

BAUKE KOEKKOEK

# Eindeloos helpen: erger dan de kwaal?

Langdurige begeleidingscontacten in de GGZ

**‘Begeleiding’ lijkt minder interessant dan ‘behandeling’. Er is ook veel minder onderzoek naar gedaan. Maar veel GGZ-cliënten ontvangen het, veel GGZ-hulpverleners bieden het, en het is niet zonder risico’s.**

In veel instellingen is het tarief voor een uur begeleiding slechts een fractie lager dan voor een uur psychotherapie (CTG, 2005). Terwijl de psychotherapie zucht onder strenge limitering, is daarvan bij begeleidingscontacten geen sprake. Op basis van praktijkervaringen besteed ik in dit artikel aandacht aan verschillende aspecten van langdurige begeleiding: de aard, de duur, de kansen en risico’s, de samenwerking met de cliënt en enige suggesties voor de uitvoering ervan. Ik sluit af met conclusies en aanbevelingen voor onderzoek naar de effectiviteit van langdurige begeleiding.

## Begeleiding, behandeling en zorg

De term begeleiding is weinig specifiek. Een kleine zoekactie in de Nederlandstalige literatuur levert een wijdverbreid en lukraak gebruik van de term op, maar nauwelijks een concrete beschrijving. Zoeken in de Engelstalige literatuur is lastig vanwege de slechte vertaalbaarheid van ‘begeleiding’. Termen als *supportive therapy* en *counseling* verwijzen naar andere vormen van hulpverlening. Daarom eerst een algemene plaatsbepaling: terwijl therapie zich duidelijk richt op verandering, en zorg op dat wat de cliënt niet meer

KOEKOEK

kan, hangt begeleiding er tussenin. Begeleiding houdt zich bezig met het leren omgaan met beperkingen en het benutten van mogelijkheden. In deze definitie is begeleiden dus 'leren omgaan met', wat impliceert dat begeleiding een eindpunt heeft.

In principe vormt een groot gedeelte van de chronische cliëntenpopulatie daarmee de doelgroep voor begeleiding. Er zijn maar weinig chronische cliënten die echt afhankelijk zijn van (klinische) zorg, terwijl veel langdurige (ambulante) begeleiding krijgen. Psychosociale begeleiding wordt in de GGZ door verschillende disciplines geboden, met name door (sociaal) psychiatrisch verpleegkundigen maar ook door maatschappelijk en agogisch werkenden. Veel van wat hierboven over begeleiding is gezegd, zou ook kunnen opgaan voor de rehabilitatiemethodiek. Deze heeft zich de laatste jaren steeds meer bewezen, vooral voor cliënten met een psychotische stoornis, maar is desondanks op veel plekken (nog) niet ingevoerd. Hoewel deze hulpvorm inhoudelijk zeer bruikbaar is, staat ze minder stil bij de aard van de werkrelatie. Juist bij cliënten met een chronische niet-psychotische stoornis, voor wie verandering vaak moeilijk is, is het belangrijk om dat wel uitgebreid te doen. Vooral over hen gaat dit artikel.

### Langdurige contacten

Begeleiding heeft in potentie uitsluitend voordelen: goed geschoolde professionals helpen psychiatrische cliënten die moeilijk zichzelf kunnen redden. Veel sociaal-psychiatrische begeleidingsgesprekken vinden eens per twee weken plaats, wat neerkomt op 20 à 25 gesprekken per jaar. Daar tegenwoordig al na 25 sessies wordt gesproken van langdurige psychotherapie lijkt dat, in combinatie met de periode van één jaar, een redelijke grens voor 'langdurig'.

Langdurige contacten dragen echter ook risico's in zich. Het grootste is dat vanzelfsprekendheid en gewoonte gaan overheersen. Onderstaand schema laat zien dat niet de langdurigheid op zichzelf problematisch is, maar de mate van (of het gebrek aan) regelmatige evaluatie van het mandaat (wat er eigenlijk mag veranderen) en de noodzakelijkheid (hoe nodig dat werkelijk is).

EINDELOOS HELPEN: ERGER DAN DE KWAAL?

	<b>Langdurige behandeling</b>	<b>Langdurige begeleiding</b>	<b>Langdurige zorg</b>
<b>Met helder mandaat of overeenkomst</b>	Verandering van denken, voelen of handelen met het oog op een vooraf bepaald doel	Leren omgaan met beperkingen, met aandacht voor evenwicht tussen autonomie en afhankelijkheid	Hulp ontvangen bij onmogelijkheden, aandacht voor evenwicht tussen autonomie en afhankelijkheid
<b>Zonder helder mandaat of overeenkomst</b>	Herhaalde verlenging van het contact op basis van steeds nieuwe wensen of doelstellingen	Contact voor onbepaalde tijd op basis van gewoonte en handicap-model	Overname van verantwoordelijkheden en taken op basis van gewoonte en handicap-model

605

Een tweede risico is dat langdurige begeleiding leidt tot een onevenwichtige verdeling van hulpverlening. In ons land is sprake van schaarste: de wachtlijsten voor de GGZ zijn lang. Om wachtenden een kans op behandeling of begeleiding te bieden is doorstromen noodzakelijk. Een grote solidariteit van hulpverleners met bestaande cliënten (door langdurig contact te houden) betekent automatisch minder betrokkenheid met wachtende cliënten. Ten derde kunnen het werkplezier en de scherpste van hulpverleners afnemen: routineuze contacten dragen nauwelijks bij aan arbeidsvreugde en -kwaliteit.

**Twee partijen**

Vanwege het specifieke karakter van begeleidingscontacten (Koekkoek, 2004) en de vaak lange duur ervan, is de werkrelatie tussen cliënt en hulpverlener erg belangrijk. Daarnaast spelen de diagnose van de cliënt en de werkwijze van de hulpverlener ook mee. Over de samenhang tussen diagnose en begeleidingsduur heb ik geen literatuur kunnen vinden. Het onderscheid tussen psychotische en niet-psychotische stoornissen is echter wel degelijk zinvol. Bij iemand met een geregeld terugkerende psychose is het tegen de regels van de kunst om een contact te beëindigen, wel kan de frequentie worden verlaagd. Niet-psychotische cliënten (vaak met een chronische stemmings- of persoonlijkheidsstoornis) die langdurig begeleid worden, hebben daarentegen veelal een constant klachtenniveau en een voortdurende behoefte aan begeleiding die niet of nauwelijks varieert over langere tijd.

Hulpverleners verschillen ook: met name onder sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen valt het verschil op tussen strak en los georganiseerde collega's. Deze 'protocollisten' en 'intuïtievelingen' kennen elk hun eigen

KOEKOEK

manieren om met langdurige contacten om te gaan: de protocollisten kiezen voor het behandelplan als leidraad, de intuïtievelingen volgen het verloop van de gesprekken. Beiden lopen het risico om in gewoontegedrag te vervallen: de protocollist werkt zijn plan af (zonder opmerkzaam te zijn in het hier en nu) en de intuïtieveling haakt ieder gesprek weer in op wat er dan leeft (zonder de rode draad vast te houden).

### Collusie

Los van bovengenoemde kenmerken van cliënt en hulpverlener, is de wijze waarop beiden gezamenlijk hun relatie definiëren van groot belang. Chronische problemen zijn moeilijk te verdragen, zowel voor degene die eraan lijdt, als voor degene die geacht wordt te helpen. Het gebrek aan substantiële vooruitgang kan frustrerend zijn en een sterke weerslag hebben op de werkrelatie. Samenwerking kan ook ontaarden in te veel saamhorigheid. Cliënt en hulpverlener kunnen het langdurige contact tot een exclusieve aangelegenheid maken: de cliënt is ervan overtuigd dat alleen deze hulpverlener kan helpen en de hulpverlener is ervan overtuigd dat alleen hij of zij deze cliënt kan bijstaan. Inmenging van systeemleden of collega's wordt moeilijker verdragen en soms zelf gesaboteerd. Gevreesd wordt vaak dat de bijzonderheid van de relatie geschaad zou worden door derden, wat onverdraaglijk voor het tweetal zou zijn. In dergelijke gevallen mogen we wel spreken van een collusie: een 'onbewuste samenzwering tussen partners' en 'een heimelijke verstandhouding [...] tussen twee of meer personen om het gedeelde eigenbelang te doen prevaleren boven al het andere' (Willi in Hanneman, 2005). Deze termen, deels ontleend aan het oorspronkelijke gebruik van het woord collusie in de ambtenarij en politiek, zijn iets te sterk voor de context van langdurige begeleidingscontacten. Ze geven echter wel de cruciale elementen ervan weer: deels heimelijk, deels onbewust en gericht op het gezamenlijke eigenbelang. In langdurige contacten lijkt dat gedeelde belang verschillende aspecten te omvatten: behoud van exclusiviteit van de relatie en behoud van het geloof in een wonderbaarlijke genezing, waarmee een al dan niet pijnlijk afscheid vermeden wordt. Dit afscheid zou de betrokkenen het gevoel kunnen geven gefaald te hebben, alleen verder te moeten en niet langer nauw verbonden te zijn met die bijzondere ander. In onderstaand schema worden enkele relatievormen beschreven met de bijbehorende elementen.

## EINDELOOS HELPEN: ERGER DAN DE KWAAL?

## Tabel typen relaties

	Typische problematiek	Noodzaak contact	Regie over contact	Moeite met contact	Rol van de cliënt	Rol van de hulpverlener
<b>Aangename collusie</b>	Angst of depressie (deels) in remissie	Laag	Beiden	Geen van beiden	Gezellige gespreks-partner	Vermijdende vriend(in)
<b>Angstige collusie</b>	Angst en afhankelijkheid	Laag (?)	Cliënt	Hulpverlener	Praatgrage piekeraar	Lijdzame luisteraar
<b>Samenwerking</b>	Chronisch probleem met periodes van acute nood	Wisselend	Wisselend	Geen van beiden	Zorgvuldige zorgvrager	Bewuste begeleider
<b>Antagonistische collusie</b>	Paranoïde	Hoog psychose	Hulpverlener	Cliënt	Zorgwekkende zorgmijder	Assertieve aanpakker
<b>Ambivalente collusie</b>	Ernstige borderline persoonlijkheidsstoornis	Hoog (?)	Geen van beiden	Beiden	Dramatische dwingeland	Dappere doorzetter

607

De eerste relatie, de aangename collusie, is een soort wederzijdse gijzeling met goedvinden van beide partijen. Het contact is leuk en gezellig, met de cliënt gaat het (meestal) goed en de hulpverlener is een vriendelijke metgezel. Doorgaans gaan dit soort gesprekken niet meer over psychiatrische problematiek, maar over dagelijkse dingen. Deze kunnen met enige fantasie nog wel worden gekoppeld aan psychische klachten (somberheid, gebrek aan zelfvertrouwen, moeite in de omgang met anderen), maar de ernst is er wel af. Beide partijen zijn hier zowel leidend als lijdend voorwerp omdat ze gezamenlijk 'kiezen' voor deze vorm.

De tweede relatie, de angstige collusie, stelt de cliënt meer in een leidende en de hulpverlener in een lijdende positie. De cliënt heeft een duidelijke behoefte aan de gesprekken, die voornamelijk gebruikt worden om te klagen en niet om iets te veranderen. De hulpverlener heeft het gevoel dat de gesprekken wel gestopt zouden kunnen worden, ware het niet dat de cliënt zich hiertegen waarschijnlijk fel zou verzetten en de zaken weleens faliekant mis zouden kunnen lopen. Deze confrontatie vermijdt hij, uit angst en ten koste van de nodige irritatie en tegenoverdracht.

In de derde relatie, die van samenwerking, is er sprake van een optimale situatie. Hoewel de begeleiding langdurig van aard kán zijn, is er

## KOEKKOEK

geen sprake van vanzelfsprekendheid en gewenning, maar staan beiden regelmatig stil bij de aard en inhoud van het begeleidingscontact.

In de vierde variant, de antagonistische collusie, heeft de hulpverlener de regie en lijdt de cliënt onder het enthousiasme van de hulpverlener. De cliënt wil geen hulp, maar uiteenlopende omstandigheden (teloorgang, visie op zorg/autonomie, maatschappelijke druk) maken dat de hulpverlener assertief in actie komt. Ondanks de grote noodzaak van psychiatrische bemoeienis is het in deze situatie belangrijk te blijven streven naar een meer afgewogen begeleidingscontact (zoals in voorgaande relatie) waarin beiden partijen niet als tegenstanders tegenover elkaar staan.

De laatste relatie, de ambivalente collusie, is er weer een die door beide partijen wordt geïnitieerd, ditmaal met een hoge urgentie. De cliënt doet soms een krachtig beroep op de hulpverlener, en blijft soms tijdenlang weg. De hulpverlener voelt zich verantwoordelijk en verplicht om in te grijpen. Ze houden elkaar gevangen: wanneer het de cliënt slecht gaat, moet de hulpverlener handelen; wanneer het de cliënt goed gaat (en die niets van zich laat horen) zal de hulpverlener zich afvragen wat er mis is en ook in actie komen. Beiden staan ambivalent tegenover de intensiteit van het contact, maar het blijkt moeilijk om die verminderen.

**Beëindigen van de relatie**

In de eerste werkrelatie, de aangename collusie, is het overduidelijk dat het goed gaat met de cliënt. Verdere uitgebreide psychiatrische hulp is niet op zijn plaats, gezien de schaarste. Maar de hulpverlener dient wel rekening te houden met enkele zaken. De eerste betreft het verlies van een ideale cliënt: voor de gezellige gesprekspartner komt misschien wel een zorgwekkende zorgmijder of dramatische dwingeland in de plaats. Ten tweede moet de hulpverlener zich bewust zijn van de opgebouwde band: het beëindigen van het contact zal haast voelen als het opzeggen van een vriendschap. Dit zal behoedzaam en met tact moeten gebeuren. Alertheid op een terugval is van groot belang: de cliënt wordt immers 'gestraft' voor het succes, het is mogelijk dat hij 'overschakelt' op een slechtere periode om het contact te behouden. De tweede werkrelatie (angstige collusie) lijkt enigszins op de eerste, al zal de hulpverlener in dit geval happiger zijn om de relatie te beëindigen. Dat zal echter niet makkelijk zijn: de cliënt heeft het gevoel het contact nodig (en er recht op) te hebben. Een duidelijk standpunt van de hulpverlener lijkt hier het meest aangewezen: de cliënt heeft langdurig hulp ontvangen die wel degelijk geholpen heeft, al voelt hij of zij het mogelijk niet zo. Er moet, ook via geleidelijke afbouw, gestopt worden. De hulpverlener kan de nodige boosheid

#### EINDELOOS HELPEN: ERGER DAN DE KWAAL?

verwachten omdat de cliënt het gevoel heeft met zijn of haar problemen weggestuurd te worden.

Zoals eerder gezegd is de derde relatie bij benadering optimaal. In dit klimaat moet het in goed overleg mogelijk zijn om de begeleiding af te sluiten of redelijke afspraken te maken over een laagfrequente voortzetting.

Bij de vierde en vijfde relatie is het verstandiger de relatie zo goed mogelijk te benutten, dan haar te beëindigen. Het gaat hier om cliënten met nog altijd erg actieve problematiek, al dan niet gevoeld door de cliënt zelf. Ongetwijfeld gaat het hier om 'moeilijke' cliënten die ofwel (paranoïde) psychotisch zijn, ofwel een ernstige persoonlijkheidsstoornis hebben. De eerste groep wil geen hulp maar krijgt die opgedrongen, de tweede groep claimt hulp en roept veel zorg(en) op. Bemoeizorg is er primair op gericht om een zorgmijder tot zorgvrager te maken, wat in principe een eindig en overzichtelijk traject is. Maar wanneer dit niet werkt, is langerdurende bemoeizorg geïndiceerd of soms een gedwongen behandeling of opname. De geëigende methodiek hiervoor hebben Lohuis e.a. (2002) al uitgebreid omschreven, en deze groep laat ik dan verder ook buiten beschouwing.

Het vijfde koppel, de dramatische dwingeland en de dappere doorzetter, laat zich maar moeilijk sturen. Beiden vinden de geboden zorg noodzakelijk en zetten zich tot het uiterste in, soms ten koste van hun eigen gezondheid. Ook hier is een duidelijk behandelcontract noodzakelijk en moeten afspraken worden nagekomen. Hulp van collega's lijkt hierbij onontbeerlijk, vanwege de grote krachten die er op de hulpverlener uitgeoefend worden. Deze ambivalente collusie kan makkelijk destructief worden voor beide partijen,.

609

#### De relatie centraal?

Er bestaat dus een groot risico dat in langdurige begeleidingscontacten de hulpverleningsrelatie belangrijker wordt dan de toestand, wensen en noden van de cliënt. Tegelijkertijd is dit een grote kans: de therapeutische relatie bepaalt immers een groot deel van de effectiviteit van hulpverlening (Lambert, 2004), vooral wanneer het contact (naast een relationele component) ook een inhoudelijke component heeft. Frank (1991) noemde dit een 'geloofwaardige rationale', die zowel de problemen verklaart als er een logische oplossing voor heeft. In alle bestaande therapeutische modellen is zo'n rationale te vinden, al is het maar in de meest basale vorm. Veelgebruikte rationales zijn bijvoorbeeld gedachtenschema's, onbewuste drijfveren en vroegere ervaringen.

Begeleidingscontacten ontbreekt het vaak aan een rationale, ze worden gestuurd door de 'hier-en-nu situatie'. Gaat het goed met de cliënt dan is dat

## KOEKKOEK

mooi, gaat het niet goed dan wordt er ingegaan op het probleem van dat moment. Door enerzijds het gebrek aan een duidelijke rode draad en anderzijds door het type cliënt dat voor begeleiding in aanmerking komt (meestal iemand bij wie psychotherapie niet kansrijk wordt geacht), lukt het vaak niet om meer structureel te werk te gaan. Dientengevolge zit er vaak weinig inhoudelijke lijn in begeleidingsgesprekken en kan de werkrelatie steeds centraler komen te staan. Bij het ontbreken van een duidelijke koers, zowel wat betreft de inhoud van de hulpverlening als de duur en intensiteit ervan, ligt gewoontegedrag op de loer. Zowel bij cliënt als hulpverlener kan het idee ontstaan dat het contact ongelimiteerd is: overal kan over gesproken worden, op elke manier en op elk moment. Ook kunnen beiden gaan geloven dat het contact niet meer beëindigd of afgebouwd zal worden: er kunnen zich immers iedere keer weer mogelijke nieuwe thema's voordoen die van belang lijken om te bespreken. Om enigszins het hoofd te bieden aan dergelijke ontwikkelingen, geef ik in de volgende paragraaf enige tips.

### Tips

Een *overeenkomst* is de belangrijkste basis voor een (begeleidings)contact: daarin kan worden vastgelegd wat de problemen, doelstellingen en te gebruiken methodes zijn. Ook als geen verandering wordt nagestreefd, zijn doelen belangrijk: het 'voorkomen van heropname gedurende een jaar' mag dan een laag doel lijken, in een langdurig begeleidingscontact kan het wel degelijk heel belangrijk zijn. Los van de exacte inhoud dienen doelen om duidelijk voor ogen te blijven houden waarom het contact plaatsvindt. Zonder omschreven doel is een hulpverleningscontact in feite een leeg begrip: waarom hulp bieden als niet duidelijk is waarvoor of waarmee?

Vervolgens is het wijs om afspraken te maken over de *duur en frequentie* van het contact. Zonder zulke afspraken zijn de doelen vrijblijvend en weet de cliënt niet hoe lang en hoe vaak hij of zij op hulp mag rekenen. De duur kan worden afgesproken in een aantal afspraken of in tijd. Minstens zo belangrijk zijn afspraken over de frequentie van de contacten: een hoge frequentie suggereert grote problemen of grote mogelijkheden. De impliciete boodschap van de hulpverlener aan de cliënt bij een hoge frequentie is: ik wil je vaak spreken want het gaat heel slecht met je, of ik wil je in korte tijd vaak zien want we gaan hard aan de slag om dingen te veranderen. Beide boodschappen passen niet goed bij een langdurig begeleidingscontact, tenzij er een crisis is. Uit deze impliciete boodschappen kan de cliënt opmaken dat er meer gesprekken komen wanneer de hulpverlener de indruk heeft dat het slecht gaat, of kansen op grote verbeteringen ziet. Belangrijk aandachtspunt is hier

## EINDELOOS HELPEN: ERGER DAN DE KWAAL?

ook de (tijdelijke) verhoging van de frequentie als de cliënt daarom vraagt omdat het slecht gaat. Hierin worden beide vorige aspecten gecombineerd: frequentieverhoging leert de cliënt dat hij of zij het niet alleen kan; dat er meer gesprekken komen als hij zegt dat het slecht gaat, en dat gesprekken met de hulpverlener er blijkbaar voor kunnen zorgen dat het beter zal gaan.

Een volgend belangrijk punt is de mate van *beschikbaarheid* van de hulpverlener. De mobiel bereikbare hulpverlener die altijd altijd opneemt en altijd tijd heeft, wekt de indruk alles op te kunnen lossen. De niet of nauwelijks bereikbare hulpverlener daarentegen lijkt ongeïnteresseerd, bureaucratisch en onmachtig. Het werkbare alternatief zal ergens in het midden liggen, afhankelijk van cliënt, de hulpverlener en de situatie. In het kader van doelen en autonomie lijkt het in ieder geval verstandig om met de cliënt af te spreken in welke gevallen hij of zij kan bellen. Dit moet dan werkelijk betrekking hebben op de kern van de begeleidingsovereenkomst en niet op kleine dingen die ook met anderen gedeeld kunnen worden.

*Afstand en nabijheid* is een belangrijk en lastig punt in langdurige contacten. Een toename van nabijheid, bijvoorbeeld in de vorm van persoonlijke onthullingen, is haast logisch en onontkoombaar. De kwaliteit van het contact kan hiermee zelfs gediend zijn, het kan soepeler worden. Tegelijk ligt een gebrek aan professionele afstand distantie op de loer: met verhalen over zijn of haar eigen leven kan de hulpverlener de indruk versterken een 'maatje' te zijn. Ook kan het moeilijker worden om op andere momenten pijnlijke dingen te zeggen. Het risico van te veel afstand is een gebrek aan werkelijk contact over wat er speelt bij een cliënt, het risico van te veel nabijheid is een te weinig professioneel-activerende houding van de hulpverlener.

Hoe moeilijk soms ook, het is prettig om er *derden* bij te *betrekken*. Het gaat dan niet per se om intensieve systemische interventies maar om het verbreden van de horizon van de cliënt. Veel langdurige cliënten hebben een beperkt sociaal netwerk, of ervaren hun netwerk als zodanig. Daardoor kan het voor de hulpverlener lijken alsof hij of zij de enige steunfiguur is voor de cliënt. Deze gedachte is niet zo vreemd, want sommige cliënten (vaak niet de makkelijkste) blijven maanden weg zodra ze een partner hebben. Wanneer die relatie over is, halen ze de relatie met de hulpverlener weer aan. Om niet in de rol van pseudo-partner terecht te komen, is het een goed idee om andere betrokkenen uit te nodigen. De cliënt wil dit niet altijd, dus als de hulpverlener het wel noodzakelijk vindt, is enige directiviteit onvermijdelijk. Vaak blijkt zo iemand de cliënt goed te kennen en is de sociale steun groter dan aanvankelijk leek.

Een andere manier om de eigen horizon te verbreden, is het *inschakelen van collega's*. Het langdurige contact dreigt vaak een exclusieve aangelegenheid

## KOEKKOEK

van cliënt en hulpverlener te worden en daarmee een zware last voor de laatste. Het is vaak niet mogelijk noch wenselijk om collega's fysiek te betrekken in de begeleiding, maar als mentale steun zijn ze zeer waardevol. Intervisie en supervisie maken lastige kwesties en negatieve gevoelens van de hulpverlener bespreekbaar, en hij of zij kan feedback krijgen. Hetzelfde geldt voor de multidisciplinaire teambespreking waarin het gevoel van verantwoordelijkheid gedeeld kan worden met anderen. Een aardige systemische aanpak is ook het doorgeven van de (afwijkende) mening van teamleden aan de cliënt. Waar het voor de hulpverlener soms erg lastig is een bepaalde rol te veranderen, kan hij of zij door middel van de 'mening van het team' toch een ander geluid laten horen in de gesprekken.

Het *beëindigen van een contact* is vaak lastig. Meer dan eens besluit de cliënt zelf niet meer te komen, om zo een afscheid te vermijden. Niet iedere hulpverlener zoekt dan weer actief contact om écht af te sluiten. Anderzijds kan het erg moeilijk zijn om de cliënt in te lichten over het naderende einde van de begeleiding. Het lijkt vooral belangrijk om de tijd te nemen voor de afronding. Het terugbrengen van het contact naar een lage frequentie (bijvoorbeeld drie gesprekken in een half jaar) geeft cliënt en hulpverlener de tijd om te wennen aan de situatie na het stoppen. Stoppen is ook niet bij iedere cliënt haalbaar of wenselijk: sommigen kunnen door een gesprek eens in de zoveel maanden prima op de been blijven, terwijl dat zonder niet lukt. Ook hierover kunnen vaak goede afspraken gemaakt worden. Creatieve oplossingen die de autonomie van de cliënt vergroten, zijn bijvoorbeeld 'lotgenotencontact' in een groep met één hulpverlener, een 'strippenkaart' voor gesprekken (aan een maximum gebonden), of een 'virtuele hulpverlener' door middel van een dagboek.

Als laatste een suggestie die misschien wel de belangrijkste is: *het gebruik van metacommunicatie*. De hulpverlener moet zich te allen tijde vrij blijven voelen om de aard van het contact te bespreken. Niet alle cliënten kunnen daar tegen en vaak levert het spanning op. Toch is het doorgaans de enige manier om de vanzelfsprekendheid van het langdurige contact ter discussie te stellen. Ook al verandert er niet veel, door het contact als zodanig te kunnen en mogen bespreken, toetst zowel cliënt als hulpverlener de bestaande relatie aan de realiteit. Evaluatiemomenten, zoals opgenomen in het begeleidingsplan, zijn hiervoor uitermate geschikt, maar er zijn ook andere mogelijkheden. De hulpverlener die zichzelf niet het recht toekent om de werkrelatie te bespreken, zit waarschijnlijk gevangen in een gewoonte-contact waarin verandering taboe is. Om beide betrokkenen verder te helpen, moet dit worden doorbroken.



## EINDELOOS HELPEN: ERGER DAN DE KWAAL?

**Noot**

Met dank aan Ad Kaasenbrood voor feedback op een eerdere versie van dit artikel en aan Willem Barents voor de eindeloze discussies over dit thema.

**Literatuur**

Frank, J.D., & J.B. Frank (1991). *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Maryland: Johns Hopkins University Press.

Hanneman, P. (2005). Herontdekt: een spiegel voor de relatietherapie. *Psychopraxis*, 7, 185-188.

Koekkoek, B. (2004). Steun vanaf een wankel basis: over het werk van social-psychiatrisch verpleegkundigen op een ambulante behandelafdeling. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 59, 214-226.

Lambert, M.J. (red.) (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.). New York: Wiley.

Lohuis, G., R. Schilperoort & G. Schout (2002). *Van bemoei- naar groeizorg: methodieken in de OGGZ*. Groningen: Wolters Noordhoff.

College Tarieven Gezondheidszorg (2005). *Tarieflijst AWBZ-instellingen 2005*. [http://www.ggzbeleid.nl/pdfctg/tarieven\\_awbz\\_2005.pdf](http://www.ggzbeleid.nl/pdfctg/tarieven_awbz_2005.pdf).

**Summary**

Koekkoek, B.

'Helping endlessly: is the cure worse than the disease? Long-term client supervision in mental health care'

► This theoretical essay on long-term psychosocial supervision focuses primarily on the nature of the working relationship between a client and a mental health professional. The author first discusses the distinction between treatment, care and the Dutch practice of

client supervision or guidance (begeleiding) and then weighs the pros and cons of long-term supervision. Force of habit and routine are lurking dangers in such relationships, which can easily degenerate into collusion. Several instances of collusion are described, and tips are given on how to overcome or avoid them. Recommendations are made for outcome research on long-term client supervision.

613

**Personalia**

B. Koekkoek (1973) is GGZ-verpleegkundig specialist en junior-onderzoeker bij Altrecht en De Gelderse Roos. Adres: Oude Arnhemseweg 260, 3705 BK Zeist. [b.koekkoek@altrecht.nl](mailto:b.koekkoek@altrecht.nl)