

Forever young?*

Waarom blijven psychotherapeuten gerontofob?

door J.A.A.M. van de Sande

Samenvatting

In dit artikel wordt de oorzaak van het ontstaan van gerontofobie bij psychotherapeuten toegelicht en argumenten aangedragen waarom psychoanalytische psychotherapie bij oudere mensen (boven 55 jaar) goed mogelijk en gerechtvaardigd is.

De argumenten worden ontleend aan de psychoanalytische theorie. Verder worden enkele specifieke kenmerken van psychoanalytische psychotherapie bij ouderen opgesomd. Ter illustratie een gevalbeschrijving.

Inleiding

In zijn boek *Onsterfelijkheid* (1990) beschrijft Milos Kundera hoe een vijfenzestigjarige vrouw de schrijver met haar aandoenlijke koppigheid fascineert, terwijl zij les krijgt van een jonge badmeester. Na de les loopt zij in badpak weg langs de rand van het zwembad. Ik citeer nu:

'Ze passeerde de instructeur en in een stap of vijf van hem vandaan draaide ze het hoofd nogmaals naar hem om, glimlachte en wuifde. Mijn hart kromp ineen. Die glimlach en dat gebaar waren van een twintigjarige vrouw! Haar arm schoot omhoog met een betoverende gratie. Alsof ze een bont gekleurde bal opgooide om met een minnaar te spelen. Die glimlach en dat gebaar hadden de charme en de elegantie terwijl haar gezicht en lichaam geen charme meer bezaten. Het was de charme van een gebaar, verdrongen in een lichaam zonder charme. Maar die vrouw, al moest ze uiteraard beseffen dat ze niet meer mooi was, leek het op dat moment te zijn vergeten. Met een bepaald deel van ons wezen leven we allen buiten de tijd. Misschien beseffen we onze leeftijd slechts op uitzonderlijke ogenblikken en zijn we meistens tijds leeftijdsloos.'

* Dylan B, in 'The Last Waltz'

Het citaat raakt de kern van dit artikel. Wil de patiënt altijd onsterfelijk blijven of is de psychotherapeut bang dat hij niet 'forever young' zal zijn?

Opmerkelijk is de geringe belangstelling van psychotherapeuten voor psychotherapie bij ouderen, dat wil zeggen mensen ouder dan 55 jaar. In de vakliteratuur is over dit onderwerp sinds de opkomst van de psychotherapie vanaf 1900 weinig gepubliceerd. De laatste decennia is daar gelukkig verandering in gekomen.

Waarop berust deze gerontofobie?

Als we de publikaties over het onderzoek bij oudere mensen de laatste jaren overzien valt op, dat deze studies veelal gebaseerd zijn op onderzoek bij ernstig gestoorde bejaarden (ouder dan 65 jaar). Dit gegeven is mogelijk mede bepalend voor het vaak negatieve en stereotiepe beeld van het functioneren van de oudere mensen in onze samenleving.

Hoewel er sprake is van fysieke, cognitieve en psychologische verandering c.q. achteruitgang bij de oudere mens (ouder dan 55 jaar), zal dit voor de meerderheid niet invaliderend zijn.

Gerontofobie bij psychotherapeuten zou verband kunnen houden met de eigen problemen bij het accepteren van het ouder worden. Freud zag, 42 jaar oud (1898), de behandeling van mensen boven de 50 jaar, mogelijk om diezelfde reden, somber in. Misschien was hij geïmponeerd met zijn eigen psychosomatische toestand ten gevolge van kanker en zijn angst voor de dood.

Slechts op twee plaatsen in zijn hele oeuvre wordt een opmerking gemaakt over psychotherapie bij de oudere patiënt. In 1898, 42 jaar oud, stelt hij, dat bij mensen boven de 50 'die Plastizität der seelischen Vorgänge zu fehlen pflegt' en 'alte Leute sind nicht mehr erziehbar'. Later, 49 jaar oud, stelt hij de onbehandelbaarheid van de ouderen op één lijn met die van 'kindliche Personen, oder erwachsene Schwachsinnige und Ungebildete' (Freud 1905).

Aangezien het merendeel van de praktiserende analytici 50 jaar of ouder is zouden de opmerkingen van Freud ('die Plastizität der seelischen Vorgänge zu fehlen pflegt' en 'alte Leute sind nicht mehr erziehbar') reden tot bezorgdheid kunnen geven, indien analytici deze gedachtegang op zichzelf zouden toepassen.

Daarnaast kunnen onverwerkte conflicten met eigen, soms nog levende ouders, bepalend zijn voor de terughoudendheid van de therapeut. Deze terughoudendheid kan variëren van afkeer en neerkijken 'op die lastige oudjes' tot een houding van 'hoe kan ik, als jongere, hen, die zoveel meer levenservaring hebben, nog verder helpen'.

Het onvermogen ouderen te behandelen wordt mede bepaald door het vooroordeel dat ouderdom gepaard gaat met onbehandelbare en onveranderbare organische toestanden. De vraag of het zin heeft per-

sonen die binnen afzienbare tijd zullen doodgaan, te behandelen, werkt ook niet bevorderend. Ook de angst dat tijdens een langerdurende therapie de patiënt zou kunnen overlijden, speelt de eigen angst voor de dood in de kaart. Ten slotte is er de mythe dat ouderdom gepaard gaat met rigiditeit. Rigiditeit c.q. flexibiliteit zijn geen leeftijdsgebonden factoren, maar worden bepaald door de aard van de persoonlijkheid zoals die gedurende het hele leven zich ontwikkeld heeft. Men zou kunnen zeggen: eenmaal rigide, zeker zonder behandeling, altijd rigide.

De negatieve invloed van de mythe van de rigiditeit bij ouderen betreft niet alleen het behandelingsbeleid van psychotherapeuten, maar met name ook het beleid van de behandelaars in de somatische geneeskunde.

Na de oorzaak van deze negatieve houding te hebben toegelicht, enkele argumenten waarom psychoanalytische psychotherapie bij ouderen juist wel geïndiceerd is en welke theoretische overwegingen hieraan ten grondslag liggen.

Psychoanalytische theorie van de menselijke ontwikkeling

Vroegere onderzoekers en theoretici hebben zich voornamelijk bezighouden met de ontwikkeling van de persoonlijkheid in de eerste levensjaren zodat er betrekkelijk weinig aandacht was voor de invloed van de late levensfasen op de ontwikkeling van de persoonlijkheid.

Latere onderzoekers, onder wie Mahler (W. Matthijs 1985), hebben gesteld dat de 'psychological birth' een ontwikkeling is die 'open ended' is.

Anna Freud gaf als één van de eersten aanzet tot de ontwikkeling van een theoretisch concept dat voorborduurt op de ontwikkeling in de eerste levensjaren. In 1963 kreeg dit vorm in haar 'Concept of the Developmental Lines'. Erik Erikson volgde haar op de voet met zijn epigenetische benadering (R.E. Abraham 1986).

Een recent overzicht van de ontwikkelingsfasen geven Nemiroff en Colarusso (1985) in hun uitstekende boek *The Race against Time*:

Middenfase van volwassenheid (40-60 jaar)

- Omgaan met de lichamelijke veranderingen onder andere ten gevolge van ziekte.
- Aanpassing aan de veranderende seksualiteit.
- Aanvaarding van de beperkingen in het levensperspectief wat betreft tijd en mogelijkheden.
- Omgaan met het ouder worden, het verwerken van ziekte en het sterven van ouders en anderen.
- Herziening en verdieping van de relatie met volwassen geworden kinderen.

- Acceptatie van de sociale veranderingen en verantwoordelijkheden.

Laatste fase van volwassenheid (60 jaar en ouder)

- Het in stand houden van lichamelijke gezondheid en aanpassing aan blijvende gebreken.
- Zinvol inhoud geven aan de resterende tijd (bij Erikson rijpheid versus wanhoop).
- Verwerking van het verlies van partners en vrienden.
- Blijvende oriëntatie op heden en toekomst en niet alleen uitsluitend bezig zijn met het verleden.
- Sociale contacten.
- Omkering van de rol ten aanzien van (klein)kinderen.

Colarusso gaat in 1990 nog verder. In navolging van Peter Blos' 'Second Individuation' introduceerde hij in de 'Psychoanalytic Study of the Child' het begrip 'Third Individuation' (Colarusso 1990). Hierin stelt hij dat de ontwikkeling van het zelf en de differentiatie van de objecten in de verschillende ontwikkelingsstadia een continu proces is. Deze individuatie wordt niet alleen bepaald door de voorafgaande generatie (ouders) of door identificatie met de peer-group, maar ook door de volgende generatie, namelijk de invloed van de partner en de relatie met de eigen kinderen.

Concluderend kunnen we stellen dat de libidineuze ontwikkeling en de ontwikkeling van het ego plaatsvinden gedurende het hele leven, in fasen waarin verschillende taakstellingen onderscheiden kunnen worden. Loewald (1979) is van mening dat het hele leven in feite een herbeewerking is van oude conflicten. Ontkenning van deze doorgaande ontwikkeling en de opvatting van verandering ten gevolge van ouderdom onbehandelbaar is, getuigen van kortzichtigheid. Dit kan slechts gezien worden als het gevolg van geprojecteerde angsten van de therapeut die geconfronteerd wordt met zijn eigen beperkingen.

Enkele algemene aspecten van het ouder worden

De waardering voor de ouderdom wordt vaak gekenmerkt door een zekere ambivalentie. Enerzijds heeft de ouder wordende mens een aantal kritische fasen in zijn leven doorleefd en verdient hij daarvoor bewondering, anderzijds wordt hij als zwak en afgedaan beschouwd.

Een ander gegeven is dat de mens een gevoel van stabiliteit en continuïteit ontleent aan de normen en de behoeften van zijn eigen generatie. Deze behoeften en verlangens worden in belangrijke mate bepaald door de dynamiek tussen de generaties vóór en na hem. Omdat de oudere mens geconfronteerd wordt met een exponentieel verlies van dierbaren binnen zijn familie, vrienden- en kennissenkring, wordt het

gevoel van eigen bestaanszekerheid c.q. stabiliteit en continuïteit sterk op de proef gesteld.

De toenemende angst op hoge leeftijd is niet alleen neurotisch bepaald maar is ook het gevolg van afnemende zekerheid, toenemende fysieke verandering en verminderd respect ten aanzien voor de ouderen.

Op oudere leeftijd treedt er een versnelde verandering op, zowel fysiek als in familieomstandigheden, waardoor de egofuncties zich moeten aanpassen. Ouderen worden in toenemende mate geconfronteerd met ziekten en de dood. Op deze leeftijd wordt tevens de rekening gepresenteerd van de aanslag op de eigen gezondheid door slechte gewoontes. De chronische stress uit het verleden eist zijn tol, nadat het lichaam en de geest jarenlang verdoofd zijn geweest door roken, drinken of hard werken.

De integratieve functies van het ego zijn afgenomen en de genitale behoeften zijn verminderd. Andere vormen van behoeftebevrediging, waaronder orale en anale vormen komen sterker op de voorgrond (Bailint 1957; Abraham e.a. 1980).

De emotionele instabiliteit bij ouderen hoeft niet altijd als een zwakte aangemerkt te worden, maar kan ook een gezonde emotionele mobiliteit betekenen.

Schuldgevoelens worden meer bepaald door het verleden en hun verwerking dan door gebeurtenissen in het heden. Ten gevolge van een falend geheugen kan het 'primair procesdenken' toenemen, niet in regressieve maar meer in creatieve en dynamische zin (Poslavski 1989). Dit laat uiteraard onverlet dat we rekening moeten houden met de invloed die de achteruitgang van het geheugen heeft op het sociaal functioneren.

Een eveneens positieve benadering vande ouderdom zien we ook bij Simburg (1985). Deze meent dat sommige oude mensen zich verzoend hebben met hetgeen ze bereikt hebben in het leven. Ze zouden minder defensief zijn en beschikken over een wijsheid, geput uit hun eigen levenservaringen. Hun waarden en behoeften zijn uitgekristalliseerd en ze maken een veel duidelijker onderscheid tussen wat op korte termijn van belang is en wat op langere termijn noodzakelijk en mogelijk is. Ze zouden beter in staat zijn uitstel te verdragen. Dit alles zou te maken hebben met een bepaalde gemoedstemming die Simburg met het moeilijk te vertalen begrip 'mellow' beschrijft.

Verscheidene auteurs, te beginnen bij K. Abraham (1929), zijn de mening toegedaan dat dysfunctioneren op latere leeftijd minder voorkomt bij diegenen die de 'problemen des levens' op een adequate manier hebben overwonnen. G. Abraham e.a. (1980) vragen zich bovendien af waar de energie vandaan komt die de oudere mens in staat heeft gesteld de moeilijkheden van het leven, zo fataal voor sommige anderen, te overwinnen.

Indien de narcistische krenking van de ouder wordende mens niet adequaat verwerkt kan worden, kunnen schuld- en strafbehoeften toenemen met als gevolg functionele of psychosomatische aandoeningen (Bergler 1947). Hierdoor wordt gelegitimeerd dat deze ouderen zich afhankelijk maken van de somatische medische professie. Met als gevolg mogelijk vermindering van angst en spanning, maar een overbodige toename van de medische consumptie.

Enkele kenmerken en strategieën van psychoanalytische psychotherapie bij ouderen

Als we het hebben over ouderen gaat het om individuen met een eigen voorgeschiedenis en ieder hun eigen problematiek en niet over een groep waarvoor een eenduidige behandelingsstrategie zou bestaan.

Grotjahn (1955) beschreef een verschil in dynamiek wat betreft de motivatie voor psychotherapie tussen ouderen en jongeren. De oudere mens wordt meer geconfronteerd met de realiteit van de eindigheid en heeft een minder vitaal afweersysteem. Door de eerder opgedane levenservaringen kan hij problemen beter relativiseren en kan hij pijnlijke inzichten beter accepteren. Oudere mensen zouden ook minder moeite hebben met integratieve interpretaties (Abraham e.a. 1980), alsof de weerstand tegen inzicht en verwerking geslonken is omdat 'het de hoogste tijd werd om te veranderen'.

Bij psychotherapie op oudere leeftijd is het introspectief vermogen minstens even wezenlijk als de mogelijkheid tot retrospectie, hetgeen een solide basis kan vormen voor een behandeling met een goed eindresultaat. Dit kan leiden tot bijstelling van te hoog gestelde idealen en strenge gewetensfuncties.

De psychodynamiek bij de oudere mens is anders dan bij de jong volwassene (King 1974). Bij de oudere mens is het conflict vooral gesitueerd tussen het ego en het ideaal-ik. Als de hoge idealen bijgesteld kunnen worden betekent dit het begin van een veranderd gevoel van eigenwaarde, waarbij schuld en schaamte over het falen in het verleden minder drukkend worden.

Voor sommige ouderen zijn seksuele gevoelens en masturbatieverlangens sterk schuldbeladen, schaamtevol en derhalve verwerpelijk.

Confrontatie met de eindigheid van het bestaan hoeft niet altijd te leiden tot een sombere visie op het leven, maar kan ook leiden tot een houding van 'Carpe Diem'.

De presentatie van een neurose op volwassen leeftijd is het resultaat van de onverwerkte conflicten uit de pre-oedipale en de oedipale periode en de invloed van de verschillende levensfasen daarna. De invloed van de latere fasen is tevens van belang omdat hierdoor het overdrachts-/tegenoverdrachtsspectrum bij ouderen sterk bepaald wordt. Hiat (1971) onderscheidt in 1971 de zogenaamde multigenerationele over-

drachtsfiguur. De therapeut wordt gezien als ouder, vriend, kind. Sterk erotisch gekleurde overdracht op hogere leeftijd is meer regel dan uitzondering. Als tegenoverdrachtsreacties van de therapeut noemt Hiat (1971) de overschatting van de mogelijkheden van de oudere patiënt, reddersfantasieën en gevoelens van medelijden.

De opvatting dat de genitale seksualiteit op oudere leeftijd sterk verminderd zou zijn, kan te zwaar gewogen worden in het beoordelen van de problematiek. Ontkenning door de therapeut van seksuele gevoelens bij ouderen kan het gevolg zijn van negatief gekleurde fantasieën over seksuele omgang op hogere leeftijd. Het aanrakingstaboe speelt hierbij mogelijk een rol. Is het voorstelbaar dat het strelen of zoenen van een gerimpelde huid bij een ouder iemand erotische gevoelens oproept? Het vooroordeel dat seksuele gevoelens en fantasieën geen betekenis meer hebben wordt ontkracht door de ervaring van diverse therapeuten dat erotische overdracht in de therapie bij ouderen een belangrijke en een vitale rol kan spelen.

Lazarus (1984) stelt naar aanleiding van wetenschappelijk onderzoek bij psychotherapie bij ouderen dat in de beginfase externaliseren, projecteren om zichzelf buiten het focus van de aandacht te plaatsen een opvallend fenomeen is bij ouderen. Een steunende benadering, waaronder aanmoediging en suggestie zou een positieve invloed hebben.

Het lichaamsbeeld in de latere levensfasen is een ondergeschoven kind in de psychoanalytische literatuur. Freud wees op de belangrijke invloed van het lichaam op de psychische ontwikkeling in de eerste levensjaren. Latere analytici ontwikkelden een theorie over de integratie van lichaam en psyche tijdens de puberteit. Over de narcistische krenking ten gevolge van verval van lichamelijke functies vanaf het 40e levensjaar is weinig geschreven. Colarusso en Nemiroff (1981) spreken over bekende afweermechanismen op deze leeftijd, bij voorbeeld obsessie met dieet en een gezond lichaam tot plastische chirurgie toe. Het zoeken naar een jong lichaam in de vorm van een jongere partner of het zoeken van substitutie in de vorm van een nog grotere auto of boot.

De tijdsbeleving, gevoelens van eindigheid en over de dood spelen een belangrijke rol in iedere psychotherapie. De mens heeft echter de neiging om het ouder worden, zoals in het aangehaalde citaat van Kundera, te verdringen. Er is sprake van een egocentrisme dat geen rekening houdt met de werkelijke tijd.

Vignet

Mevrouw K., 59 jaar oud, had voor zij in therapie ging al enige jaren klachten van overbelast zijn, concentratie- en geheugenverlies, een continu chaotisch gevoel, in- en doorslaapstoornissen en ochtendbraken. De hoofdpijnklachten die zij van kind af aan heeft en de obstipatie,

die dateert uit de periode dat zij op negentienjarige leeftijd het ouderlijk huis verliet, zijn tevens verergerd. Ze heeft nooit een vaste relatie gehad. Als verklaring hiervoor voert zij een ernstige familiale oogziekte aan.

Haar moeder, een intelligente, gevoelsarme vrouw, die lichamelijk altijd kwakkelde, is overleden toen patiënte 12 jaar oud was. Vader, een pater familias, streng calvinistisch, leraar van beroep, hertrouwde 6 jaar later met stiefmoeder, die wordt beschreven als een dominante en negatief ingestelde vrouw. Uit dit huwelijk wordt onder andere een halfbroer geboren, die lijdende is aan schizofrenie. Sinds het begin van de puberteit had patiënte de bijnaam 'Klaas' en speelde zij voornamelijk met jongens. Een seksuele relatie heeft zij nooit gekend, zij was in feite met haar werk getrouwd.

Samengevat gaat het hierbij om een 59-jarige vrouw, solitair levend, die heel haar leven zich ingezet heeft voor de kansarmen, altijd wat functionele klachten heeft gehad, maar zich door haar hoge streefniveau energieneurotische instelling, en het zich ten dienste stellen van de anderen heeft weten te handhaven totdat ze in het climacterium vastloopt. Ze heeft zich eigenlijk langer dan nodig en mogelijk is, door bovengenoemde eigenschappen weten te handhaven. Zij ondervindt een stagnatie in diverse levensfasen waaronder puberteit, adolescentie en in het climacterium.

In het begin van de therapie verwacht zij dat ik haar adviezen zal geven, waardoor ze rustiger zou kunnen worden. Naar aanleiding van een auto-ongeluk waarbij haar auto total-loss was, onthult zij met veel schroom dat ze suïcidale gedachten heeft. Net zoals in de puberteit, toen moeder overleden was en stiefmoeder meer het heft in handen nam thuis, zodat zij minder belangrijk werd voor vader.

Als halfbroer weer psychotisch wordt, wordt zij nog depressiever en krijgt wraakgevoelens ten opzichte van haar stiefmoeder, van wie ze vindt dat zij met haar apeliëfde haar halfbroer helemaal gek gemaakt heeft, waardoor deze regelmatig opgenomen moest worden en zijn heil zocht bij allerlei strenge godsdienstige sekten. Over haar wraakgevoelens voelt ze zich schuldig en de suïcidedgedachten blijven haar achtervolgen.

Na een half jaar therapie voor het zomerreces wil ze stoppen, omdat ze niet afhankelijk wil worden van de therapeut. De therapeut kenmerkt zich tot dan toe vooral door het bewerken van de weerstand. Door rationaliseren en overactiviteit weert zij haar angst voor passieve behoeftebevrediging af. Ik heb ook de indruk dat zij door het vertellen van haar verhaal en het feit dat er naar haar geluisterd wordt 'iets in zichzelf aan het opruimen is', terwijl zij daarnaast meer inzicht krijgt.

Na het zomerreces zegt ze veel gedachtenflitsen over mannen te hebben. Zij noemt een blinde oom die aan haar zat, een man in de trein

die haar achtervolgde, een huisarts, die haar bij vaginaal onderzoek op hardhandige wijze ontmaagde. Haar gedrag in deze periode is wisselend, soms is zij heel druk en dan weer zwijgt zij lang, hetgeen slaapverwekkend is. Voor het eerst verschijnt zij in een nieuw ensemble in modieuze tinten, terwijl ze vroeger steeds dezelfde kleurloze jurk droeg. De bewerking van deze positieve overdrachtsgevoelens heb ik bewust laten liggen in deze fase van de therapie.

Een botsing met stiefmoeder leidt ertoe dat patiënte in haar eigen bed slaapt en stiefmoeder op de bank, terwijl het daarvoor andersom was. Ze vindt dit een overwinning enerzijds, maar voelt zich schuldig.

In het najaar wil ze weer stoppen met de therapie. Deze keer op de vlucht voor haar positieve gevoelens. Als ze besluit toch door te gaan, krijgt ze kort daarop een ernstige bronchitis. Oude herinneringen van toen zij zelf in haar eentje ziek op bed lag terwijl haar moeder haar liefdevol verzorgde, komen boven.

Als ik haar op zeker ogenblik confronteer met haar situatie nu en die vergelijk met de toestand een klein jaar geleden toen zij depressief en suïcidaal was, krijgt zij tijdens de sessie een hyperventilatieaanval en raakt zij in paniek. Na gekalmeerd te zijn herinnert zij zich hoe haar oom haar beschreef aan het graf van moeder, als een dapper meisje, even consciëntieus als vader.

Als zij thuis daarna een aantal keren een hyperventilatieaanval krijgt, beschrijft ze dat niet meer als angstaanjagend maar meer 'alsof het leven van heel diep moet komen'. Een geslaagde suïcide van een ex-collega van dezelfde leeftijd brengt haar weliswaar uit haar evenwicht, maar zij kan zich op de been houden omdat haar leven weer zin en kleur begint te krijgen. Ze durft zich méér te realiseren van haar boosheid al is het nog niet op het moment zelf. Het rouwen over het inzicht dat zij in haar leven zo weinig aan zichzelf gedacht heeft, komt op gang.

De vraag dringt zich bij haar op wie ze nu eigenlijk is. Is ze soms lesbisch? Of is ze schizofreen? Een gespleten persoon, omdat ze zich altijd weggecijferd heeft en zich niet om zichzelf heeft bekommerd. Lesbisch omdat zij niks met haar seksuele gevoelens gedaan heeft. Ze is altijd blind geweest voor de fijne dingen in het leven. Tijdens een fietsvakantie met vriendinnen in Oostenrijk geniet zij van de bloesem, maar voelt zich tevens verdrietig dat zij niet eerder genoten heeft van de mooie dingen in het leven. Het besef dat de erfelijke aanleg voor blindheid slechts een rationele motivatie was om intieme relaties uit de weg te gaan, is hard. Na het bezoek van haar psychotische halfbroer komt ze verheugd vertellen dat ze niet schizofreen is. Hij is leeg en zij heeft weer gevoel van binnen.

Haar toestand stabiliseert in die zin dat zij 's nachts nog wel verdrietig is, maar niet meer zo uit het evenwicht raakt. Ze legt nu contacten en pakt de oude contacten die zij de laatste acht jaar verwaarloosd had weer op. Voor het zomerreces kondigt zij wederom aan te willen stoppen

maar nu niet zo abrupt als de vorige keer. Ze wil eerst kijken of zij het tijdens mijn afwezigheid zelf aankan en wil het definitieve besluit om te stoppen pas nemen na de vakantie. Ik stem hiermee in en diezelfde avond geeft zij een pakje met een geslepen prisma af aan mijn dochter die de deur open doet. Ze zegt dat ze mij niet hoeft te spreken en vraagt haar het pakje aan mij te geven.

Vormen van psychotherapie bij ouderen

Het merendeel van de eerdergenoemde auteurs is van mening dat alle vormen van psychotherapie toepasbaar zijn bij deze categorie oudere patiënten. Het scala van therapeutische mogelijkheden varieert van steunende analytische psychotherapie in combinatie met farmacotherapie en psychodynamisch georiënteerde inzichtgevende therapie tot psychoanalyse. De setting kan zowel individueel als echtpaar-groepsgevijs zijn (Jongorius 1988).

Sommige auteurs vinden dat het stellen van een focus en een limitering van het aantal zittingen een gunstige invloed heeft op het behandelingsresultaat. Anderen maken melding van een aanpassing van de analytische techniek, namelijk dat in de beginfase van de behandeling het structurerend aspect meer aandacht behoeft. Actuele problemen zouden meer aan de orde dienen te komen in de beginfase met aandacht voor corrective emotional experience. Dit zou de weg vrij kunnen maken voor retrospectie op het achterliggende leven, (een mogelijke) ordening van inzichten en ten slotte bewerking van schuld- en schaamtegevoelens. Daarnaast zou zeer wel mogelijk met behulp van duidingen en bewerkingen van de overdracht een structurele, intrapsychische verandering bewerkstelligd kunnen worden. Mijn indruk uit de literatuur is dat de gedragstherapie sec bij deze categorie patiënten te weinig mogelijkheden biedt en (partiële) bewerking van de overdrachten en de afweermechanismen veruit de voorkeur geniet. De laatste levensfase biedt in ieder geval ruimschoots de mogelijkheid tot voortgaand zelfinzicht, acceptatie en integratie van deze aspecten.

Van gerontofobie naar gerontopsychotherapie?

Uit het voorbeeld blijkt dat het buitengewoon vruchtbaar is intensief psychotherapie te bedrijven bij ouderen. Bij een geslaagde behandeling hoeft de oudere mens zich niet meer zo terug te trekken in zijn of haar isolement en kan hij of zij in het privé-leven nieuwe wegen inslaan op basis van vrijwilligerswerk of anderszins participeren in het openbare leven. Anderzijds kunnen anderen profiteren van de ervaringen, relativeringen en de wijsheid die de oudere mens kan inbrengen. Beter inzicht in en acceptatie van de leefwereld van de ouderen kunnen, naar ik hoop, leiden tot relativering van vastliggende visies op bepaalde sa-

menlevingsverbanden zoals bij voorbeeld het instituut huwelijk. Bovendien nu de levensduur verlengd is en er na het vijftigste jaar sprake is van een nieuwe, langdurige levensfase (> 25 jaar) met specifieke eisen en taken, kan deze groep patiënten niet meer uitgesloten worden van reguliere psychotherapeutische behandeling. De kosten die bij iedere nieuw geïntroduceerde behandelingsvorm ontstaan, worden mijns inziens ruimschoots gecompenseerd door de verminderde medische consumptie (Van der Lande 1988), om maar te zwijgen van de verbetering van de kwaliteit van leven.

De verkeerde voorstelling van de ouderdom, variërend van de oude hulpbehoevende tot het stereotype van de alwetende wijze grijsaard, behoort dan hopelijk tot het verleden. Evenals voor de psychotherapeut de illusie 'Forever Young' te kunnen zijn!

Literatuur

- Abraham, G., P. Knocker en P. Gada (1980), Psychoanalysis and ageing. *International Review of Psychoanalysis* 3, 147-155.
- Abraham, K. (1929), Le pronostic du traitement psychoanalytique chez les sujets d'un certain age. In: *Oeuvres Complètes. Tome II*. Payot, Parijs.
- Abraham, R.E. (1986), *Somatoforme stoornissen, lichamelijke klachten en psychoanalytische diagnostiek*.
- Balint, M. (1957), The psychological problems of growing old. In: *Problems of Human Pleasure and Behaviour*. Hogarth Press, Londen.
- Bergler, E. (1947), Elderly neurotics. *Diseases of the Nervous System* 8, 35-36.
- Colarusso, C.A., en R.A. Nemiroff (1981), *Adult development*. Plenum Press, New York.
- Colarusso, C.A. (1990), The third individuation. *Psychoanalytic Study of the Child* 45, 179-195.
- Erikson, E.H. (1959), *Identity and the Life Cycle*. Basic Books, New York.
- Freud, A. (1963), The concept of developmental lines. *Psychoanalytic Study of the Child*, XVIII.
- Freud, A. (1898), Die Sexualität in der Aetiologie der Neurosen. *Studienausgabe Band V*. Fischer Verlag.
- Freud, S. (1905), Über Psychotherapie. *Studienausgabe Ergänzungsband*. Fischer Verlag.
- Grotjahn, M. (1955), Psychothérapies analytiques des gens agés. *La Psychoanalyse* 2, 245-55.
- Hiat, N. (1971), Dynamic psychotherapy with the aging patient. *American Journal of Psychotherapy* 25, 591-600.
- Jongorius, P.J. (1988), Psychotherapie bij ouderen. Uit: *Verslag van de NZR/SGGZ Studiedag 1988*.
- King, P.H.M. (1974), Notes on the psychoanalysis of older patients. Reappraisal of the potentialities for change during the second half of life. *Journal of Analytic Psychology* 19, 22-3.
- Kundera, M. (1990), *Onsterfelijkheid*. AMBO.
- Lande, J.L. van de (1988), Van geluk verstoken. *Nieuws voor psychotherapeuten*, XX, 1, 5-10.

- Lazarus, L.W. (1984), *Psychotherapy with elderly*. American Psychiatric Press Inc., Washington DC.
- Loewald, H.W. (1979), Instinct Theory, Object Relations and Psychic Structure Formation. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 26, 493-506.
- Loewald, H.W. (1979), Reflections on the psychoanalytic process and its therapeutic potential. *Psychoanalytic Study of the Child* 34, 155-67.
- Matthijs, W. (1985), Object constancy: de theorie van de normale ontwikkeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 27, 6.
- Nemiroff, R.A., en G.A. Colarusso (1985), *The race against time*. Plenum Press, New York.
- Poslavsky, A. (1989), Psychoanalyse in de tweede levenshelft. Uit: *Psychoanalyse in beeld*. Studium Generale reeks 8806.
- Simburg, E.J. (1985), Psychoanalysis of the older patient. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 33, 1, 117-132.

Summary: Forever young? Why psychotherapists remain gerontophobia

This article elucidates the cause of the origin of 'gerontophobia' with psychotherapists. Arguments are adduced to illustrate that psycho-analytic psychotherapy can very well be applied to elderly persons (i.e. over 55 years old). The arguments are derived from the psychoanalytic theory. Besides this article gives a summing up at some specific characteristics of the psychoanalytic psychotherapy with elderly persons. This is illustrated by a case history.

Keywords: gerontophobia with psychotherapists and psychoanalytic psychotherapy with elderly persons.

De auteur is als psychiater/psychoanalyticus verbonden aan de RIAGG, 's-Hertogenbosch.

Dit artikel is een bewerkte versie van een lezing, gehouden op het symposium 'Psychoanalyse en middelbare leeftijd', georganiseerd door het Nederlands Psychoanalytisch Genootschap en de Psychoanalytische kern van Noord-Brabant en Zeeland.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 25-8-1992.