

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Doodsangst en doodsverlangen bij ouderen

Een existentieel-psychoanalytisch behandelperspectief

QUIN VAN DAM

Ouderen worden veelvuldig geconfronteerd met de dood: veel naasten overlijden en ook de horizon van hun eigen sterven komt snel in zicht. Hoe ervaren ze dat? Geven ze zich eraan over, zijn ze bang of verlangen ze ernaar en denken ze aan euthanasie? Het zijn vragen die altijd al van belang zijn geweest, maar die op dit moment een speciale urgentie hebben. Onze samenleving is immers gefocust op de jonge, gezonde mens, terwijl er tegelijk steeds meer ouderen zijn.

Dat roept de vraag op wat onze rol als psychoanalytisch therapeut (psychoanalyticus of psychoanalytisch psychotherapeut) is wanneer mensen op hoge leeftijd worstelen met de dood. In een recent artikel in dit tijdschrift liet ik zien dat doodsangst in de psychoanalyse traditioneel niet aan bod kwam (van Dam 2018). De existentieel-psychoanalytische behandeling is dan ook een welkome aanvulling (Straker 2013; van Dam 2018). Wat kan deze betekenen in het geval van ouderen?

Na een ontwikkelingspsychologische beschouwing over de laatste levensfase bespreek ik doodsangst bij de oudere patiënt, en geef ik aan hoe de psychoanalytisch therapeut deze kan herkennen. Vervolgens behandel ik de oudere die juist verlangt naar de dood en het leven als voltooid lijkt te beschouwen. Ik sluit af met de consequenties voor de behandeling van doodsangst en doodsverlangen.

¶ *Ontwikkelingstaak van de laatste levensfase*

De verschillende ontwikkelingspsychologische theorieën over de ontwikkelingstaken van de laatste levensfase tonen een gelijksoortig beeld (Corr & Corr 2013). De theoretici benadrukken dat het er in deze fase om gaat een gevoel van harmonie en vervulling te bereiken (*wholeness; integrity*). Door introspectie en zelfreflectie blikken mensen terug op hun verleden, en voltooiën zij de ontwikkelingstaken uit eerdere fasen. Zo kunnen zij conflicten of teleurstellin-

gen vanuit een nieuw perspectief beschouwen, deze een andere betekenis geven en zich voorbereiden op de dood (Corr & Corr 2013).

Erikson (Erikson & Erikson 1998) typeert de levensfase waarin de menselijke ontwikkeling zijn voltooiing bereikt als het stadium van ego-integriteit (het tegendeel van wanhoop). In het daaraan voorafgaande stadium van de generativiteit (het tegendeel van stagnatie) beseffen ouderen dat hun leven eindig is en dragen zij taken en verantwoordelijkheden over aan de leden van de volgende generatie.

Ze verliezen niet de belangstelling voor het leven, maar realiseren zich dat hun plaats daarin van afnemende betekenis is. Vaak stellen zij zich dienend op ten aanzien van de volgende generaties. Zo springen ze in bij de zorg voor de kleinkinderen, en in werksituaties adviseren ze hun opvolger, gebruikmakend van hun kennis en ervaring.

Het besef van de naderende dood brengt ouderen er ook toe zich af te vragen hoe zij de tijd die hun rest zullen besteden, en wat wezenlijk van belang is in hun leven (Straker 2013; van Dam 2018). Als ouderen erin slagen het stadium van ego-integriteit te bereiken, dan treden zij de dood in veel gevallen met berusting tegemoet en accepteren zij hun leven zoals dat geweest is.

Johan Ark, 74 jaar, scheidde op 29-jarige leeftijd en veranderde kort daarop van loopbaan. Hij veroordeelt zichzelf om de verloren jaren, doordat hij op relationeel en werkgebied verkeerde keuzes maakte: 'Ik had meer kunnen bereiken als ik niet zo stom geweest was'. Reflectie op die periode brengt hem tot het besef dat hij door zijn strenge en inperkende opvoeding niet geleerd had zich af te vragen welke partner en studie bij hem pasten. Met behulp van introspectie ervaart hij hoe angstig en onzeker hij als jonge twintiger in het leven stond, en zich bij zijn keuzes vooral liet leiden door zijn behoefte het strenge gezinsmilieu te ontvluchten en houvast te krijgen. Dit besef helpt hem te accepteren hoe zijn leven gelopen is en zijn strenge zelfkritiek los te laten. Hij kijkt nu milder naar zichzelf en waardeert wat hem gelukt is in zijn leven. Deze levenswijsheid deelt hij met zijn kinderen.

Indien ouderen er niet in slagen het stadium van ego-integriteit te bereiken, dan kan dit leiden tot spijt en wanhoop. Ze zijn dan ontevreden over de wijze waarop hun leven is gelopen en de mogelijkheden ontbreken om daar alsnog verandering in te brengen. In veel gevallen leidt dit tot een toename van de doodsangst.

Jeannette Boom, 73 jaar, voelt zich tekortgedaan en is bang om eenzaam te sterven. Vijftien jaar geleden werd ze verlaten door haar partner, die koos voor een jongere vrouw: 'Niemand kijkt naar mij om, mijn kinderen zijn alleen maar met zichzelf bezig'. Door haar verwijtende houding stoot ze

leeftijdgenoten af. Na lang aandringen van haar oudste zoon neemt ze deel aan een ggz-groep voor ouderen met depressieve klachten.

¶ *Doodsangst bij ouderen*

De mate van doodsangst ligt bij de meeste ouderen doorgaans op een hanteerbaar niveau en verstoort hun dagelijkse activiteiten niet (Kastenbaum 2014). Ouderen rapporteren in enkele wetenschappelijke onderzoeken zelfs minder doodsangst dan jongere volwassenen. De onderzoeksresultaten geven echter alleen een beeld van de bewuste doodsangst, aangezien gebruik is gemaakt van vragenlijsten voor zelfrapportage (Kastenbaum 2014).

Om de discrepantie tussen bewuste en onbewuste doodsangst te onderzoeken bij jongere volwassenen (20-50 jaar) en bij ouderen (75-90 jaar), maakten De Raedt en Van Der Speeten (2008) aanvullend gebruik van de Emotionele Stroop-taak om het onbewuste angstniveau te bepalen. Bij deze taak kregen de proefpersonen drie soorten kaarten voorgelegd. Op één deel van de kaarten waren strengen van met elkaar verbonden letters X afgebeeld, op een ander deel stonden neutrale woorden. Een derde deel toonde woorden die verband houden met de dood. De letters X en de twee soorten woorden waren *at random* in vijf verschillende kleuren geprint.

De proefpersonen kregen de opdracht zo snel mogelijk de kleur te noemen en af te zien van de betekenis van het woord. Bij deze Stroop-taak wordt ervan uitgegaan dat de tijd die nodig is om de kleur te noemen — de informatieverwerkingstijd — wordt beïnvloed door de emotionele betekenis van het woord. In dit onderzoek was dat de bedreigende betekenis van woorden die aan de dood gerelateerd zijn. Het verschil in verwerkingstijd is daarmee een maat voor de onbewuste emotionele lading van een woord. Deze aanname wordt ondersteund door wetenschappelijk onderzoek (De Raedt & Van Der Speeten, 2008).

Het onbewuste angstniveau bleek hoger bij de jongeren dan bij de ouderen. De onderzoekers veronderstellen daarom dat zij de bewuste doodsangst ontkennen. Het ontbreken van de discrepantie tussen onbewuste en bewuste doodsangst bij ouderen kan erop wijzen dat zij deze niet ontkennen en de onvermijdelijkheid van hun dood accepteren (De Raedt & Van Der Speeten, 2008).

De beperkte mate van doodsangst bij ouderen is overigens niet in alle gevallen een gunstig teken en een blijk van acceptatie van de dood. De beperkte doodsangst kan er ook op wijzen dat een deel van de ouderen ontevreden is over de kwaliteit van hun leven, dat zij geen positieve vooruitzichten hebben en de dood zien als een ontsnapping. Zo ervaren sommige ouderen veel spanning door het veelvuldig verlies van naasten, eenzaamheid, financiële zorgen of lichamelijke en psychische gebreken (Kastenbaum 2014).

Willem Balk, 72 jaar, is door een oogziekte sinds een half jaar blind en dringt aan op euthanasie. De psychoanalytisch therapeut vraagt hem waar hij van weg wil, hoe hij zich de dood voorstelt en hoe het voor anderen zal zijn als hij er niet meer is. De patiënt is verdrietig en woedend over het verlies van zijn gezichtsvermogen. Daarnaast ervaart hij het als zeer krenkend dat anderen hem betuttelen en hem zaken uit handen nemen die hij nog zelf kan doen. Als de therapeut zijn pijn, woede en verdriet over het verlies erkent, ervaart hij weer contact en voelt hij zich serieus genomen. Het helpt hem ook beter aan te geven waartoe hij zelf in staat is. Zijn doodswens verdwijnt naar de achtergrond.

De intensiteit van doodsangst neemt vaak toe als reactie op het verlies van een belangrijke naaste, bij ziekte of psychische problemen en in een bedreigende of onzekere situatie (van Dam, 2018). Van primaire existentiële doodsangst is sprake als de dood een reële bedreiging van het bestaan vormt. Secundaire doodsangst vloeit voort uit een innerlijke ervaring van dreiging. Deze vormen komen vaak in combinatie voor. Zo is Karel Blok, 82 jaar, angstig als zijn levenseinde nadert (primaire doodsangst), maar ook bang dat hij na zijn dood afgerekend zal worden op zijn aardse daden (secundaire doodsangst). De primaire doodsangst is in de psychoanalyse echter nauwelijks geïntegreerd, omdat Freud doodsangst uitsluitend opvatte als een afgeleide angst, en een aanwijzing voor dieperliggende problemen (Langs 2008; Razinsky 2013; van Dam 2018).

Naar de elementen van doodsangst is veel onderzoek gedaan. Zo onderzochten Mikulincer en Florian (2008) de betekenis van de dood met gebruikmaking van de vragenlijst *Fear of Personal Death*. Uit een factoranalyse bleek dat de 31 items gecentreerd waren rond zes factoren die betrekking hebben op drie dimensies: *intrapersoonlijke*, *interpersoonlijke* en *transpersoonlijke* zorgen over de dood.

Intrapersoonlijke zorgen betreffen twee factoren (kenmerkende items staan tussen haakjes): de onmogelijkheid plannen te verwezenlijken (‘de dood beangstigt mij omdat mijn plannen en activiteiten worden stilgelegd’) en vernietigingsangst (‘angst omdat mijn lichaam uiteenvalt’).

Frans Croix, 68 jaar, hoogleraar en ongeneeslijk ziek, is onbereikbaar voor zijn partner en kinderen. Op de goede momenten die hem resten, richt hij zich uitsluitend op zijn wetenschappelijke activiteiten. Nu dat niet meer lukt, verzoekt hij om euthanasie.

In dit voorbeeld domineert de angst om activiteiten niet te kunnen voortzetten. De patiënt werkt uit alle macht door, en zijn vermijding van het afscheid is pijnlijk en onbegrijpelijk voor zijn partner en kinderen. Zijn houding brengt

bij de huisarts — moeder van drie jonge kinderen — een door verontwaardiging en onmacht gekleurde tegenoverdrachtsreactie teweeg.

Bij *interpersoonlijke* zorgen gaat het om angst voor het verlies van de sociale identiteit (‘angst dat mijn verlies geen pijn doet bij hen die mij na staan’) en angst voor de gevolgen van de dood voor gezin en vrienden (‘angst omdat mijn gezin mij nodig heeft’).

Karim Amrani, 78 jaar, is ernstig ziek en heeft nog slechts enkele maanden te leven. Hij bezweert de huisarts bij huisbezoek in het bijzijn van zijn familie niet te praten over de ernst van zijn ziekte en zijn te verwachten overlijden. Zij vraagt hem waarvoor hij het meest bang is. Het blijkt dat hij een leidende rol in zijn familie heeft en bang is dat de familie niet zonder hem verder kan. Na enkele gesprekken over zijn angst en over de reële mogelijkheden van zijn familie, stemt hij in met haar voorstel een familieberaad te beleggen.

Hier regeert de angst om een leidende rol op te geven, en wordt het naderend overlijden ontkend. De huisarts is aanvankelijk verrast door het verzoek om hier niet over te spreken. Ze vraagt zich af welke behoefte hierachter schuilgaat, en vermoedt dat de geheimhouding gedreven wordt door angst. Door de gesprekken voelt de patiënt zich erkend in zijn angst en beseft hij dat deze niet reël is. Dit besef helpt hem in te stemmen met het familieberaad.

Bij *transpersoonlijke* zorgen zijn mensen bang voor wat er gebeurt ná de dood (angst voor het onbekende), of voor bestraffing in het hiernamaals. De casus van Karel Blok, die hiervoor al even genoemd werd, geeft hier een voorbeeld van. Hij is angstig voor het hiernamaals en vreest een afrekening van zijn aardse leven.

Onderzoek van Mikulincer en Florian (2008) laat overigens zien dat de inhoud van de angst individueel zeer verschillend kan zijn. Voor de psychoanalytisch therapeut is het van belang te beseffen dat deze inhoud in sterke mate kan afwijken van zijn eigen beleving en wijze van reageren bij confrontatie met de dood.

¶ *De rol van de therapeut bij doodsangst*

Aangezien doodsangst in veel gevallen meer op onbewust dan bewust niveau speelt, dient de psychoanalytisch therapeut gespitst te zijn op kenmerken en aanleidingen. De volgende zes vragen zijn daarbij behulpzaam.

- 1. IS ER EEN ADAPTIEF OF DISADAPTIEF BESEF VAN DE DOOD? Tijdens de cognitieve ontwikkeling leren kinderen orde en structuur aan te brengen, onduidelijkheden en onzekerheden te verdragen en bedreigende situaties te taxeren. Als kinderen een concreet en realistisch besef van de dood ontwikkelen, dan

wordt dit besef onderdeel van hun cognitieve structuur en is de dood minder bedreigend (Lehto & Stein 2009). Ze beseffen dat de dood *universeel* is, dat wil zeggen dat ieder levend wezen uiteindelijk doodgaat, en dat het moment waarop de dood toeslaat *onvoorspelbaar* is. Bovendien begrijpen ze dat het dode lichaam dan verkeert in een *onomkeerbare* en *niet-functionele staat*, dat wil zeggen dat alle levensfuncties voorgoed stoppen (Corr & Corr 2013).

Ontbreekt dit adaptieve en realistische doodsbef, dan kunnen primitieve en magische angsten blijven bestaan, die ook op latere leeftijd van invloed zijn. Zo leed een 84-jarige vrouw onder de magische angst dat zij (in plaats van haar stoffelijk overschot) na haar begrafenis opgegeten zou worden door insecten. De nuchtere realiteit dat zij dan niet meer bestaat en dit niet meemaakt, moest het afleggen tegen haar angst (van Dam 2017).

► 2. WELKE INVLOED HEBBEN CULTURELE EN RELIGIEUZE OVERTUIGINGEN OP HET BESEF VAN DE DOOD? Onderdeel van de cognitieve structuur is ook de betekenis die aan de dood wordt toegekend. Culturele en religieuze overtuigingen hebben, afhankelijk van een belonende of straffende beschrijving van het hiernaamaals, een positieve of negatieve invloed op doodsangst (Lehto & Stein 2009). De socioculturele vorming beïnvloedt de cognitieve, experiëntiële en mogelijk ook emotionele aspecten van doodsangst. Zo is in de westerse maatschappij ontkenning van de dood de overheersende houding. Dit kan tot uiting komen in de neiging de confrontatie met zieken en ouderen te vermijden.

Sekseverschillen blijken ook een rol te spelen: in de onderzoeksliteratuur blijkt dat vrouwen meer doodsangst rapporteren dan mannen (Lehto & Stein 2009). Als mogelijke verklaring wordt aangevoerd dat vrouwen meer dan mannen gevoelens toelaten en ook meer oog hebben voor relaties. Daardoor ervaren zij meer dan mannen de angst de ander te verliezen, en beseffen zij meer wat hun eigen dood voor anderen kan betekenen (Kastenbaum 2014).

► 3. BRACHTEN EERDERE IDENTITEITSONTWIKKELINGEN EEN TOENAME VAN DOODSANGST TEWEEG? Overgangsfasen in de identiteitsontwikkeling leiden vaak tot een toename van doodsangst. Zo ervaren studenten die worstelen met belangrijke levenskeuzes meer doodsangst dan studenten die richting geven aan hun bestaan. Deze doodsangst kan daarom ook gezien worden als angst voor het leven. Mensen van middelbare en oudere leeftijd vertonen meer doodsangst als zij met weinig voldoening en veel spijt terugkijken op hun leven, en daaraan geen betekenis en richting kunnen geven. Kunnen ze dat wel, dan rapporteren ze minder doodsangst (Lehto & Stein 2009).

Veel stress en doodsangst kunnen ook optreden bij overgangssituaties, zoals pensionering, verhuizing naar een verzorgingstehuis, en bij het einde van een psychotherapeutische behandeling. Ook bij kroonjaren, zoals 50, 65 of 70 jaar, kunnen beleefde discrepanties tussen wat men wilde bereiken en wat men daadwerkelijk heeft bereikt leiden tot verheving van doodsangst.

► 4. HOE BEÏNVLOEDEN VROEGKINDERLIJKE ERVARINGEN DE MATE VAN DOODSANGST? Uit een literatuuroverzicht blijkt dat doodsangst op latere leeftijd heviger is als er in de kindertijd sprake is van emotionele verwaarlozing en een gemis aan veilige emotionele bindingen (Lehto & Stein 2009). Bij langdurige blootstelling aan stress raakt doodsangst juist op de achtergrond en wordt deze minder bewust beleefd (Lehto & Stein 2009). Zo vertelde een 66-jarige vrouw over het vele lichamelijke geweld in het ouderlijke gezin, dat haar zelfbeeld sterk ondermijnde. Toen de psychoanalytisch therapeut informeerde naar doodsangst bleek dat zij als volwassene gepreoccupeerd was met de dood zonder daarbij veel angst te ervaren. Zij beleefde de dood als een mogelijke ontsnapping aan haar akelige bestaan. Pas toen ze ernstig ziek werd, beseftte ze hoezeer ze hechtte aan het leven. Dit besef hielp haar de fatalistische houding te laten varen en te proberen zo veel mogelijk uit het leven te halen (van Dam 2017).

► 5. BEÏNVLOEDEN ACTUELE GEBEURTENISSEN DE MATE VAN DOODSANGST? Een omgeving met veel stress en potentiële destructie, zoals een burgeroorlog of een andere onvoorspelbare situatie, kan veel doodsangst teweegbrengen. Dat geldt ook voor confrontaties met sterven en dood in privé- of werksituaties (Lehto & Stein 2009). Ook de opheffing of <dood> van een bedrijf door een faillissement of fusie roept soms heftige doodsangst en rouwreacties bij de medewerkers op. Deze reacties zag Kahn (2017), antropologe en psychoanalytisch geschoold organisatiepsychologe, toen zij tijdens de financiële crisis van 2008 als participierend observator het gedrag observeerde van bankmedewerkers tijdens het faillissement van een grote bank in Londen.

Wanneer iemand te horen krijgt levensbedreigend ziek te zijn, dan kan de slechte diagnose of prognose een heftige vernietigingsangst oproepen. Bij herstel van de ziekte kunnen symptomen resteren van een posttraumatische stressstoornis (Pool 2009). Iemand die rouwt over het verlies van een naaste kan zelf ook een toename van doodsangst ervaren door het toegenomen besef van de eigen sterfelijkheid. Yalom (2008) benadrukt daarom dat de behandelaar oog dient te hebben voor doodsangst bij de rouwende patiënt, een volgens hem onderschatte component van de rouwverwerking.

► 6. HOE HANTEERDE DE PATIËNT EERDERE CONFRONTATIES MET DE DOOD EN DOODSANGST? Vaak dringen we doodsangst grotendeels naar de achtergrond. Deze adaptieve reactie voorkomt dat we in het dagelijks leven verlamd raken door angst en dreiging. Op onbewust niveau kan de doodsangst echter nog steeds zijn invloed doen gelden, al kunnen zelfvertrouwen en het vermogen richting te geven aan het eigen bestaan de impact daarvan verminderen (Lehto & Stein 2009).

Doodsangst kan ook een bron van motivatie vormen. Het besef van onze sterfelijkheid confronteert ons immers met de dualiteit van leven en sterven.

De existentieel-psychoanalytische benadering neemt juist deze dualiteit als focus (Straker 2013). De psychoanalytisch therapeut helpt de patiënt de dood onder ogen te zien en daarover te rouwen, en moedigt de patiënt daarnaast aan zo goed mogelijk gebruik te maken van de tijd die hem rest (Straker 2013; van Dam 2018).

Yalom (2008) adviseert om de pijn van de eindigheid te verzachten door te streven naar een vorm van symbolische onsterfelijkheid. Dat kan op drie manieren.

- In de eerste plaats door te beseffen dat we tijdens ons leven als een steen in het water rimpelingen veroorzaken: na onze dood leven we voort in anderen, zoals onze kinderen, vrienden en personen uit ons werk.
- Ten tweede door te investeren in emotionele relaties en verbindingen aan te gaan.
- Als laatste raadt hij aan alles uit het leven te halen, zodat er niets voor 'hem' — de dood — wordt overgelaten.

Als de psychoanalytisch therapeut bij de beantwoording van deze vragen signalen van doodangst opmerkt, dan kan hij die als startpunt gebruiken voor een verdere exploratie. In een eerder artikel gaf ik veel voorbeelden van zulke explorerende vragen (van Dam 2018).

¶ *Doodsverlangen bij ouderen*

Vanuit ons overlevingsinstinct zullen we meestal angstig reageren op de dood. Toch kunnen mensen het leven als zo zwaar ervaren dat deze angst wordt overvleugeld door doodsverlangen. Dit is het geval bij een toenemend aantal mensen van zeventig jaar en ouder zonder psychische stoornis of levensbedreigende ziekte. Zij zien het leven als voltooid en dringen aan op wettelijke mogelijkheden tot euthanasie (van Wijngaarden e.a. 2015).

In de media krijgt deze groep ouderen vooral aandacht vanwege de vraag of euthanasie bij hen gerechtvaardigd is. Van Wijngaarden (2016) ging in haar tot op heden wereldwijd unieke studie op zoek naar de achtergrond van deze euthanasievraag, door ouderen te vragen waarom zij hun leven als voltooid beschouwen en hevig naar de dood verlangen. Als onderzoeksmethode gebruikte zij diepte-interviews — gebaseerd op de filosofische fenomenologie — die van de onderzoeker een open houding en een daadwerkelijke bereidheid om te luisteren, te kijken en te begrijpen vragen (van Wijngaarden e.a. 2015).

Deze onderzoeksmethode is ook voor wetenschappelijk onderzoek in de psychoanalytische therapie interessant, omdat deze goed aansluit bij de psychoanalytische manier van observeren en luisteren, en helpt een brug te slaan tussen de psychotherapeutische praktijk — gericht op individuele kwetsbaar-

heden — en de zorgen en ervaringen van grote groepen, zoals in dit geval ouderen.

Uit de interviews bleek dat deze ouderen in het verleden actieve mensen waren die leefden vanuit een persoonlijke ethiek waarin zelfbeschikking, individuele keuzevrijheid, onafhankelijkheid en eigen verantwoordelijkheid belangrijke waarden waren. Zij waren bang voor een afhankelijke positie en wilden graag controle over hun leven hebben (van Wijngaarden 2016). Ze waren niet bereid zich over te geven aan de veranderde omstandigheden in hun huidige situatie, en zagen de dood als de enige uitweg.

Deze ouderen beleefden een voortdurende spanning tussen wie zij nu waren en wie zij in het verleden waren geweest, en tussen hun verwachtingen en hun dagelijkse ervaring. Ze hadden het gevoel er niet meer toe te doen en ervoeren een basale eenzaamheid, ook al leefden enkelen van hen met een partner en hadden zij kinderen. Op de voorgrond stond dat ze geen waardevolle activiteiten meer konden ontplooien waarin hun identiteit tot uiting kwam, en ze hun leven niet meer konden verrijken met bijvoorbeeld de uitwisseling van nieuwe ideeën. Zo betreurde een 87-jarige vrouw die in een verzorgingstehuis leefde dat zij niet meer kon schilderen. De kleurrijke wereld waarvan zij zo hield had zijn kleur verloren door visusproblemen (van Wijngaarden e.a. 2015).

Doordat de ouderen zich niet meer kunnen uiten op een manier die eerder kenmerkend voor hen was (bijvoorbeeld schilderen of zorg voor anderen), verliezen ze het contact met zichzelf. Hun zelfbeeld is nauw verbonden met wat ze doen, en met de activiteiten en projecten die ze vroeger hebben verricht. Naarmate ze behoeftiger en kwetsbaarder worden, begint dit zelfbeeld scheuren te vertonen, al lijken ze zich er tegelijk aan vast te houden: ze kunnen en willen zich niet identificeren met de persoon die ze geworden zijn, of dreigen te worden (van Wijngaarden 2016).

Ook ervaren ze een diepe schaamte en weerzin ten aanzien van hun lichaam, dat aftaktelt door ouderdomsgebreken, zoals incontinentie, obstipatie en impotentie, en door de afhankelijkheid die daarmee gepaard gaat. Daarnaast schamen zij zich voor hun eenzaamheid, omdat zij zichzelf (in relatie tot anderen) afgeschreven hebben. Er is wel verlangen naar wezenlijk contact, maar dat wordt verborgen gehouden (van Wijngaarden 2016).

Intense schaamte treedt op als we enorm teleurgesteld zijn in onszelf, en wie we zijn ver afstaat van wie we zouden willen zijn (het ideaal-ik). We willen dan de aspecten die we negatief waarderen wegmaken, maar daarmee maken we ook een wezenlijk deel van onszelf weg. Zo wordt de cohesie van het Zelf bedreigd (Schalkwijk 2012).

Ouderen die hieronder lijden schamen zich letterlijk dood: wie zij waren is voorbij, en wie zij nu zijn keuren zij zo sterk af dat zij maatregelen treffen om hun leven te beëindigen. Volgens van Wijngaarden (2016) biedt deze planning van het zelfgekozen einde sommige ouderen een hernieuwde grip op hun

leven, en herstel van hun zelfbeeld. Het lijkt een paradox: door de zelfgekozen dood herpakken ze het vermeende eigenaarschap over het eigen leven (van Wijngaarden 2016).

Volgens Joan Erikson zijn de problemen waarmee deze ouderen worstelen kenmerkend voor de fase van de hoge ouderdom. Joan (zij was gehuwd met Erik Erikson en werd 95 jaar oud) leerde door haar eigen levenservaring en de observatie van andere ouderen dat de ontwikkelingstheorie van haar man te weinig aandacht besteedt aan de complexiteit van de fase van de hoge ouderdom. In de achtste en laatste fase van deze theorie, ego-integriteit, wordt verondersteld dat de oudere in staat is tot autonoom en (fysiek) onafhankelijk functioneren.

Omdat juist deze vermogens in de hoge ouderdom vaak verloren gaan, voegde Joan aan de ontwikkelingsfase van ego-integriteit een negende fase toe: gero transcendentie (Erikson & Erikson 1998; van Wijngaarden 2016). Ouderen moeten in deze levensfase opnieuw de conflicten uit de voorgaande acht fasen aangaan, en worden in nog heviger mate geconfronteerd met gevoelens van wantrouwen, schaamte, schuld, minderwaardigheid, identiteitsverwarring, isolement, stagnatie en wanhoop (de acht negatieve polen uit de eerdere levensfasen).

Door hun onvermijdelijke kwetsbaarheid worden zij 'gedwongen' hun eigen lichaam en eigen mogelijkheden te wantrouwen en zich te verhouden tot de schaamte voor controleverlies. Ze ervaren een diepe onzekerheid, doordat hun capaciteiten en mogelijkheden afnemen en hun status en rol veranderen. Door ziekte of gebrek van een van de partners kunnen wederkerige relaties veranderen in eenzijdige afhankelijke verbindingen, waarbij intimiteit en liefde plaatsmaken voor isolatie en eenzaamheid (Erikson & Erikson 1998; van Wijngaarden 2016).

Bovendien hebben de ouderen vaak te weinig energie om een bijdrage te leveren aan de omgeving. Veel ouderen lukt het niet om deze zware worsteling onder ogen te zien zonder het vertrouwen in het leven te verliezen (van Wijngaarden 2016). Door het leven voortijdig te beëindigen lijken zij de strijd te willen ontlopen.

Slagen de ouderen erin deze conflicten te overwinnen, dan kunnen zij de fase van gero transcendentie bereiken: een zelfoverstijgende ervaring van de oudere mens, waarin niet het eigen ik centraal staat, maar het besef dat ieder mens deel uitmaakt van het intergenerationele web van relaties, en daarin zijn plek heeft. In die fase leeft de oudere toe naar het einde. Hij of zij probeert het leven los te laten, zichzelf te aanvaarden, vrede te vinden in het alleen-zijn, en tegelijkertijd betrokken te blijven op de realiteit (Erikson & Erikson 1989; van Wijngaarden 2016).

De wijze waarop ouderen worstelen met deze laatste levensfase is niet uitsluitend een persoonlijke ontwikkelingstaak. Ook de huidige prestatie maatschappij beïnvloedt in belangrijke mate de beleving van de hoge ouderdom

(van Wijngaarden 2016). Volgens Verhaeghe (2012) hebben wij in de afgelopen decennia meer invloed en controle gekregen over ons eigen leven. Daaruit is de illusie ontstaan dat onze identiteit maakbaar is en wij de manager van ons eigen leven zijn. Bovendien overheerst vanuit onze huidige maatschappij de dwang tot succes en geluk. Als deze prestaties niet (meer) lukken, dan leidt dat tot het verlies van zelfbesef, en tot desoriëntatie en vertwijfeling (‘Vroeger bracht ik geld in het laatje, nu ben ik niets meer waard’). Dan falen we en wordt ons een gebrek aan talent en inzet toegeschreven: je staat aan de kant en bent al snel een *loser* (van Wijngaarden 2016; Verhaeghe 2012).

¶ *De existentieel-psychoanalytische behandeling*

Doordat er in onze samenleving steeds meer ouderen zijn, zal hun worsteling met doodsangst en doodsverlangen vaker in de spreekkamer aan bod komen. Als psychoanalytisch therapeut moeten we attent zijn op de signalen en zo nodig het initiatief nemen tot een gesprek over deze onderwerpen.

Dit initiatief van onze kant is noodzakelijk, omdat de ouderen die hun leven als voltooid beschouwen met bijna niemand over hun ervaringen durven te praten (van Wijngaarden 2016). De enorme schaamte voor hun vermeend falen speelt daarbij vermoedelijk een belemmerende rol. Daarnaast zijn veel ouderen niet gewend hun problemen te bespreken met de (klein)kinderen, omdat dit niet past binnen de ouder-kindverhouding, waarin de ouders zich bekommeren om de zorgen van de kinderen, en niet andersom.

Juist in die context kan de psychotherapeut een emotioneel corrigerende ervaring bieden door de angstige gedachten, het verlangen naar de dood, de schaamte en het kwetsbare zelfgevoel wel bespreekbaar te maken, en daar zo nodig naasten bij te betrekken, zoals (klein)kinderen en vrienden.

Werkend vanuit een existentieel-psychoanalytisch perspectief (Straker 2013; van Dam 2018) kan de psychoanalytische psychotherapeut ouderen helpen omgaan met de dualiteit van leven en sterven, of ze nu bang zijn voor de dood of ernaar verlangen. In beide gevallen is nodig wat in alle levensfasen, met elk hun eigen ontwikkelingsstadien, cruciaal is: zien en erkennen wat zich afspeelt in de levens van onze patiënten en de opgaven waar zij voor staan, en op die manier verbinding mogelijk maken.

Literatuur

- CORR, C.A., & CORR, D.M. (2013). *Death & dying, life & living* (7th ed., international edition). Wadsworth: Cengage learning.
- DAM, Q.D. VAN (2017). De vele gezichten van doodsangst herkennen en bespreken. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 43(6), 399-408.
- DAM, Q.D. VAN (2018). Existentiële

doodsangst: een lacune in de psychoanalyse. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 24(1), 30-43.

- DE RAEDT, R. & VAN DER SPEETEN, N. (2008). Discrepancies between direct and indirect measures of death anxiety disappear in old age. *Depression and anxiety*, 25, E11-E17.
- ERIKSON, E.H. & ERIKSON, J.M. (1998). *The life cycle completed: Extended*

- version with a new chapter on the ninth stage. New York: Norton.
- KAHN, S. (2017). *Death and the city: On loss and melancholia at work*. London: Karnac books.
- KASTENBAUM, R.J. (2014). *Death, society and human experience* (7th ed.). Harlow: Pearson education.
- LANGS, R. (2008). Unconscious death anxiety and the two modes of psychotherapy. *Psychoanalytic Review*, 95, 791-818.
- LEHTO, R.H., & STEIN, K.F. (2009). Death anxiety: An analysis of an evolving concept. *Research and theory for nursing practice: An international journal*, 23, 23-41.
- MIKULINCER, M. & FLORIAN, V. (2008). The complex and multifaceted nature of the fear of personal death: The multidimensional model of Victor Florian. In A. Tomer, G.T. Eliason, & P.T.P. Wong (red.), *Existential and spiritual issues in death attitudes* (pp. 39-64). New York: Taylor & Francis.
- POOL, G. (2009). Kanker, een existentiële opgave. In H. de Haes, L. Gualthérie van Wezel, & R. Sannderman (red.), *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie* (pp. 135-151). Assen: Van Gorcum.
- RAZINSKY, L. (2013). *Freud, psychoanalysis and death*. Cambridge: University Press.
- SCHALKWIJK, F. (2012). Schaamte in psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 38(5), 368-380.
- STRAKER, N. (2013). An update in the psychoanalytic treatment of the cancer patient facing death. In N. Straker (red.), *Facing cancer and the fear of death: A psychoanalytic perspective on treatment* (pp. 69-80). Lanham: Jason Aronson.
- VERHAEGHE, F. (2012). *Identiteit*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- WIJNGAARDEN, E. VAN (2016). *Voltooid leven*. Amsterdam: Atlas contact.
- WIJNGAARDEN, E. VAN, LEGET, C., & GOOSSENS, A. (2015). Ready to give up on life: the lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living. *Social Science & Medicine*, 138, 257-264.
- YALOM, I.D. (2008). *Tegen de zon inkijken*. Amsterdam: Balans.

SUMMARY

Fear of death and longing for death in the elderly: An existential psychoanalytic treatment perspective

Terror often operates more on an unconscious than a conscious level. Six questions can assist the psychoanalytic therapist to identify fear of death in the elderly and bring it into the realm of treatment. When elderly people long for death because they no longer identify with the person they have become, a change of approach is warranted. In any case, the existential psychoanalytic therapist aims to help the elderly cope with the double awareness of life and death. This duality does not ask for a solution; the patient primarily wants to be seen and heard. Thus, connection is established. The complex attitudes towards death at a late age demand an extension of Erikson's development theory with a ninth phase: gerotranscendence.

Key words: completed life, desire for death, elderly, existential psychoanalytic approach fear of death

Manuscript ontvangen 19 oktober 2018

Definitieve versie 20 maart 2019