


Waarom psychotherapie je soms miserabel achterlaat





Net zoals medische behandelingen niet altijd helpen, werkt psychotherapie niet voor iedereen. Sommige mensen voelen zich nadien zelfs een stuk slechter dan voorheen. Therapeuten pakken het soms verkeerd aan of gaan ronduit in de fout.

Karst Tjoelker **Illustraties** Lien Geeroms

Het Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid kwam in april met de opmerkelijke conclusie dat er jaarlijks ruim vierduizend overlijdens in de Belgische ziekenhuizen vermeden zouden kunnen worden. Het blijkt daarbij nogal uit te maken in welk ziekenhuis je ligt. In de slechtst presterende ziekenhuizen ligt de sterfkans aanzienlijk hoger dan in beter presterende. Ook in Nederland gaat het vaker mis dan je zou hopen: drie op de duizend sterfgevallen in Nederlandse ziekenhuizen zijn het gevolg van een medische misser, berekende het Nivel in 2015. Het is al langer bekend: alles wat mis kan gaan in een ziekenhuis, gaat wel eens mis, van een verkeerde diagnose tot het cliché van het verkeerde been dat geamputeerd is. Medici maken fouten. De patiënt is dan tragisch genoeg niet beter af door een behandeling, maar slechter.

Op de vraag of zoiets ook kan gebeuren bij psychotherapie, hoeft hoogleraar Elisa van Ee niet lang na te denken. Dat kan zeker, stelt ze. Bij een traumabehandeling bijvoorbeeld. Zelfs als er niks mankeert aan de diagnose en de juiste behandeling wordt ingezet, die ook nog eens goed wordt uitgevoerd. “Naar schatting vier à vijf procent van de cliënten ziet zijn klachten toenemen”, aldus Van Ee. “Hoe dat komt, weten we niet goed. We zien bij een grote groep dat traumabehandeling

werkt, bij een kleine groep dat het niet werkt, en bij een nog kleinere groep dat de klachten dus erger worden.”

Van Ee is bijzonder hoogleraar Psychotraumatologie in Ontwikkelingsperspectief aan de Radboud Universiteit in Nijmegen, en hoofdopleider Psychotherapie aan de Stichting Psychologische Vervolgopleidingen Nijmegen. Ze is daarnaast klinisch psycholoog, systeemtherapeut en wetenschappelijk hoofd van het Topklinisch Psychotraumacentrum Zuid-Nederland. “Er kunnen drie dingen misgaan in therapie”, vertelt ze. “Therapeuten doen iets onethisch: ze misbruiken hun machtspositie, bijvoorbeeld, of gaan seksueel over de schreef. Soms voert een therapeut een traumabehandeling verkeerd uit, of past hij of zij de verkeerde behandeling toe. En tot slot kan een behandelaar de juiste behandeling inzetten, maar worden mensen er toch slechter van.”

Te vroeg gestopt

Over seksueel grensoverschrijdend gedrag van therapeuten later meer. Hoe vaak het gebeurt dat een therapeut een behandeling verkeerd uitvoert, is niet bekend, vertelt Van Ee. “Daar is helaas niet veel onderzoek naar gedaan. Wat ik zelf zie in het psychotraumacentrum, waar we zeer specialistische zorg aanbieden, is dat mensen bij ons komen die al een eerdere behandeling hebben gehad,

maar nog niet helemaal hersteld zijn of juist nog ergere klachten hebben. Dan zien we toch geregeld dat mensen geen goede behandeling of een verkeerde behandeling hebben gehad, waardoor de klachten ernstiger zijn geworden.”

Maar wat is dan geen goede behandeling? Dat kan veel te maken hebben met het moment waarop een behandeling wordt stopgezet, legt Van Ee uit. “Bij tweederde van de mensen nemen de klachten tijdens de behandeling toe. Dat komt dus heel vaak voor, en daar hoef je je geen zorgen over te maken. Je haalt als het ware een wond open en die ga je schoonmaken. Dat doet zeer en het levert klachten op. Meestal trekt dat gewoon weer weg. Maar mensen schrikken daarvan, of therapeuten schrikken, en dan denken ze dat ze moeten stoppen. Dat is eigenlijk vermijding. Als je dan stopt, zit je op een hoog klachtenniveau, zonder dat dat tot rust is gebracht. Dan is de cliënt dus slechter geworden van de behandeling doordat die niet lang genoeg is uitgevoerd, en dus niet goed uitgevoerd.”

Daarnaast is het van belang dat de spanning die een traumabehandeling oproept, binnen de grenzen blijft van wat iemand aankan. “Bij een goed uitgevoerde traumabehandeling kijk de behandelaar goed naar het zogenaamde *window of tolerance* – grenzen waar de spanning binnen moet blijven. In een traumabehandeling wil je veel spanning oproepen, maar niet té veel, want dan kan een cliënt bijvoorbeeld gaan dissociëren. In dat geval raakt hij buiten zichzelf en heeft hij niet het gevoel dat het contact met z'n emoties nog intact is. Dat is niet wat je wil. Dan stopt het leren en word je er als cliënt ook zeker niet beter van.”

Suggestie of verloren herinnering?

Het kan ook nog op andere manieren misgaan. Een therapeut kan dingen suggereren of op zo'n manier een vraag stellen dat cliënten gaan geloven dat ze bepaalde dingen hebben meegemaakt die nooit gebeurd zijn. Ook dan is een cliënt niet per se beter af dan vóór een behandeling, hoe goed de intenties van de therapeut ook mogen zijn.

Ineke Wessel is universitair hoofddocent aan de Rijksuniversiteit Groningen en heeft zich jarenlang verdiept in geheugenprocessen. Ze promoveerde op de rol van aandachtvernaauwing bij emotioneel geheugen, en publiceerde daarna een aantal artikelen over het geheugen in relatie tot trauma. Over ‘verdrongen herinneringen’ – al decennialang een omstreden onderwerp – is ze kritisch.

“De meesten vatten verdrongen herinneringen op als trauma's die vergeten zijn”, aldus Wessel. “Daar wordt vaak een bepaald mechanisme bij verondersteld, verdringing, zoals Freud dat ooit bedoelde. Daarbij onderdruk je herinneringen in die mate dat ze niet op te roepen zijn, maar tegelijkertijd zouden die herinneringen gedrag en symptomen veroorzaken. Er zijn echter geen aanwijzingen dat het geheugen zo werkt. Je kunt best een trauma vergeten, maar daar zijn dan andere verklaringen voor”, aldus Wessel.

Ze vertelt dat er vroeger soms werd aangenomen dat een trauma meer verdrongen raakt als het je op heel jonge leeftijd overkomt. Maar, zegt Wessel: “Het geheugen moet zich ontwikkelen. We weten nu dat de hersenen van een kind nog niet helemaal voltooid zijn. Gemiddeld dateren onze eerste herinneringen van ons tweede of derde levensjaar, wat betekent dat herinneringen vóór je tweede erg zeldzaam zijn. Er zijn bijvoorbeeld gevallen van kinderlijk trauma bekend waarbij vast stond dat iemand iets had meegemaakt, zonder dat er sprake was van een persoonlijke herinnering. Die persoon was daar gewoon te jong voor. Dat is natuurlijk iets anders dan verdringing.”

Wessel vervolgt: “Daarnaast kan er interferentie van verschillende gebeurtenissen plaatsvinden. Dan haal je dingen door elkaar. Dat kan gebeuren als iets traumatisch heel vaak voorkomt, bijvoorbeeld seksueel misbruik in het gezin.”

Wessel stelt daarom dat vergeten iets menselijks is, en dat er inderdaad redenen kunnen zijn voor vervaging of verbuiging van herinneringen. Maar, stelt ze: “Er zijn geen aanwijzingen dat een traumatisch



Een op de twintig cliënten ziet zijn klachten toenemen

geheugen onderhevig is aan andere wetten dan een normaal geheugen.”

Memory wars

Het lastige is: hoe weet je nu zeker dat verdrongen herinneringen niet bestaan? “Dat weet je nooit zeker”, lacht Wessel. “En daarom blijft het een debat. Je kunt ook niet bewijzen dat kabouterjes niet bestaan. Er kan er nog altijd een onder een steen zitten. Maar aan de andere kant: je kunt ook niet goed bewijzen dat verdrongen herinneringen wél bestaan. Je moet eigenlijk kijken naar alle andere verklaringen voor herinneringen die niet op te roepen zijn, en of je die kunt verwerpen. Als dat niet lukt, dán zou er misschien een aanwijzing voor kunnen zijn. Een verdringingstheorie zou, in het algemeen, heel toetsbare voorspellingen moeten opleveren. Dat doet ze niet, en dat is vervelend.”

Geloven dat verdrongen herinneringen wél bestaan, kan grote consequenties hebben. Het vormt een risico als je een therapeut hebt die hierin meegaat. “Als je aanneemt dat je klachten worden veroorzaakt door een trauma dat je je niet herinnert, ga je daarnaar zoeken. Als je het plausibel acht dat iets traumatisch gebeurd is, dan zul je dat ook steeds meer gaan aannemen. Ook als je

dingen gaat visualiseren, kun je die uiteindelijk gaan verwarren met een herinnering. Als je daar vervolgens actie aan koppelt – je verbreekt het contact met je ouders, bijvoorbeeld, of je doet aangifte bij de politie – dan heeft dat veel gevolgen.”

Wessel vertelt over een rechtszaak die in de jaren 1980 plaatsvond in Amerika, waarbij een vrouw haar vader beschuldigde van moord op basis van een hervonden herinnering tijdens haar therapie. Mede als gevolg daarvan braken de *memory wars* uit. Wetenschappers, klinici, rechtsgeleerden en geheugenpsychologen gingen met elkaar in de clinch. “Dat ging best hard”, herinnert Wessel zich. “Uiteindelijk zijn beide partijen elkaar wel wat tegemoetgekomen.”

Er is tot slot een verschil tussen verdringen en vermijden, en die zijn in deze discussie vaak met elkaar verward. “Een herinnering is fluïde en vervormbaar. Hoe vaker je een herinnering ophaalt, hoe groter de kans is dat ze zal veranderen”, stelt Wessel.

Seksueel grensoverschrijdend gedrag

En er is dus nóg een manier waarop een cliënt beschadigd kan raken door therapie – een manier die helaas nog geregeld voorkomt. De

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in Nederland meldde vorig jaar dat ze wekelijks meldingen ontvangt over seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen de geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg. Het aantal meldingen steeg de drie jaren daarvoor met ongeveer twintig procent.

Lara Vessenti en Johan Bilsen, beiden verbonden aan de Vrije Universiteit Brussel, becijferden in een artikel in het *Tijdschrift voor Klinische Psychologie* in 2022 dat 0,4 procent van de door hun ondervraagde psychologen erkent dat ze een seksuele relatie hebben, of hebben gehad, met een cliënt. Dat is een op de tweehonderdvijftig. Over de gehele loopbaan erkent drie procent van de Vlaamse therapeuten dat ze ooit seksueel verkeer hebben gehad binnen een zorgrelatie. Het werkelijke percentage ligt waarschijnlijk hoger, omdat er in dit onderzoek sprake was van zelfrapportage.

De Nederlandse Ingrid Candel is psycholoog en ervaringsdeskundige – zij knoopte ooit een relatie aan met een cliënt. Nu geeft ze al enkele jaren workshops en lezingen over dit onderwerp, om seksueel grensoverschrijdend gedrag in de zorg te voorkomen. Ook schreef ze het boek *#tot hier en niet verder*, waarin

IN HET KORT

Sommige mensen zijn niet beter, maar slechter af na psychotherapie. Dat kan komen doordat de therapie verkeerd is uitgevoerd.

Soms creëren therapeuten door suggestie zogenaamde verdrongen herinneringen, terwijl die hoogstwaarschijnlijk niet bestaan.

Seksueel grensoverschrijdend gedrag van therapeuten komt nog altijd voor. Vaak schatten therapeuten de kans dat ze hiertoe in staat zijn, te laag in.



“Na seksueel grensoverschrijdend gedrag verliezen cliënten het vertrouwen in de zorg”

ze vertelt over professionals die de grens van seksueel verkeer met een cliënt zijn overstoken en hoe dat te voorkomen is.

Als ze bij een lezing of workshop aan haar toehoorders vraagt wie zichzelf in staat acht om op deze manier over de schreef te gaan, dan steekt vaak niemand zijn hand op, vertelt Candel. Ze heeft zelf onderzoek gedaan binnen een groep zorgmedewerkers, en ook daaruit bleek dat vrijwel niemand zichzelf in staat acht om een seksuele of liederrelatie aan te knopen met een cliënt.

“Als je professionals vraagt in hoeverre andere zorgverleners daartoe in staat zouden zijn, dan schatten ze die kans hoger in”, aldus Candel. “Als het gaat om de directe collega’s, dan ligt dat percentage iets minder hoog, maar nog steeds hoger dan bij zichzelf.”

Dat is precies de reden waarom ze bij zorginstellingen langsgaat, vertelt ze. “Ik hoop ruimte te creëren voor het idee dat ze zelf óók, in potentie, tijdens een specifiek moment in hun leven en met een specifieke cliënt, over de grens kunnen gaan. Dat ze dat voor mogelijk houden. Er schuilt een gevaar in als je dat niet voor mogelijk houdt. Dan verdiep je je niet in waar je op moet letten. Als de toehoorders het aan het einde van de lezing voor mogelijk houden dat het henzelf kan overkomen, dan is dat winst.”

Waar ligt de grens?

Het is een complex probleem, vertelt Candel. Seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen zorgrelaties gebeurt vaak in het geheim, en het is lastig te onderzoeken.

“Zorgverleners weten allemaal dat het niet mag, maar daar houdt het vaak ook mee op. Ze weten bijvoorbeeld niet wat een afkoelingsperiode betekent. Zo zijn er ook zorgverleners die denken dat ze *safe* zitten als ze pas na de behandeling een relatie starten met de cliënt. Maar dat is dus niet zo. De afkoelingsperiode moet lang genoeg zijn om de afhankelijkheid te doorbreken, zodat cliënt en zorgverlener los van elkaar en onafhankelijk kunnen bepalen of en hoe ze samen verder willen. Bij een lange, intensieve behandeling zou die periode vanzelfsprekend langer moeten zijn dan bij een korte. Dat moet je weten om te voorkomen dat je de mist ingaat.”



Gevraagd naar een ‘harde grens’ als het gaat om het contact met een cliënt, is Candel helder. Die staat duidelijk vermeld in de beroepscode. Het lastige is echter dat er een grijs gebied is vóór die harde grens. Flirterig gedrag, bijvoorbeeld, is niet verboden. “Maar het is wel goed dat zorgverleners doorhebben van zichzelf waarom ze doen wat ze doen. Flirterig gedrag beantwoorden met een glimlach kan een opmaat zijn, als je niet doorhebt waarom je het doet. We spreken bij seksueel

grensoverschrijdend gedrag vaak over een glijdende schaal. Niet alle gedrag hoeft een probleem te zijn, maar dat kan het wel worden. Cognitieve dissonantie speelt ook vaak een rol – het goedpraten van jezelf. Denken dat jij een uitzondering bent, en dat het bij jou wél goed kan gaan.”

Candel vindt het belangrijk om op te merken dat er verschillende soorten plegers zijn als het gaat om seksueel grensoverschrijdend gedrag in de zorg. “Je kunt niet alle zorgverleners over één kam scheren. Sommige zorgverleners hebben zelf psychische problemen, waardoor ze zich vergrijpen aan cliënten. Dat zijn de mensen waarover je vaak leest in de krant. Dat type pleger komt echter niet veel voor.”

“Ik heb samen met een student 164 uitspraken van de tuchtrechter onderzocht, om te kijken of er een onderscheid was tussen veelplegers en mensen die dit voor de eerste keer doen. We zagen dat er in 19 procent van de gevallen sprake was van herhaling – dat er al eerder sprake was van een klacht of een tuchtzaak – of dat er door meerdere cliënten een klacht was ingediend. En in 81 procent van de zaken was er sprake van *first offenders*: mensen die dus nog niet eerder over de schreef waren gegaan – of toch niet voor zover we weten.”

Wat het verhaal ook is bij een seksueel contact of een liefdesrelatie tussen zorgverlener en cliënt: die laatste is vaak de dupe. “Ze verliezen het vertrouwen in de zorg. Ze durven het niet meer aan om met hun hele hebben en houden naar een zorgverlener toe te gaan, en gaan dus zorg mijden. Terwijl ze die net extra nodig hebben omdat er schade is veroorzaakt door de vorige zorgverlener.” ■

DE AUTEUR

Karst Tjoelker is psycholoog en freelance journalist.

MEER OVER DIT ONDERWERP

Romantiek en seksualiteit in (psycho)therapeutische relaties. Lara Vesentini en Johan Bilsen in *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 2022.

The Return of the Repressed. The persistent and problematic claims of long-forgotten trauma. Henri Otgaar e.a. in *Perspectives on Psychological Science*, 2019.