

Familie- en paartherapie bij ouderen: over leefbaarheid, rolomkering en finishing well

L. VAN ASSCHE, L. VAN DE VEN, P. ROBER, P. PERSOONS, M. VANDENBULCKE

- ACHTERGROND** Het aantal ouderen blijft wereldwijd stijgen en verschillende onderzoekers hebben het belang van hechte relaties op latere leeftijd beschreven. Daarom is het verrassend dat weinig nieuwe publicaties verschijnen over familie therapie bij ouderen.
- DOEL** Aandachtspunten formuleren voor de psychotherapie met families in latere levensfasen en suggesties doen voor verder onderzoek.
- METHODE** Samenvatten van de bestaande literatuur en belangrijke thema's in het werk met ouderen, geïllustreerd en aangevuld met de eigen klinische ervaring.
- RESULTATEN** Meer dan bij (jong)volwassenen wordt gewerkt aan vergroten van leefbaarheid in een langer bestaande relatie. De verschuiving van rollen door veranderingen eigen aan de levensfase en toenemende afhankelijkheid vormen een tweede belangrijke punt, en ten slotte in het reine komen met de uitgebreide relationele geschiedenis en (ervaren) onrecht.
- CONCLUSIE** In de psychotherapie met ouderen dient men blijvende capaciteiten tot reflectie en verandering, en tegelijkertijd beperkingen zoals toenemende afhankelijkheid en kwetsuren in het verleden, te integreren in het therapeutisch proces. Het stijgend aantal ouderen maakt bovendien empirisch onderzoek naar systemische psychotherapie op latere leeftijd noodzakelijk.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)9, 656-663

TREFWOORDEN latere leeftijd, familie, paar, systemische psychotherapie



ARTIKEL



Vier ernstig kijkende mannen in maatpak, met een leeftijd van 48 tot 61 jaar, zitten in de wachtruimte. Naast hen een oudere vrouw, patiënt A, rustig glimlachend. Zij is de moeder, zo blijkt, van deze vier zonen met elk een gezin. Wat brengt hen hier samen? Sinds enkele maanden is er een bezorgdheid over moeder. De zonen merken vergeetachtigheid. Patiënte komt nog weinig buiten, ze lijkt van niets meer te genieten sinds het overlijden van haar man anderhalf jaar geleden. Ze heeft hulp nodig bij de organisatie van het huishouden. Patiënte ontkent dat er een probleem is. Hierin vindt zij steun bij de oudste zoon. De anderen willen dat moeder nu eindelijk inziet dat ze geholpen moet worden.

Een ouder paar, patiënt B en C, meldt zich aan voor therapie na doorverwijzing door de huisarts. Patiënt B, een leraar, is met pensioen gegaan na een residentiële behandeling voor een depressie. Het paar heeft twee kinderen en vier kleinkinderen. Enkel mevrouw heeft nog contact met de kleinkinderen.

Niet zelden wordt een hulpverlener geconfronteerd met families of paren zoals we in het voorgaande beschreven. Deze aanmeldingen zullen bovendien frequenter voorkomen. Meer mensen bereiken immers de leeftijd van 65 jaar, met binnen deze groep een toename van hoogbejaarden (Yorgason e.a. 2009).

Het is daarom verwonderlijk dat het aantal publicaties over familier therapie bij ouderen sinds 1976 niet duidelijk toeneemt (Van Amburge e.a. 1996; Flori 1989; Lambert-Shute & Fruhauf 2011). Onderzoekers veronderstellen dat dit verband houdt met een beperkt aantal ouderen in vergelijking met volwassenen dat psychotherapeutische hulp zoekt, en met een gebrek aan vertrouwen van de hulpverlener in de therapeutische mogelijkheden van ouderen (Bonnewyn & Broekaert 2008; Ivey e.a. 2000). Daarnaast rapporteert men onwetendheid van cliënten en hulpverleners over familier therapie (Gilleard e.a. 1992), waarbij vragen bestaan over de effectiviteit en inhoud ervan. Ondanks een schijnbare stilstand suggereert een recent overzichtsartikel wel dat de inhoud van de therapieën veranderde, waarbij de nadruk meer kwam te liggen op bezorgdheden eigen aan de latere leeftijd (Lambert-Shute & Fruhauf 2011). De belangrijkste thema's die aan bod komen, zijn gezondheidsgerelateerde problemen (Curtis & Dixon 2005), de partnerrelatie (Bischoff 2002; 2003) en het zorg dragen (Lambert-Shute & Fruhauf 2011). Bij de meeste families zien we echter dat meerdere thema's met elkaar verbonden zijn.

Het werken met oudere paren en families lijkt niet heel verschillend van het werk met (jong)volwassenenfamilies. Toch is het nuttig om enkele aandachtspunten en uitdagingen bij het therapeutisch werken met oudere paren en families te benadrukken. We willen dit doen op basis van een literatuurstudie, aangevuld met de eigen klinische ervaring.

START VAN DE THERAPIE

De therapeutische relatie

Wanneer aan patiënt B en C gevraagd wordt naar hun verwachtingen over relatietherapie, blijkt dat geen van beiden een duidelijk idee heeft. Patiënt B, de man, vertelt dat zijn probleem, 'de depressie', te maken heeft met relationele factoren: 'Het is de relatie met mijn vrouw die mij depressief maakt', waarop mevrouw begint te huilen en haar teleurstelling uit over de behandeling van haar man: 'Hij is niets veranderd, niets!'. Ze verwijst naar zijn opvliegendheid.

Bij beiden blijkt onduidelijkheid over de verwijzing, maar ook een 'aarzeling' ten opzichte van de therapie. Ze voelen de noodzaak om een schuldige te zoeken voor de relationele problemen. Dit versterkt het gevoel vast te zitten en zorgt bovendien voor onveiligheid in de sessie.

De zorgvuldigheid waarmee het therapeutische contact gelegd wordt, is in elke therapie belangrijk (Rober 2012), maar het vormt een specifiek aandachtspunt in de therapie met ouderen (Herr & Weakland 1979). Vaak zijn de (oudste) ouderen minder bekend met therapie en is het voor hen

AUTEURS

LIES VAN ASSCHE, klinisch psycholoog en systeemtherapeut, dienst Ouderenpsychiatrie UPC KU Leuven.

LUC VAN DE VEN, klinisch psycholoog en verantwoordelijke psychologen dienst Ouderenpsychiatrie UPC KU Leuven.

PETER ROBER, hoogleraar, Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen (ISFW), KU Leuven.

PHILIPPE PERSOONS, deeltijds docent, psychiater, dienst Ouderenpsychiatrie, UPC KU Leuven.

MATHIEU VANDENBULCKE, hoogleraar, psychiater en diensthoofd Ouderenpsychiatrie, dienst Ouderenpsychiatrie UPC KU Leuven.

CORRESPONDENTIEADRES

Lies Van Assche, UPC KU Leuven, uz campus Gasthuisberg, Eenheid 7832 Cognitieve aandoeningen, Herestraat 49, 3000 Leuven, België.
E-mail: lies.vanassche@uzleuven.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-2-2015.

niet duidelijk hoe er gewerkt wordt (Tisher & Dean 2000). Dit kan enerzijds angst of onzekerheid teweegbrengen. Anderzijds komen oudere cliënten in de praktijk geregeld met concrete vragen en ze verwachten van een deskundige de oplossing. Kenmerkend voor elke vorm van gezins- of relatietherapie is echter de relationele conceptualisering, het verwoorden van menselijk lijden in relationele termen, waarbij de therapeut het belang van individuele biologische of cognitieve factoren niet ontkent of negeert (Sprenkle & Blow 2004).

Psychotherapie is overigens, individueel of met de familie, voor vele ouderen volgens Van de Ven (2012) nog een taboe. Wat betreft psychische problemen hoort men niet zelden: 'spreken is zilver, zwijgen is goud'. Bij familiale conflicten geldt dan weer dat men 'de vuile was niet buiten hangt'. Het is aangewezen om de verwachtingen die bij de oudere cliënten leven over de therapie grondig te bespreken en aandacht te geven aan twijfels (Rober 2012). De therapeut respecteert bovendien het tempo van de oudere cliënten. Immers, ruimte voor zelfreflectie lijkt vaak te komen als de oudere zich door de therapeut begrepen voelt. Toch schuilt hierin tezelfdertijd een gevaar: wanneer een familie of paar naar de therapeut komt met een concrete vraag en de therapeut te lang wacht om antwoorden te formuleren, verliest hij of zij – vanuit bezorgdheid om een goede therapeutische relatie op te bouwen – therapeutisch krediet.

Daarnaast kan het in de therapeutische relatie met oudere paren of families een uitdaging vormen om zich als therapeut flexibel te positioneren. Interactionele positionering verwijst naar een dynamisch proces waarbij de familietherapeut voortdurend op zoek gaat naar een geschikte positie van waaruit hij of zij efficiënt kan werken, en waarbij geen enkele positie geschikt is om gedurende een volledige sessie of therapie vast te houden (Wortham 2001).

Een therapie met oudere cliënten vergt een specifieke sensitiviteit. Enerzijds kan het zijn dat de oudere cliënt aan een jonge(re) therapeut weinig autoriteit zal toekennen, en dat deze daarom geen hoge verwachtingen heeft bij de therapie ('Hoe kan iemand die zo jong is, mij begrijpen en helpen?') (Robiner 1987; Terry 2008). Bovendien behoort deze therapeut meestal tot dezelfde generatie als de kinderen of kleinkinderen, zodat die volgens de cliënt misschien voor hun standpunten meer begrip kan opbrengen. Anderzijds toont klinische ervaring dat de familieleden van de 'geïdentificeerde patiënt' de therapeut kunnen ervaren als de hulpverlener die opkomt voor de rechten van ouderen, en zo wellicht bedenkingen heeft over de manier waarop de familieleden met de oudere omgaan.

Het is aangewezen om vrij snel te verduidelijken dat de bezorgdheid uitgaat naar *alle* familieleden. Transparantie bij het hanteren van meerzijdige partijdigheid – de therapeutische alliantie met elk van de betrokkenen – is, zoals blijkt uit wetenschappelijk onderzoek, van groot belang (Sprenkle & Blow 2004). Echter, zoals onderzoek ook aan toont, kan de therapeut valkuilen in de positionering in een therapeutisch proces, en beperkte flexibiliteit daarin, slechts ontwijken wanneer er in het eigen leven voldoende werk is geleverd in de relatie met de ouders en ruimere familie (Rober e.a. 2008). Wanneer de systeemtherapeut zich bewust is van de eigen positionering en daarin flexibel kan zijn, vergroot dit de kans op effectiviteit van de therapie (Rober 2011).

BELANGRIJKE THEMA'S IN HET THERAPEUTISCHE PROCES

De familie en de therapeut kunnen elkaar op erg verschillende terreinen ontmoeten met uiteenlopende vragen. Zo is er het oudere paar dat zelf contact neemt met de therapeut omdat ze willen werken aan de relatie nu ze vaststellen dat ze na het pensioen vaak ruziemaken. Er is de dochter die ziet dat haar vader zich laat gaan in hulpeloosheid en vraagt hoe ze hiermee kan omgaan. De oorspronkelijke vragen voor therapie zijn vaak erg concreet: kan vader het beste naar een verzorgingstehuis gaan? Hoe moeten we omgaan met moeder die dementeeert?

Daarom kan een familietherapie een strategisch-oplossingsgerichte invalshoek hebben (Bonjean 1989). Bonjean (1997), die zich voor het uitwerken van deze benadering

bij oudere cliënten baseerde op het werk van de Shazer (1982), stelt dat een collaboratieve houding essentieel is, met daarbij het belang van doelen die bepaald zijn door de cliënt, en het gebruiken van betekenisvolle maten van verandering. Daarnaast beklemtoont hij dat we zowel de therapeut als de cliënt als experts kunnen beschouwen, de eerste met een ruimere kennis, bijvoorbeeld over de menselijke ontwikkeling, de tweede met het authentieke verhaal over zijn persoonlijke situatie, probleemstelling en sterktes.

De rol van de therapeut is aanvankelijk om – aan de hand van vragen – een bepaald interessegebied te selecteren uit wat de cliënt vertelt. Ook uitzonderingen op het gepresenteerde probleem zijn belangrijk ('Is er de voorbije maanden een moment geweest waarop moeder wel naar buiten gegaan is?'), een beschrijving van de toekomst waarin het probleem niet meer aanwezig zal zijn en de gevolgen hiervan voor de cliënt. Dit alles gebeurt om mogelijke oplossingen te identificeren en doelstellingen te concretiseren. Het herstellen van de persoonlijke controle over de toekomst kan voor hoop zorgen en zingeving. De therapeut benadrukt krachten en mogelijkheden, eerder dan stil te staan bij stoornissen.

De rolomkering

Oplossingsgerichte interventies en psycho-educatie maken deel uit van de therapie, waarbij de therapeut op een bepaald moment moet durven overstappen naar een ruimere context, van het inhoudelijke naar het betrekingsniveau. Concrete problemen hebben immers vaak te maken met verminderde lichamelijke of psychische mogelijkheden bij de oudere en daarmee gepaard gaande zorgvragen. In vele families wordt men geconfronteerd met uiteenlopende meningen, waarbij de spanning vooral hoog kan oplopen wanneer de geïdentificeerde patiënt de situatie totaal anders inschat dan de rest van de familie, of wanneer kinderen onderling niet op één lijn staan. De klinische praktijk toont dat volwassen kinderen soms voor de opdracht van het 'omgekeerd ouderschap' staan.

Bij de uitdagingen betreffende de rolomkering binnen een familie, kan men zich laten inspireren door de theorie van de *family life cycle*, uitgewerkt door Benbow en diens collega's (Benbow e.a. 1990; Curtis & Dixon 2005). Benbow e.a. (1990) gaan uit van de klassieke theorievorming over de familiale cyclus, maar stellen dat deze tekortschiet. De eerste vijf fases in de cyclus zouden de periode omvatten van het begin van de relatie tot aan het uit huis gaan van de volwassen kinderen (Carter & McGoldrick 1989). De volgende jaren zouden volgens het traditionele model slechts één bijkomende fase vormen van de pensionering tot aan de dood van beide partners. Echter, juist in deze fase moeten de grootste aanpassingen gebeuren en worden

gezinnen met tal van moeilijkheden geconfronteerd. Denk daarbij aan gevolgen van de pensionering voor onder andere de rolverdeling in het huishouden, zorg opnemen voor (achter)kleinkinderen, en omgaan met verliezen op psychosociaal en lichamelijk vlak. Er is dus behoefte aan nadere differentiëring in de family life cycle binnen de jaren van de ouderdom (Benbow e.a. 1990).

In aansluiting hierop ontwikkelde Hanna (1997) het *developmental-interactional model* (DIM). Zij stelt dat elk probleem een relationele en ontwikkelingsgerelateerde component heeft. Problemen zouden ontstaan wanneer families er niet in slagen om succesvol te onderhandelen over taken bij de overgang naar een nieuwe levensfase. Zo zou men de situatie van patiënt A kunnen bekijken als een impasse bij het herverdelen van de verantwoordelijkheden en rollen wanneer moeder – na het overlijden van vader – niet meer voor zichzelf blijkt te kunnen zorgen. Patiënt B ging zich echter na zijn pensioen veel wagen op het terrein van zijn echtgenote, die klaagt: *‘Hij wist niet wat te doen en kwam mij dan maar wat lastigvallen, hij had opmerkingen over alles’*.

Vanuit het DIM is het voor de therapeut belangrijk om de hiërarchie binnen een familie te identificeren en de personen met de meeste invloed bij de behandeling te betrekken, de familiegeschiedenis te leren kennen met de daarbij horende verandering in rollen, deze geschiedenis te valideren en te herkaderen. Zo is het mogelijk dat de oudste zoon van patiënt A, in vergelijking met de andere zonen, meer geneigd is om moeders zelfstandigheid te verdedigen, omdat beiden de eerste jaren hebben doorgemaakt waarin moeder voor grootmoeder zorgde en haar eigen belangen op de achtergrond schoof.

De houding van de therapeut lijkt bij deze benadering in eerste instantie die van bemiddelaar, die uitgaat vanuit het begrip voor ieders standpunt. Tezelfdertijd is de therapeut ook expert. Dit is de paradox van de verzoening tussen lineair en circulair denken. Hij of zij neemt geen beslissing, maar heeft wel een mening, gesteund op zijn of haar ervaring met en kennis van gerontologische thema's. Wanneer een knoop moeten worden doorgemaakt, gaat het vaak om bevorderen van begrip voor de positieve motieven van het standpunt van de ander: *‘Als uw kinderen aandringen op een opname in een verzorgingstehuis, waarom zouden ze dat doen?’*. De therapeut vertaalt meningsverschillen en conflicten in positieve termen zoals bezorgdheid, betrokkenheid en liefde.

Het verhogen van de leefbaarheid

Bij patiënt B en C volgt een verkenning van andere levensdomeinen. Dit resulteert echter in een vergelijkbare opeenvolging van verwijten. Alles wat meneer vertelt, spreekt mevrouw tegen... en omgekeerd. Op dit punt in de sessie wordt het gesprek onderbro-

ken en brengt de therapeut zijn reflecties ter sprake over wat er gebeurt in de sessie en over de manier waarop het paar (niet) lijkt te praten. Het paar herkent dit en patiënt B zegt: ‘Dat is niet het probleem, we slagen er niet in te praten met elkaar’. Zijn vrouw antwoordt: ‘We maken alleen maar ruzie’.

Het lijkt alsof we tijdelijk uit de spiraal van beschuldiging en verdedigen geraakt zijn, door niet op de concrete inhoud van het vertelde in te gaan, maar de gebeurtenissen op ‘betrekkingsniveau’ of metaniveau te bespreken. Het paar wenst hier iets mee te doen, want een scheiding willen ze niet en zoals het nu loopt *‘is het niet meer leefbaar’*.

Bij oudere paren is de bezorgdheid om de relatie te laten slagen sterk aanwezig. Uit de klinische praktijk blijkt dat dit weleens te maken heeft met een toenemend gevoel van kwetsbaarheid, onzekerheid over de toekomst. De meestal langdurige relationele voorgeschiedenis maakt dat men minder naïef naar de dingen kijkt; de partners kennen elkaar. Paren zijn daardoor vaak gematigder in hun hoop en in wat ze van therapie verwachten. En toch, of juist daardoor, blijft er ruimte om met beperkte doelstellingen te werken. Daarbij lijkt het niet zozeer de romantische liefde die als ideaal voorop staat, maar wel de zoektocht naar wat partners bindt, met als doel het verhogen van de leefbaarheid.

Een voorwaarde om aan een verhoogde leefbaarheid te kunnen werken lijkt echter de zelfreflectie, het relativëren van de eigen positie en het dulden van een andere visie (Van de Ven 2012). Ook oudere cliënten zijn, zoals blijkt uit klinische ervaring, in staat tot het aanleren van deze zelfreflectie, op voorwaarde dat de therapeut zorgvuldig de timing bewaakt en dus goed kan inschatten wanneer deze uitdaging in de loop van de therapie aan bod kan komen.

Overigens, het tussen haakjes plaatsen van de ‘grote, romantische liefde’ kan voor vele oudere paren ook een geruststelling betekenen, de druk valt weg, alsook de impliciete, onuitgesproken schuld (*‘Ik ben geen slechte echtgenote nu de gevoelens van vroeger verdampt zijn’*). Het stopzetten van de verwachting om romantisch lief te hebben, benoemen paren weleens als de start van een nieuwe, bevredigende vorm van samenleven.

Finishing well en het stallen van oude koeien

Op latere leeftijd worden velen geconfronteerd met de (scheve) balans van gebeurtenissen uit het verleden en ontstaat vaak het verlangen om op een goede manier te kunnen afronden, *finishing well* (Anderson & Hargrave 1992). Dit kan slechts worden aangevat wanneer men meer doet dan zoeken naar antwoorden op concrete vragen of zich richt op het verhogen van de leefbaarheid; niets

is volledig wat het lijkt. In bijna elke discussie spelen openstaande rekeningen en oude kwetsuren een rol (Sandberg 1999; Schulman 1999).

Zo vertelt patiënte C: 'Ik voel me op dit moment niet in staat meer te geven dan ik al geef. De tijd dat ik verdraagzaam was en geduldig omging met zijn gedrag is voorbij. Vooral sinds het overlijden van mijn moeder, wanneer de erfenis werd besproken, is er een discussie ontstaan met mijn broers en zussen, toen mijn man zich tegen mijn wil in koppig opstelde. Hij wilde per se die kast, voor mij was dat niet nodig, maar hij bleef discussiëren. Sindsdien heb ik mijn zussen en broers niet meer gezien.'

In 1990 werkten Anderson en Hargrave een *contextuele benadering* uit gericht op oudere families, met als voornaamste doelstellingen: ten eerste families helpen in het omgaan met de psychologische en relationele stress die gepaard gaat met verlies. De tweede doelstelling is het helpen accepteren van het verleden door het herstel van wederzijds vertrouwen en rechtvaardigheid in de familie, wat de oudere ook toelaat om zijn leven goed te eindigen. Voor 'vertrouwen' en 'rechtvaardigheid' verwijzen zij naar de vierde dimensie in de benadering van Boszormenyi-Nagy (2000), de relationele ethiek. Er wordt gewerkt aan een subjectief aangevoeld evenwicht van wat ieder lid van de familie gegeven en teruggekregen heeft (zie ook Atwood & Ruiz 1993; Viney e.a. 1988).

Validatie en (individuele) *life review* zijn volgens de auteurs voorbereidende stappen (Hargrave & Anderson 1997). Het gebeurt in de context van een systeemtherapie ook meer dan eens dat de therapeut voor het begin of bij aanvang van de therapie benaderd wordt door één van de familieleden met de vraag voor een individueel gesprek. Individuele gesprekken kunnen kansen inhouden wanneer de therapeut zelf het initiatief hiervoor neemt of dit bewust kan toelaten.

In het model van Hargrave en Anderson (1997) start men met individuele gesprekken met de oudere. Daarbij verbindt de therapeut macrohistorische gebeurtenissen (bijvoorbeeld de Tweede Wereldoorlog) met microhistorische gebeurtenissen (bijvoorbeeld een opleiding die onderbroken werd wegens de oorlog). De oudere krijgt op deze manier erkenning van de therapeut voor zijn of haar achtergrond, geschiedenis en bijdrage in de familie. Deze erkenning kan tot gevolg hebben dat de oudere cliënt meer ruimte heeft om te luisteren naar bezorgdheden van familieleden.

Vanuit deze benadering zou het dus mogelijk zijn dat, in de casus van patiënt A, eerst alleen de moeder gezien wordt, en dat er specifiek aandacht is voor de offers die zij gebracht heeft toen zijzelf de zorg voor haar zieke moeder opnam.

Vervolgens gebeurt de familiale life review, waarbij elk familielid zijn of haar visie kan uiten en erkenning krijgt voor zorgen rond de relationele balans van geven en nemen (Hargrave & Anderson 1992).

Bij het doornemen van de relationele geschiedenis van patiënt B en C merkt het paar op dat de pensionering voor beiden anders is verlopen. Waar mevrouw graag voor de klas stond, was zij toch opgelucht op het moment dat ze kon stoppen met lesgeven. Zij had zo meer tijd voor bezoeken aan vrienden en kon bezig zijn met het werken op de computer. Meneer is met pensioen gegaan nadat hij eerst ziek was. Hij zou graag gewerkt hebben, maar was – net zoals thuis – erg strikt. Meneer had hoge verwachtingen voor het einde van zijn carrière. Hij wilde directeur worden van de lagere school waar hij les gaf. Toen deze verwachting niet uitkwam, werd hij depressief. Na zijn pensioen was het voor hem moeilijk om een nieuwe invulling te vinden van zijn leven. Hij ging zich meer richten op zijn vrouw, wilde betrokken worden bij haar activiteiten, wat door zijn vrouw niet begrepen en geaccepteerd werd. Ze leefden immers al jaren naast elkaar, en zij was deze manier van leven gewoon geworden.

Hargrave en Anderson (1997) stellen drie soorten van interventies of houdingen voor. Eerst is er de noodzaak van een meerzijdige partijdigheid, waarbij de therapeut zich wisselend kan verplaatsen in de beleving van verschillende familieleden. Daarnaast vermelden de auteurs het in balans brengen van rechten en plichten. Zij gaan uit van de veronderstelling dat ouderen in staat zijn om veel te geven aan hun familie, zoals liefde, veiligheid en vertrouwen. Tot slot beschouwen zij als derde interventie het werk van vergiffenis, gericht op het heropbouwen van relaties na ernstige schendingen in vertrouwen. De auteurs benadrukken weliswaar dat dit niet in elke therapie haalbaar is. Vanuit een huidig, postmodern kader in de systeemtherapie kan men ook vraagtekens plaatsen bij het gebruik van de term 'vergiffenis', aangezien dit een lineair of eenvoudig oorzaak-gevolgverband impliceert. Men spreekt nu veeleer over kwetsuren in de relatie, circulariteit en het aanwenden van krachtbronnen of competenties van de familie bij het herstel van vertrouwen (Ausloos 2002).

De auteurs verduidelijken tot slot dat met hun benaderingswijze problemen, zoals toenemende afhankelijkheid, niet opgelost zijn. Ze stellen wel dat het vertrouwen in de familie kan toenemen en dat men bronnen kan ontdekken die helpen bij het omgaan met deze problemen.

We vatten het voorgaande samen: het lijkt belangrijk om enerzijds vroegere kwetsuren niet te negeren en deze erkenning te geven. Anderzijds is het streven naar 'vergiffenis', ook al kan dit niet in elke familie of elk paar uiteindelijk worden bereikt, wellicht een goede basishouding bij

therapie. Het doel reikt verder dan de oplossing van een concreet probleem of het verhogen van de leefbaarheid. Het gaat om de vraag hoe men afscheid neemt, hoe het leven wordt afgerond. Dit is belangrijk voor de oudere, maar zeker ook voor de overlevenden.

DE CONTEXT VAN DE THERAPIE

Samenwerken met andere professionele hulpverleners

Het verbinden van een cliëntsysteem met de natuurlijke context en zelf aan de slag gaan met het bredere systeem is in elke therapie van belang (Rober 2012; Sprenkle & Blow 2004). Bij ouderen krijgt dit een specifieke vorm. De begeleiding van ouderen gebeurt meestal in een multidisciplinaire context. De therapeut moet, na het gesprek met zijn of haar cliënten, bereid zijn de gesprekskamer te verlaten en de stap te zetten naar andere professionele hulpverleners, zoals wordt beschreven in de medische familie therapie (Lambert-Shute & Fruhaut 2011). De vertaling van wat er in de therapie aan bod komt, met respect voor de privacy van de cliënten, is een hele uitdaging. Het belang ervan kan

nauwelijks overschat worden, bijvoorbeeld in de poging om begrip bij te brengen voor het soms storende gedrag van de oudere of voor de wat afstandelijke houding van een van de kinderen.

CONCLUSIE

Het gezinstherapeutisch werken met oudere paren en families is een essentieel deel van de ouderenzorg, waarbij niet uitsluitend het welzijn van de oudere, maar ook van diens familieleden centraal moet staan. Dit is overigens een vak apart: de therapeut dient voldoende ervaring te hebben met (problemen van) ouderen.

In dit artikel hebben we gepoogd om, gebaseerd op klinische ervaring en een literatuuroverzicht, te komen tot het formuleren van enkele aandachtspunten. Er is echter behoefte aan empirische toetsing. Dit gebrek aan onderzoek naar de concrete uitwerking van systeemtherapeutische processen bij ouderen met specifieke noden, staat in contrast met het groeiende belang ervan gezien de toemende groep oudere cliënten ('babyboomers') die de komende jaren een beroep zullen doen op de gezondheidszorg.

LITERATUUR

- Amburg SM Van, Barber CE, Zimmerman TS. Aging and family therapy: prevalence of aging issues and later family life concerns in marital and family therapy literature (1986-1993). *J Marital Fam Ther* 1996; 22: 195-203.
- Anderson WT, Hargrave TD. Contextual family therapy and older people: building trust in the intergeneration family. *J Fam Psychother* 1990; 12: 311-20.
- Atwood JD, Ruiz RJ. Social constructionist therapy with the elderly. *J Fam Psychother* 1993; 4: 1-32.
- Ausloos G. De competentie van families; tijd, chaos, proces. Leuven: Garant; 1967.
- Benbow SM, Egan D, Marriott A, Tregay K, Walsh S, Wells J, e.a. Using the family life cycle with later life families. *J Fam Psychother* 1990; 12: 321-40.
- Benbow SM, Marriott A, Morley M, Walsh S. Family therapy and dementia: review and clinical experience. *Int J Geriatr Psychiatry* 1993; 8: 717-25.
- Benbow SM, Marriott A. Family therapy with elderly people. *Adv Psychiatr Treat* 1997; 3: 138-45.
- Bischoff RJ. Recent research findings about health, caregiving, and late-life marriage. *J Couple Relatsh Ther* 2002; 1: 87-91.
- Bischoff RJ. Recent research findings about elderly couples. *J Couple Relatsh Ther* 2003; 2: 67-71.
- Bonjean M. Solution focused psychotherapy with families caring for an Alzheimer patient. *J Fam Psychother* 1989; 5: 197-210.
- Bonjean M. Solution-focused brief therapy with aging families. In: Hargrave TD, Hanna SM, editors. *The aging family: new visions in theory, practice and reality*. New York: Brunner/Mazel; 1997. p. 81-100.
- Bonnewyn A, Broekaert D. Psychotherapeutisch werken met ouderen vanuit een systemische invalshoek. *Tijdschr Geneesk* 2008; 64: 186-90.
- Boszormenyi-Nagy I. *Grondbeginselen van de contextuele benadering*. Haarlem: De Toorts; 2000.
- Carter B, McGoldrick M. *The changing family life-cycle: a framework for family therapy*. Boston: Allyn & Bacon; 1989.
- Curtis EA, Dixon MS. Family therapy and systemic practice with older people: where are we now? *J Fam Ther* 2005; 27: 43-64.
- Flori DE. The prevalence of later life family concerns in the marriage and family therapy journal literature (1976-1985): a content analysis. *J Marital Fam Ther* 1989; 15: 289-97.
- Gilleard C, Lieberman S, Peeler R. Family therapy for older adults: A survey of professionals' attitudes. *J Fam Ther* 1992; 14: 413-22.
- Hanna SM. A developmental-interactional model. In: Hargrave TD, Hanna SM, editors. *The aging family: new visions in theory, practice and reality*. New York: Brunner/Mazel; 1997. p. 101-30.
- Hargrave TD, Anderson WT. *Finishing well: Aging and reparation in the intergenerational family*. New York: Brunner/Mazel; 1992.
- Hargrave TD, Anderson WT. *Finishing well: A contextual family therapy approach to the aging family*. In: Hargrave TD, Hanna SM, red. *The aging family: new visions in theory, practice and reality*. New York: Brunner/Mazel; 1997. p. 61-80.

- Herr JJ, Weakland JH. Counseling elders and their families: practical techniques for applied gerontology. New York: Springer; 1979.
- Ivey DC, Wieling E, Harris SM. Save the young-the elderly have lived their lives: ageism in marriage and family therapy. *Fam Process* 2000; 39: 163-75.
- Lambert-Shute J, Fruhauf CA. Aging issues: unanswered questions in marital and family therapy literature. *J Marital Fam Ther* 2011; 37: 27-36.
- Rober P, Elliott R, Buysse A, Loots G, De Corte K. Positioning in the therapist's inner conversation: a dialogical model based on a grounded theory analysis of the therapist reflections. *J Marital Fam Ther* 2008; 34: 406-21.
- Rober P. The therapist's experiencing in family therapy practice. *J Fam Ther* 2011; 33: 233-55.
- Rober P. Gezinstherapie in praktijk: over ontmoeting, proces en context. Leuven: Acco; 2012.
- Robiner WN. An experimental inquiry into transference roles and age. *Psychol Aging* 1987; 2: 306-11.
- Sandberg JG. 'It just isn't fair': helping older families balance their ledgers before the note comes due. *Fam Relat* 1999; 48: 177-9.
- Schulman GL. Siblings revisited: old conflicts and new opportunities in later life. *J Marital Fam Ther* 1999; 25: 517-24.
- Shazer S de. Patterns of brief family therapy: an ecosystemic approach. New York: The Guilford Press; 1982.
- Sprenkle D, Blow AJ. Common factors and our sacred models. *J Marital Fam Ther* 2004; 30: 113-29.
- Terry P. Ageism and projective identification. *Psychodynamic Practice* 2008; 14: 155-68.
- Tisher M, Dean S. Family therapy with the elderly. *Aust N Z J Fam Ther* 2000; 21: 94-101.
- Ven L van de. Psychotherapie bij ouderen. *T Klin Psychol* 2012; 42: 33-9.
- Viney LL, Benjamin YN, Preston C. Constructivist family therapy with the elderly. *J Fam Psychol* 1988; 2: 241-58.
- Wortham A. Narratives in action: a strategy for research and analysis. New York: Teachers College Press; 2001.
- Yorgason JB, Miller RB, White MB. Aging and family therapy: exploring the training and knowledge of family therapists. *Am J Fam Ther* 2009; 37: 28-47.

SUMMARY

Therapy for elderly family members and couples: concerning the viability of relationships in later life, the role reversal and ‘finishing’ amicably

L. VAN ASSCHE, L. VAN DE VEN, P. ROBER, P. PERSOONS, M. VANDENBULCKE

- BACKGROUND** Research shows that in most countries the number of elderly persons is increasing and that close relationships in late life are playing a more important role. Therefore, it is surprising that there have been so few publications about family therapy for the elderly.
- AIM** To formulate some guidelines for psychotherapy for family members in their later years and to make suggestions regarding further research.
- METHOD** We summarise the existing literature and focus on important themes about working with the elderly, supplementing major issues with our own clinical experience.
- RESULTS** Family therapy with the elderly differs from therapy for younger adults in some respects; for instance, the emphasis in the case of the elderly is more on strengthening the viability of a long-standing relationship. The reversal of roles that often accompanies the ageing process and leads to increasing dependency is another factor that affects the elderly more than the younger adults. If the last stage of life is to finish calmly and amicably, therapists need to tackle any tensions or injustices that patients have experienced in the course of their relationships.
- CONCLUSION** Psychotherapy for the elderly needs to provide clients with constant opportunities for reflection and should initiate discussions about partners' experiences of tensions and injustices in their earlier relationship. However, the increasing number of elderly persons means that more empirical research needs to be done into systematic psychotherapy.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)9, 656-663

KEY WORDS couple, family, late life, systemic psychotherapy