

De verschijningsvorm van psychosociale problemen in de derde levensfase gerelateerd aan controleverlies

door B. van der Zee

Samenvatting

Veranderingen in de omgeving en in het functioneren van de oudere mens leiden tot een verminderde controle over de omgeving. Problematisch gedrag in de derde levensfase kan deels worden opgevat als strategie om de verminderde controle over de omgeving te herstellen. Met name depressie, hypochondrie en paranoia hebben hierdoor in de derde levensfase een andere kleur dan in eerdere levensfasen. Een dementeringsproces wordt mogelijk versneld door (vergeefse) pogingen van de dementerende om de controle over de omgeving te herstellen of juist door het volledig opgeven van alle pogingen deze controle te herstellen.

Inleiding

De omgeving van de oudere is geen stabiel gegeven. Ook is de ouder wordende mens niet los te zien van deze voor hem veranderende omgeving; hij zal op deze veranderingen reageren.

Betoogd zal worden dat veranderingen in de omgeving en in het eigen functioneren van ouderen vaak samenhangen met controleverlies over de omgeving. Vaak kan gedrag van ouderen worden gezien als een poging om de controle over de omgeving te herstellen. Enige begrippen worden besproken die belangrijk zijn voor het begrijpen van het omgaan van de oudere met controleverlies.

Een deel van het reactiepatroon van dementerende ouderen is onzes inziens vanuit deze optiek te begrijpen. Niet alle gedrag van een dementerende is immers te begrijpen vanuit de ernst van de hersenstoornis.

De interactie tussen de oudere en zijn omgeving

Aanpassen en afwijken – Hoe minder competent iemand is, des te meer wordt het gedrag bepaald door krachten in de omgeving waaraan men zich moet aanpassen en niet door intrapersoonlijke krachten (Lawton

en Simon 1968). Bij afnemende competentie verliest men dus voor een deel de controle over het eigen gedrag. Ouderen proberen zich meer dan jongeren aan te passen aan de omgeving (b.v. Offerhaus 1978) en kunnen daarbij zover gaan dat ze hun eigen waarden vernietigen (Lawton en Nahemow 1973).

Mensen zoeken soms echter juist spanning vanuit een bepaald tot stand gebracht adaptatieniveau. Wohlwill (1966) postuleert het zogeheten 'optimization principle'. Dit houdt in dat afwijken van het adaptatieniveau positieve gevoelens opwekt tot een zeker punt. Voorbij dit punt worden die gevoelens negatiever. Vast staat wel dat men zich niet alleen wil aanpassen, maar ook een uitdaging zoekt. Problematisch lijkt het ons te worden als men datgene wat men nog kan, al of niet met hulp, geen uitdaging meer vindt of als men niet meer in staat is zich aan te passen, terwijl men dit wel graag zou willen. In beide gevallen is sprake van controleverlies.

Verwachting de omgeving te beheersen – Het idee dat mensen beheersing van hun omgeving nastreven is niet nieuw. Het heeft een centrale rol gespeeld in veel sociaal-psychologische theorieën (Wortman 1976). Ook bij ouderen kan een gevoel van verlies van controle over de omgeving ernstige negatieve gevolgen hebben (o.a. Schulz 1976). Juist ouderen dreigen door sociale en fysieke verliezen de beheersing over de omgeving kwijt te raken. De begrippen internal en external locus of control (Rotter 1966) hebben te maken met de verwachting dat men de omgeving beheerst (internal locus of control) of dat men het gevoel heeft dat veranderingen in de omgeving plaatsvinden zonder dat men daar vat op heeft (external locus of control).

Uit de grote hoeveelheid literatuur die over dit onderwerp verschenen is, blijkt dat ouderen die verwachten de omgeving te beheersen vitaler, actiever en tevredener zijn dan ouderen die menen geen vat op de omgeving te hebben. Dit zegt iets over de samenhang tussen deze twee factoren, maar nog niet over het oorzakelijk verband. Het zou best kunnen dat ouderen die verwachten de omgeving te beheersen zich meer verantwoordelijk voelen voor de eigen situatie en zich dus ook minder beklagen dan de andere groep die zich niet verantwoordelijk voelt voor de eigen situatie. Het is heel goed voorstelbaar dat in verreweg de meeste situaties de internal locus of control de beste strategie is. Echter, in situaties waarin men absoluut geen controle heeft, is het wellicht adequater om dit ook waar te nemen, en dus een external locus of control te hebben. Een factor van belang hierbij kan zijn het vertrouwen dat men in anderen heeft, als men zelf iets niet (meer) kan. De hele therapeutische benadering van Goldfarb (1955) bij ouderen is in feite op deze laatste opvatting gebaseerd.

Zowel een rigide internal als external locus of control lijkt het controleverlies alleen maar te vergroten. Het lijkt erop dat flexibiliteit in

het hanteren van een internal of external locus of control een belangrijke factor kan zijn bij het welbevinden van ouderen.

Het ouder worden als verklaring voor achteruitgang – Rotter (1975) merkt op dat veel mensen het gevoel hebben dat ze meer controle hebben dan in werkelijkheid het geval is. Volgens Rodin (1980) is niet zozeer de feitelijke controle die men heeft over de omgeving van belang, de wetenschap deze controle te hebben is vaak al voldoende. Het kon wel eens zijn dat het een enorme schok betekent als men merkt dat men niet komt aan zaken als ernstige ziekte, dood, verlies van geliefden, beroertes, zintuiglijke teruggang, negatieve stereotypering door de omgeving enz. Ouderen zullen deze schok gemiddeld vaker hebben ervaren dan jongeren.

Abramson, Garber en Seligman (1980) geven aan dat niet de oncontroleerbaarheid van de eigen situatie leidt tot het idee dat men geen controle zou hebben over de omgeving, maar wel de oorzaak die men ziet voor falen. Ze onderscheiden drie dimensies: de dimensies stabiel en globaal zullen een groot gevoel van hulpeloosheid geven, terwijl de dimensie extern een verlaagd gevoel van eigenwaarde tot gevolg heeft.

Als men 'oud' ziet als de oorzaak voor het falen, dan heeft men een stabiele, globale en externe oorzaakstoekenning gemaakt. Gevolg van de oorzaakstoekenning 'oud' bij falen is volgens dit model een gevoel van hulpeloosheid op velerlei gebied en een laag gevoel van zelfwaardering. Deze combinatie kan ertoe leiden dat de oudere bepaalde verrichtingen niet meer doet die hij eigenlijk nog wel zou kunnen in de verwachting dat hij ze toch niet meer kan. Deze 'disuse' is waarschijnlijk van groter belang bij lichamelijke achteruitgang van lichamelijke functies dan het proces van het ouder worden op zich (Welford 1980). De oudere komt zo in een vicieuze cirkel terecht: door ondergebruik van functies verliest hij vaardigheden. Dit verlies van vaardigheden veroorzaakt een nog groter gevoel van hulpeloosheid met toenemend controleverlies.

Activiteit – In de gerontologische literatuur hebben twee theorieën jarenlang lijnrecht tegenover elkaar gestaan. Volgens de ene theorie is men als oudere alleen gelukkig als men actief is, iets presteert en nodig is. Is dit niet het geval, dan is hij ontevreden en ongelukkig. Cumming en Henry (1961) geven aan dat voor een geslaagde ouderdom het nodig is dat de samenleving bereid is de rollen en functies van de oudere over te nemen en dat de oudere zelf ook verlangt zich terug te trekken uit de actieve samenleving, zich te onthechten. Onzes inziens gaan beide theorieën voorbij aan twee belangrijke vragen.

De eerste vraag gaat over de zingeving aan activiteiten. In hoeverre kan de betrokkene zin geven aan wat hij doet? Het geen zin kunnen ge-

ven aan activiteiten of aan het bestaan is een belangrijke factor bij psychosociale problemen in de derde levensfase.

De tweede vraag hangt samen met de eerste. Dat is de vraag in hoeverre het al of niet actief zijn zelf gekozen is. Alleen gedwongen inactiviteit, of dit nu komt door een slechte gezondheid, iets niet meer kunnen, weduwschap, pensionering of laag inkomen, heeft een nadelige invloed op sociale interacties, maar ook op tevredenheid en gevoel van eigenwaarde (Tallmer en Kutner 1969). Wellicht geldt hetzelfde voor gedwongen activiteit. Zowel gedwongen activiteit als gedwongen inactiviteit lijkt het controleverlies te versterken.

Zingeving en beheersbare omgeving – Schulz (1976) liet studenten onder drie condities ouderen bezoeken in een verzorgingstehuis. Een groep ouderen kon tijdstip en duur van het bezoek zelf bepalen (control). Een andere groep had geen controle over het bezoek. Wel werden vooraf tijdstip en duur van het bezoek verteld (predict). De derde groep kreeg op willekeurige tijden bezoek zonder mogelijkheid tot controle hierover (random). Ten slotte was er een groep die geen bezoek kreeg (no-visit).

De random-visit-groep genoot even sterk van de bezoeken als de andere twee groepen. De predict- en control-groep scoorden echter hoog op een grote range van afhankelijke variabelen. Aan de andere kant waren de random- en no-visit-groep gelijk. Schulz concludeert uit dit onderzoek dat door een voorspelbare of beheersbare omgeving van de oudere de lichamelijke en psychologische teruggang wordt vermindert. Ook de teruggang in het activiteitsniveau zou hierdoor worden vermindert of zelfs omgekeerd.

In een follow-up-studie (Schulz en Hanusa 1978) blijkt een sterke teruggang bij de control- en predict-groep op de afhankelijke variabelen, toen het experiment was gestopt. De random- en no-visit-groep bleven stabiel over de tijd. Gevoelens van beheersing zijn hier afhankelijk van de aanwezigheid van een extern persoon. Deze gevoelens verdwijnen als deze externe persoon er niet meer is.

Een tweede verklaring is dat de verwachtingen van een voorspelbare en beheersbare omgeving door het experiment zijn gewekt. Men is in deze verwachtingen door de beëindiging van het experiment teleurgesteld.

Bovengenoemde auteurs hebben niet nagegaan welke mogelijkheden tot zinvolle activiteiten de bezochte ouderen hebben. Rodin en Langer (1977) constateren wel positieve lange-termijneffecten van een interventie bij bewoners van een verzorgingstehuis. Bij deze interventie kregen de ouderen planten mee om voor te zorgen. Bovendien werd de nadruk gelegd op de verantwoordelijkheid van de bewoners voor zichzelf. Onze conclusie is dat beheersbaarheid of voorspelbaarheid van de omgeving mogelijk belangrijker wordt naarmate men

minder verantwoordelijkheid heeft voor zichzelf of minder mogelijkheid tot zinvolle activiteiten. Wat zinvol gevonden wordt, wordt mede bepaald door het nuttig en nodig zijn voor anderen. Een samenleving die een bepaalde groep belemmert zich nuttig of nodig te maken, bevordert wellicht problematisch gedrag bij leden van die groep. Het idee dat je niets meer hoeft te doen (alleen zorgen voor jezelf; niemand zit op je te wachten) zou wel eens zeer belemmerend kunnen werken op de motivatie om iets te ondernemen. Hierdoor wordt het verlies van controle over de omgeving weer versterkt.

Sensorische deprivatie – Kubzansky (1961) heeft een overzicht gegeven van het experimentele onderzoek naar de effecten van reductie in sensorische stimulatie. De algemene reactie op sensorische deprivatie behelst verveling, rusteloosheid, extreme angst, verwarring, desoriëntatie in tijd en de behoefte zichzelf te heroriënteren aan de bekende aspecten van de realiteit. De effecten van langdurende sensorische deprivatie kunnen het beste gekarakteriseerd worden als een algehele vermindering in de mogelijkheid om de realiteit waar te nemen en een vermindering van de stabiele interne normen waarmee de waarneming vergeleken wordt. Op het gebied van cognitieve functies constateert hij een daling van het vermogen logisch te redeneren en complexe problemen op te lossen. Ten slotte blijkt sensorische deprivatie hallucinaties, wanen, illusies, fantasieën en dagdromen mee te kunnen brengen.

Terecht wijst Kubzansky op het gevaar deze gegevens van experimenteel onderzoek zonder meer te generaliseren naar het dagelijks leven. Wij willen hieraan toevoegen dat de proefpersonen in de experimenten jongere vrijwilligers waren die slechts in een beperkte tijd nogal drastisch te maken kregen met sensorische deprivatie. In hoeverre deze resultaten opgaan voor ouderen die onvrijwillig jarenlang op niet zo drastische wijze worden ondergestimuleerd laat zich raden. Een vermoeden van enige overeenkomst in effect onder beide condities lijkt gerechtvaardigd.

Onzes inziens geldt voor sensorische stimulatie dat de mate waarin men meent de beschikking te hebben over de gewenste hoeveelheid stimulatie van groot belang is voor het welbevinden. De controle over de gewenste hoeveelheid stimulatie neemt bij het ouder worden af.

Invloed op veranderingen in de directe omgeving – Zoals we reeds hebben gezien speelt de eigen invloed die een oudere kan hebben op zijn eigen mate van activiteit een belangrijke rol bij zijn aanpassing aan de derde levensfase. Het niet hebben van invloed werkt niet alleen negatief bij activiteiten, maar ook bij pensionering, verhuizing en de verminderde financiële armslag. Dat inkomen en gezondheid de belangrijkste factoren zijn bij een succesvolle pensionering (McConnell 1983) kan men verklaren vanuit de veronderstelling dat een goed inkomen en een goe-

de gezondheid de mogelijkheid bieden om de eigen situatie maximaal te beïnvloeden.

Ten aanzien van sociale isolatie geldt wellicht hetzelfde. Niet de sociale isolatie is belangrijk, maar de mate waarin men denkt deze sociale isolatie zelf te hebben gekozen en ook zelf invloed uit te kunnen oefenen op herstel van het aantal sociale contacten. Het reeds genoemde onderzoek van Schulz (1976) wijst in deze richting. De definitie van eenzaamheid van De Jong-Gierveld (1978) sluit aan op deze opvatting.

Samenvattend kunnen we concluderen dat veranderingen in de directe omgeving minder schadelijke gevolgen hebben voor de oudere naarmate hij meer invloed denkt uit te oefenen of uitoefent op deze veranderingen. Of negatief geformuleerd: veranderingen in de directe omgeving zijn schadelijker voor gevoelens van welbevinden van de oudere naarmate deze veranderingen hem sterker confronteren met zijn onvermogen op deze veranderingen invloed uit te oefenen.

Zelfwaardering – Nog een andere factor die het welbevinden van ouderen kan beïnvloeden is de negatieve manier waarop in onze samenleving over ouderen wordt gedacht. Volgens Kuypers en Bengtson (1973) heeft dit grote invloed op het zelfgevoel van het oudere individu. Door rolverlies, vage normen en gebrek aan referentiegroepen zouden ouderen steeds meer aangewezen raken op de doorgaans negatieve mening van anderen over hen. Hierdoor ontwikkelt zich bij de oudere een gevoel van incompetentie. Dit gevoel van incompetentie leidt tot vermindering van vaardigheden en men gaat zichzelf zien als ziek en te kort schietend.

Het lijkt er volgens dit model op dat controleverlies over de omgeving, als het eenmaal begint, steeds groter zal worden. Hoewel de geldigheid van dit model voor het normale ouder worden gerelativeerd moet worden (b.v. Thomae 1980), kunnen we stellen dat het model wel lijkt op te gaan voor ouderen die afhankelijk worden van de negatief stereotyperende samenleving. Men komt dan in een neerwaartse spiraal van toenemend controleverlies.

De invloed van veranderend functioneren van de oudere op controleverlies

Lichamelijke en mentale gezondheid zijn bij ouderen nog nauwer aan elkaar gerelateerd dan bij jongeren (Wigdor 1980).

Lichamelijke ziekte speelt wellicht een zeer belangrijke rol bij het ontstaan of versterken van problematisch gedrag in de derde levensfase. Hetzelfde geldt voor lichamelijke veranderingen die leiden tot bijvoorbeeld doofheid en blindheid. Aanpassing aan dit soort lichamelijke veranderingen is moeilijker (Butler en Lewis 1973) dan aan de normale veranderingen die gepaard gaan met het ouder worden. Van deze normale veranderingen willen we een aantal noemen.

Ritmestoornissen – Een ritme waar we het meest vertrouwd mee zijn is het dag- en nachtritme. Er zijn volgens Rietveld (1984) aanwijzingen dat bij het ouder worden de kans op spontane desynchronisatie van verschillende ritmen toeneemt. Andere onderzoekers (b.v. Swaab, Fliers en Partiman 1985) komen tot dezelfde bevinding.

Rietveld constateert dat de temporele organisatie bij ouderen een losser verband gaat vertonen. Als de kans toeneemt op spontane desynchronisatie van ritmen onderling zijn alle voorwaarden voor een sneeuwbaaleffect aanwezig. Veroudering leidt tot spontane desynchronisatie en desynchronisatie bevordert veroudering. Vooral als deze ritmestoornissen zich uiten in slaapstoornissen (en dat is bij ouderen nogal eens het geval) ondervindt men ook subjectief last van deze ritmestoornissen. Ritmestoornissen dragen bij tot controleverlies, vooral als een en ander nog eens wordt bemoeilijkt door sensorische deprivatie, sociale isolatie en het verminderde vermogen van het oudere organisme om te herstellen van ritmestoornissen (Rietveld 1984). In hoeverre tijdsbeleving en met name een gestoorde tijdsbeleving het ontstaan van biologische ritmestoornissen bevordert is niet duidelijk. Wel is duidelijk dat de tijdsbeleving niet gestoord raakt bij het ouder worden, maar wel bij bijvoorbeeld verveling, gemakkelijke taken, sensorische deprivatie en onge vulde tijdsintervallen (Orme 1969).

Geheugen – Een slechter wordend geheugen vermindert de controle over de omgeving. We willen hier niet uitgebreid ingaan op de bevinding dat met name het korte-termijngeheugen slechter gaat functioneren bij het ouder worden (Miller 1977). We willen slechts een aantal weinig genoemde factoren bespreken, die het geheugen nadelig kunnen beïnvloeden.

Allereerst blijken ritmestoornissen een nadelige invloed te hebben op het geheugen (Rietveld 1984).

Een andere factor die een belangrijke rol speelt bij het geheugen is angst (Philips, Martin en Meyers 1972). Hoewel we niet kunnen stellen dat men bij het ouder worden angstiger wordt, is het wel zo dat als ouderen eenmaal angstig worden, het nadelig effect op vele cognitieve functies, waaronder het korte-termijngeheugen, groter is dan bij jongeren (Lawton 1976).

De laatste factor die we willen noemen is het vertrouwen dat men in het eigen geheugen stelt. Murray (1964) bespreekt een onderzoek van Zeller, waarbij wordt aangetoond dat vertrouwen in het eigen geheugen van groot belang is bij het functioneren van datzelfde geheugen.

Veel ouderen leven met de verwachting dat hun geheugen achteruit gaat. Als ze een eenmalige confrontatie met een falend geheugen gaan generaliseren naar het geheugen in het algemeen, kan het zijn dat hierdoor het geheugen achteruit gaat. Ondergebruik van het geheugen leidt wellicht tot een nog snellere teruggang van het geheugen. Wel-

licht is een belangrijk effect van geheugentraining, dat de oudere weer durft te vertrouwen op zijn geheugen.

Cognitieve verlangzaming – Cognitieve processen gaan langzamer bij het ouder worden. Voor een uitvoeriger beschouwing over dit thema verwijzen wij naar een artikel van Essed en Eling (1986). Cognitieve verlangzaming kan in het dagelijks leven duidelijk voelbaar zijn, bij voorbeeld doordat men niet meer deel kan nemen aan het verkeer (Regnier 1983). Door cognitieve verlangzaming wordt de controle van de oudere over de omgeving minder.

Seniele dementie van het Alzheimerstype en multi-infarctdementie – Bij beide vormen van dementering worden alle door ons genoemde factoren versterkt. De controle werkelijk te herstellen zal moeilijker worden naarmate de geestelijke vermogens afnemen. Mogelijk versnellen de (vergeefse) pogingen de controle te herstellen zelfs het dementeringsproces.

Samenvattend: verandering in het functioneren van de oudere kan leiden tot controleverlies over de omgeving. Bij een dementeringsproces raakt dit controleverlies in een stroomversnelling.

Reactie van ouderen op controleverlies

Uit bovenstaande blijkt dat bij het ouder worden zowel op micro-, meso- als macroniveau controleverlies optreedt. Nu is er een aantal adequate adaptatiestrategieën bij deze verminderde controle over de omgeving. Welford (1980) schetst er vier, namelijk efficiënter gebruik maken van je mogelijkheden, je meer inspannen, gebruik maken van de hulp van anderen en de doelen wat lager stellen. Welford merkt op dat geen enkele strategie helemaal goed is. Hij suggereert een mengeling van deze vier strategieën. Wij zouden hieraan toe willen voegen dat een optimale strategie gebaseerd lijkt te zijn op een optimale perceptie van wat men op een bepaald ogenblik nog wel en wat men niet meer kan en dat men zich in zijn handelen aan deze perceptie kan aanpassen. Wij merken op dat alle vier strategieën erop gericht zijn om de controle over de omgeving weer terug te krijgen. In de literatuur wordt nog een aantal (normale) strategieën van ouderen genoemd om zich aan te passen aan verminderde controle over de omgeving:

- minder risico nemen door niet te reageren (Eisdorfer 1968);
- het zelf versterken van een stimulus (Lindsley 1964); een voorbeeld van deze strategie is het dichter bij iemand gaan staan als men hardhorend wordt;
- zoeken van compensatie van datgene wat men kwijt is (Wigdor 1980).

Tot zover een samenvatting van normale adaptatiestrategieën van ou-

deren. We willen ons nu richten op de betekenis van controleverlies bij problematisch gedrag in de derde levensfase, steeds benadrukkend dat problematisch gedrag van ouderen opgevat kan worden als een poging de controle over de omgeving te herstellen.

Voordat we hierop ingaan, willen we eerst een bespreking van Neugarten (1973) aanhalen van onderzoek naar verschillende manieren van omgaan met de wereld gedurende de levensloop. Na het vijftenzestigste levensjaar zou bij beide seksen een ontwikkeling bestaan naar magische beheersing. Magische beheersing houdt in dat men geen werkelijke veranderingen in de omgeving nastreeft, maar deze veranderingen in gedachten projecteert in de wereld. Deze verschuiving naar magische beheersing werd in andere culturen dan de westerse ook vastgesteld. Magische beheersing is op te vatten als een manier om de controle over de omgeving denkbeeldig te herstellen. Problematisch gedrag in de derde levensfase kan soms mede worden gezien als een poging om de controle over de omgeving (in gedachten) te herstellen.

Depressie – Volgens vele auteurs is depressie de meest voorkomende functionele psychiatrische stoornis in de derde levensfase (onder anderen Pfeiffer 1977). Het ligt niet in onze bedoeling om depressie bij ouderen uitputtend te behandelen. Waar wij op willen wijzen is dat een depressieve reactie ook begrepen kan worden als een poging controle over de omgeving te herstellen. Bij voorbeeld Goldfarb (1955) dacht dat depressie bij ouderen voornamelijk als functie had om de omgeving (weer) onder controle te krijgen. Zijn behandeling was erop gericht om via de behandelaar de controle van de depressieve oudere over de omgeving (denkbeeldig) weer te laten krijgen. Een depressieve reactie roept aanvankelijk een positieve en steunende reactie van de omgeving op (Coyne 1976). Na verloop van tijd echter onthoudt de omgeving iedere positieve reactie op het depressieve gedrag. Er ontstaat zelfs een aversieve reactie (Lewinsohn en Arconad 1981). Het lijkt heel waarschijnlijk (hoewel nog niet empirisch onderbouwd) dat de depressieve oudere op het aversieve gedrag van de omgeving zal reageren met een nog depressievere reactie, immers:

- men kan nog depressiever worden omdat men merkt steun te verliezen;
- men gaat nog depressiever reageren in een poging weer steun van de omgeving te krijgen. Vroeger werd het gedrag wel beloond, dus op grond van het principe van intermitterende bekrachtiging kan het zijn dat men daardoor nog sterker vast gaat houden aan depressief gedrag, in de verwachting dat het dan wel weer beloond zal worden. Ook voor de depressieve reactie (voor zover deze kan worden opgevat als een poging de controle over de omgeving te herstellen) geldt dus dat deze in het begin succes heeft, maar later averechts gaat werken en kan leiden tot vervreemding van de omgeving.

Depressie bij ouderen kan uiteraard niet alleen gezien worden als een poging de controle over de omgeving te herstellen. Er zijn veel meer factoren van belang. We willen er nog twee noemen omdat ze rechtstreeks voortvloeien uit door ons in dit artikel genoemde factoren:

- de hulpeloosheidsreactie: men geeft de pogingen om alsnog controle over de omgeving te krijgen op;
- de feitelijke onmogelijkheid om nog positieve bekrachtigers in de omgeving te vinden (Lewinsohn en McPhillamy 1974).

Paranoïdie – Paranoïde ideeën bij ouderen zijn in het algemeen veel minder ernstig en veel begrijpelijker dan bij jongeren (Pfeiffer 1977). De paranoïde gedachten komen relatief vaker voor bij ouderen met een verminderde sensorische input, vooral bij slechthorenden, maar ook bij slechtzienden (Welford 1980). Ook vergeetachtigheid speelt een rol: men heeft iets ergens neergelegd, men is vergeten waar en denkt nu dat men bestolen is. Volgens Pfeiffer (1977) is paranoïdie bij ouderen vooral een poging om de blanke plekken in te vullen.

Wij denken dat paranoïdie bij ouderen nog een aantal functies kan hebben, die gezien kunnen worden als pogingen om de controle over de omgeving (denkbeeldig) te herstellen.

1. Paranoïde gedachten verhogen het prikkelniveau; bij voorbeeld een vrouw die denkt dat er 's avonds een man door het sleutelgat naar haar zit te gluren; zij is 's avonds enige uren bezig dit sleutelgat af te dekken. Deze paranoïde gedachte levert veel prikkels op. Aangezien prikkels bij onderprikkeling positieve bekrachtigers zijn (Baldwin en Baldwin 1981) kunnen we de prikkels die deze gedachte oproept, zien als ziekte winst.

2. Paranoïde gedachten leveren een verklaring voor het verlies aan controle over de omgeving; men 'weet' nu wat de oorzaak is van de situatie waarin men zit en kan de oorzaak gaan bestrijden; paranoïde gedachten kunnen denkbeeldig de controle over de omgeving herstellen.

Nadeel van deze strategie is, dat men steeds meer vervreemdt van de omgeving en steeds sterker aangewezen raakt op de paranoïde gedachten.

Hypochondrie – Hypochondrie is na depressie en paranoïdie waarschijnlijk de meest voorkomende gedragsstoornis bij ouderen. Vanuit het model van controleverlies kan ook hypochondrie worden opgevat als een poging de controle over de omgeving te herstellen.

1. hypochondrie verhoogt het prikkelniveau; de gedachte bekrachtigt hierdoor zichzelf, men heeft iets om zich zorgen over te maken, men is hard bezig met iets;
2. hypochondrie biedt gespreksstof voor mensen in een sterk ingekrompen sociale omgeving;

3. men denkt de oorzaak van het controleverlies te kennen: als het lichaam weer goed zou functioneren, zou men weer uitstekend functioneren;
4. een lichamelijke klacht levert gelegitimeerde aandacht op.

In eerste instantie levert deze strategie winst op, men krijgt aandacht van de omgeving. Al spoedig verflauwt deze aandacht echter. Vaak zien we dan als reactie hierop dat men zich nog steviger vastbijt in deze strategie. Ook hierbij vervreemdt men uiteindelijk van de omgeving.

Zich afhankelijk maken – Zich afhankelijk maken is een strategie die vooral (maar niet uitsluitend) door ouderen wordt gehanteerd (Goldfarb 1969). Een nadeel van deze strategie is, dat men afhankelijker wordt en vooral als de hulp komt van verwanten of burens, kan dit leiden tot ernstige verslechtering van sociale relaties.

We willen nog een aantal gevolgen bespreken die met name gelden als men een beroep doet op de professionele hulpverlener.

1. Men moet erkennen hulp nodig te hebben, met andere woorden: men moet erkennen dat men de omgeving onvoldoende beheerst; dit heeft negatieve invloed op het zelfbeeld (zie het social-breakdown syndrome van Kuypers en Bengtson). Dit negatieve zelfbeeld kan men gaan generaliseren naar andere vaardigheden. Men denkt allerlei dingen niet meer te kunnen, die men in werkelijkheid nog wel kan. Door ondergebruik van die vaardigheden verliest men ze dan.

2. De hulpverlener zelf kan worden opgevat als een hulpeloosheids-inducerende factor. De hulpverlener doet immers wat hij denkt dat goed is voor de oudere. Dat maakt dat hij niet ieder verzoek van de oudere zal inwilligen. Dat is maar goed ook, want dat zou de afhankelijkheid van de hulpverlener slechts vergroten. De oudere heeft hierdoor echter geen greep op de hulpverlener en dus ook niet middels die hulpverlener op de omgeving. Juist omdat hij het gevoel heeft geen greep te hebben op de hulpverlener kan hij zich extra afhankelijk gaan voelen van die hulpverlener.

3. De hulpverlenersrelatie werkt nog op een andere manier gevoelens van hulpeloosheid in de hand. De relatie hulpvrager - hulpgever is niet gelijkwaardig. Die hulpgever is degene die macht heeft over de hulpvrager, doordat de hulpgever iets heeft (en al of niet kan geven) wat de hulpvrager nodig heeft.

Met deze strategie lijkt men dus aanvankelijk de controle over de omgeving terug te krijgen. Als men echter aan deze strategie vast blijft houden leidt dit tot verder controleverlies.

Ontkenning en regressie – Ontkenning en regressie kan men opvatten als pogingen om denkbeeldig de controle over de omgeving te herstellen. In het geval van ontkenning is de te beheersen omgeving er gewoon niet voor de betrokkene. In het geval van regressie vereenvoudigt men

de omgeving zodanig, dat men deze vereenvoudigde omgeving nog wel beheerst. Beide strategieën stellen de betrokkene aanvankelijk gerust, maar ze leiden uiteindelijk tot vervreemding van de omgeving. Inherent aan beide strategieën is dat men deze vervreemding niet bewust waarneemt en dat men steeds meer in de gekozen strategie verstrikt raakt.

Oversimplificatie – Door een langzamer verwerking van informatie kiest de oudere vaak voor het loslaten van het detail en het zich richten op de grote lijn. Deze strategie dient dus om de beheersing over de omgeving te behouden en werkt in eerste instantie positief (Birren 1970). Wordt dit echter te ver doorgevoerd, dan leidt dit tot een verminderde controle over de omgeving.

Besluit

Bij het ouder worden krijgt men in toenemende mate te maken met controleverlies over de omgeving. Problematisch gedrag van de oudere mens kan vaak worden begrepen als een poging die controle te herstellen.

Het onderkennen van dit controleverlies en de poging van de oudere om dit controleverlies te herstellen vormt onzes inziens een wezenlijk onderdeel van de behandeling van problematisch gedrag in de derde levensfase.

Literatuur

- Abramson, L.Y., J. Garber en M.E.P. Seligman (1980), Learned helplessness in humans: an attributional analysis. In: J. Garber en M. Seligman (red.), *Human helplessness—theory and applications*. Academic Press, New York.
- Birren, J.E. (1970), Toward an experimental psychology of aging. *American Psychologist* 25, 124-135.
- Butler, R.N., en M.J. Lewis (1973), *Aging and mental health*. C.V. Mosby Company, Saint Louis.
- Coyne, J.C. (1976), Toward an international description of depression. *Psychiatry* 39, 28-40.
- Cumming, Elaine, en W.E. Henry (1961), *Growing old, the process of disengagement*. Basic Books Inc., New York.
- Essed, J., en P. Eling (1986), Oorzaken van cognitieve verlangzaming bij veroudering: ruishypothese. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 17, 233-243.
- Eisdorfer, C. (1968), Arousal and performance: experiments in verbal learning and a tentative theory. In: G. Talland (red.), *Human aging and behavior*. Academic Press, New York.
- Eisdorfer, C., en M.P. Lawton (red.) (1973), *The psychology of adult development and aging*. American Psychological Association.

- Goldfarb, A.I. (1955), Psychotherapy of aged persons IV. One aspect of the psychodynamics of the therapeutic situations with aged patients. *Psychoanalytic Review* 42, 180-187.
- Goldfarb, A.I. (1969), The psychodynamics of dependency and the search for aid. In: R. Kalish (red.), *The dependencies of old people*. Ann Arbor, Michigan, Institute of Gerontology.
- Jong-Gierveld, J. de (1978), Operationalisering van het begrip eenzaamheid. *Sociologische Gids* 2, 97.
- Kubzansky, Philip E. (1961), The effects of reduced environmental stimulation on human behavior: a review. In: A.D. Biderman en H. Zimmer (red.), *The manipulation of human behavior*. New York, Wiley, 51-95.
- Kuypers, J.A., en V.L. Bengtson (1973), Social breakdown and competence (a model of normal aging). *Human development* 16, 181-201.
- Lawton, M.P. (1976), Geropsychological knowledge as a background for psychotherapy with older people. In: *Journal of geriatric psychiatry* 9, 221-233.
- Lawton, M.P., en L. Nahemow (1973), *Ecology and the aging process*. In: C. Eisdorfer en M.P. Lawton (red.), 619-674.
- Lewinsohn, P.M., en M. Arconad (1981), Behavioral treatment of depression. A social learning approach. In: J.F. Clarkin en H.J. Glazer (red.), *Depression. Behavioral and directive intervention strategies.*, Garland STPM Press, 33-67.
- Lewinsohn, P.M., en D.J. MacPhillamy (1974), The relationship between age and engagement in pleasant activities. In: *Journal of Gerontology* 27, 290-294.
- Lindsley, O.R. (1964), Geriatric behavioral prosthetics. In: R. Kastenbaum (red.), *New thoughts on old age*. New York, Springer.
- McConnell, S.R. (1983), *Retirement and employment*. In: D.S. Woodruff en J.E. Birren (red.), Brooks/Cole Publishing Company, Monterey, California.
- Miller, E. (1977), *Abnormal aging*. The psychology of senile and presenile dementia. Londen, Wiley.
- Murray, E.J. (1964), *Motivation and emotion*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Neugarten, B.L. (1973), *Personality change in late life: a developmental perspective*. In: C. Eisdorfer en M.P. Lawton (red.), 311-335.
- Offerhaus, R. (1978), *Van probleem tot psychiatrie*. Stichting Centrum St. Bavo, Noordwijkerhout.
- Orme, J.E. (1969), *Time, experience and behaviour*. London Yliffe Books Ltd.
- Pfeiffer, E. (1977), Psychopathology and social pathology. In: J.E. Birren en K.W. Schaie, *Psychology of aging*. Van Nostrand Reinhold Company, 650-671.
- Philips, B.N., R.P. Martin en J. Meyers (1972), Interventions in relation to anxiety in school. In: C.D. Spielberger (red.), *Anxiety. Current trends in theory and research*, Vol II. Academic Press.
- Regnier, V. (1983), Housing and environment. In: D.S. Woodruff en J. Birren (red.), *Aging*. Brooks/Cole Publishing Company, Monterey.
- Rietveld, W.J. (1984), *Biologische ritmen. Een inleiding in de chronobiologie*. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht.
- Rodin, J. (1980), Managing the stress of aging: the role of control and coping. In: S. Levine en H. Ursin (red.), *Coping and health*. Plenum, New York.
- Rodin, J., en E.J. Langer (1977), Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged. In: *Journal of personality and social psychology* 35, 897-902.

- Rotter, J.B. (1966), Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs* 80.
- Rotter, J.B. (1975), Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. In: *Journal of consulting and clinical psychology* 43, 56-67.
- Schulz, R. (1976), The effects of control and predictability on the physical and psychological well-being of the institutionalized aged. *Journal of personality and social psychology* 33, 563-573.
- Schulz, R., en B.H. Hanusa (1978), Long-term effects of control and predictability enhancing interventions: findings and ethical issues. In: *Journal of personality and social psychology* 36, 1194-1201.
- Swaab, D.F., E. Fliers en T.S. Partiman (1985), *The suprachiasmatic nucleus of the human brain in relation to sex, age and senile dementia*. Brain research, 37-44.
- Tallmer, M., en B. Kutner (1969), Disengagement and the stresses of aging. *Journal of Gerontology* 24, 70-75.
- Thomae, H. (1980), Personality and adjustment to aging. In: J.E. Birren en R.B. Sloane (red.), *Handbook of mental health and aging*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Welford, A.T. (1980), *Sensory, perceptual and motor processes in older adults*. In: J.E. Birren en R.B. Sloane, 192-213.
- Wigdor, B.T. (1980), *Drives and motivations with aging*. In: J.E. Birren en R.B. Sloane (red.).
- Wohlwill, J.F. (1966), The physical environment: a problem for a psychology of stimulation. *Journal of social issues* 22, 29-38.
- Wortman, Camille B. (1976), Causal attributions and personal control. In: John H. Harvey, William John Ickes en Robert F. Kidd (red.), *New directions in attribution research, Vol. I*. Erlbaum, Hillsdale.

Summary: The manifestation of psychosocial problems in the third life phase related to loss of control

Changes in the environment and in the functioning of the older person can lead to the deterioration of the ability to control that environment. Problematical behavior in the third life phase can partly be seen as a strategy to restore this diminishing control over the environment. In consequence of this, depression, hypochondria and paranoia in particular tend to have a different colouring in the third life phase than they have in previous phases. The process of dementia is possibly accelerated either through the (unsuccessful) effort of the demented person to re-establish control over the environment or just by giving up all efforts to re-establish this control.

B. van der Zee is als psycholoog-psychotherapeut verbonden aan de Stichting RIAGG Dordrecht e.o., Alblasserwaard/Vijfheerenlanden.

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 19-12-'89.