgevoelens, zoals gevoelens van onmacht en schuld, een rol spelen bij de behandeling (Van Dam, 2016).

De naderende dood brengt niet alleen bij onze patiënten, maar ook bij ons therapeuten intense en verwarrende gevoelens teweeg. Supervisie of intervisie is in een dergelijke situatie onmisbaar om de tegenoverdrachtsgevoelens te ontrafelen en te ontdekken wat de patiënt ons laat voelen, en hoe we daarvan therapeutisch gebruik kunnen maken. We realiseren ons dan meer op welke manier de dreiging van de dood onze patiënten en onszelf beroert en zijn beter in staat om emotioneel aanwezig te zijn en effectief hulp te bieden.

Naschrift: Anna (moeder) en de vier kinderen lezen in mijn aanwezigheid (FMA) dit artikel en gaven elk afzonderlijk toestemming voor publicatie.

LITERATUUR

- Arbore, P., Katz, R.S., & Johnson, T.A. (2016). Suffering and the caring professional. In: R.S. Katz, & T.A. Johnson, *When professionals weep. Emotional and countertransference responses in palliative and end-of-life care* (pp.11-23). New-York: Routledge.
- Dam, Q.D. van (2016). Psychotherapeuten en de dood. Pleidooi voor educatie. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 42, 3, 156-168.
- Kelly, B., & Varghese, F.T.N. (2016). The seduction of autonomy: countertransference and physician aid in dying. In: R.S. Katz, & T.A. Johnson, *When professionals weep. Emotional and countertransference responses in palliative and end-of-life care* (pp.137-151). New-York: Routledge.
- Leferink, N. (2014). *Professionele autonomie: noodzaak of alleen traditie? Een zorgethische reflectie op de professionele autonomie van medisch specialisten*. Masterthesis Zorgethiek en Beleid. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Nielsen, M.K., Neergaard, M.A., Jensen, A.B., Bro, F., & Guldin, M.B. (2016). Do we need to change our understanding of anticipatory grief in caregivers: A systematic review of caregiver studies during end-of-life caregiving and bereavement. *Clinical psychology review*, 44, 75-93.
- Rosen, E.J. (1998). *Families facing death: a guide for healthcare professionals and volunteers* (Rev. ed.). San Francisco: Jossey-Bas Publishers.
- Verkaik, D., Spuij, M., Mooren, T., Baar, A.L. van, Kappeyne van de Coppello, C., & Boelen, P.A. (2016). Aanpassing in het gezin als een ouder kanker heeft. Over intra- en interpersoonlijke processen en het belang van voorbereid zijn. *Kinder- & Jeugdpsychotherapie*, 43, 31-48.
- White, M. (2003) Narrative practice and community assignments. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 2, 17-56.

Abstract

Psychotherapy in a dying patient; dilemmas and opportunities in the terminal phase

Eight months after completing three years of psychotherapy, a severely traumatized patient re-admits himself because he is incurably ill. The described psychotherapeutic interventions, which aimed to prepare the patient and his family for his approaching death, encouraged the openness in the family. As a result, family members recognized and discussed their feelings, shared information about the disease process and found appropriate preparation for his death. We show how the boundaries of the therapeutic relationship were under pressure due to the high anxiety in the family and because the approaching death evoked confusing countertransference feelings in the therapist. In addition, we exhibit that the discussion of this in supervision (or peer consultation) is indispensable to unravel these countertransference feelings and to make therapeutic use of them. Finally, we provide an overview of the tasks the psychotherapist has to fulfill in the treatment of these existential problems.