



ANTON HAFKENSCHIED

Belastende erfenissen uit eerdere levensfasen

Hulp bieden aan



(foto Marcel van den Bergh/HH)

getraumatiseerde ouderen

Getraumatiseerde ouderen die psychische hulp zoeken, hebben net als andere ouderen vaak moeite met de levensopgaven die bij hun leeftijd horen, maar dat komt in hun geval vooral door de fikse ‘erfenis’ die ze meebrengen: stagnaties en breuken in hun psychische ontwikkeling, bijvoorbeeld vanuit de oorlog en wat daaruit voortvloeide. Erkenning en bewerking daarvan in de behandeling, kan ruimte bieden om de geëigende bestaansopdrachten van de ouderdom aan te gaan.

Inleiding

Bij elke levensfase passen specifieke bestaansopdrachten. De adolescentie bijvoorbeeld is de levensfase waarin de tiener of jongvolwassene zich heeft voor te bereiden op de zelfstandigheid: los van het ouderlijk huis, het leven inrichtend volgens eigen waarden en normen en zichzelf voorzien van een inkomen.

Bij de levensfase van de ouderdom behoren bestaansopdrachten zoals het omgaan met mentale en fysieke ongemakken, lichamelijk verval, aanvaarding van verlies van dierbaren, verzoening met het verlies van maatschappelijke status, de acceptatie dat diep gekoesterde verwachtingen niet zijn uitgekomen en dat persoonlijke idealen nooit meer verwezenlijkt zullen worden.

Met die bestaansopdrachten heeft elk mens te maken. Wat is dan het specifieke van getraumatiseerd oud worden, als de ouderdom als zodanig de mens voor specifieke levensopgaven stelt?

In toenemende mate ontmoet ik in mijn psychotherapeutische werk een bepaalde categorie getraumatiseerde ouderen, voornamelijk *child*

survivors. *Child survivors* zijn mensen van wie de levensloop direct of indirect sterk negatief beïnvloed werd door de Tweede Wereldoorlog. Zij zijn inmiddels de levensfase van de ouderdom binnen gegaan. De specificiteit van de bestaansopdrachten behorend bij deze levensfase wordt voor hen niet bepaald door de aard van die bestaansopdrachten, maar wél door verstoringen die traumatiserende vroeg(er) levenservaringen uitoefenen. Met andere woorden: *child survivors* staan als zodanig voor dezelfde bestaansopdrachten als niet (of veel minder) getraumatiseerde leeftijdsgenoten, maar worden bij het oppakken van die bestaansopdrachten gehinderd door hun vroegere, traumatiserende ervaringen. Als *child survivors* psychotherapeutische of sociaal-psychiatrische hulp nodig hebben, zullen patiënt en behandelaar zich hiervan rekenschap moeten geven. Behandelingen zijn minder effectief of kunnen zelfs stuk lopen als patiënt en behandelaar de specifieke elementen van de traumatiserende ervaringen in de levensloop niet voldoende erkennen en herkennen.

Ik kan deze overtuiging uitsluitend onderbouwen met eigen klinische indrukken en ervaringen. Ik ben geen specialist op het gebied van getraumatiseerde ouderen met psychische klachten, hoewel ik inmiddels de nodige routine heb in het therapeutisch werken met door oorlog en vervolging getraumatiseerde patiënten. Van de ongeveer honderd patiënten die ik momenteel in behandeling heb is een kwart bejaard, dat wil zeggen 65 jaar of ouder. ‘Ingewikkeld’ is in elk geval hun biografische achtergrond en meestal ook hun klachtenpatroon. Bovendien is de therapeutische relatie met hen soms gecompliceerd. Dat komt ondermeer door de interactie tussen de traumatiserende levensloop van de patiënt, de overlevingsmechanismen die de patiënt (daardoor) heeft opgebouwd en de zelfconfrontaties die deze beide voor de therapeut tot gevolg hebben. Het werken met *child survivors* die zich voor de bestaansopdrachten van de ouderdom zien gesteld, biedt de behandelaar alle mogelijkheden tot persoonlijke ontwikkeling en groei, maar is zo nu en dan tegelijkertijd een vorm van onherroepelijke blootstelling aan de tragiek van het leven, waarvan psychotherapeuten en andere professionele hulpverleners zich (net als andere mensen) liever niet al te bewust zijn. Na een meer globale karakterisering van de kenmerken, lotgevallen en psychologische problemen waarmee ‘mijn’ 25 getraumatiseerde ouderen te maken hebben (gehad), benoem ik de therapeutische taken die bij deze patiënten aan de orde zijn. Deze illustreer ik vervolgens aan de hand van vier casusbeschrijvingen.

Een globale karakterisering

Alle 25 bejaarde patiënten die momenteel aan mijn zorg zijn toevertrouwd maakten de Duitse bezetting van Nederland of de Japanse bezetting van voormalig Nederlands-Indië als kind mee. De jongsten onder hen zonder bewuste of hooguit met gefragmenteerde herinneringen (zij werden in de oorlogsjaren geboren, of waren in de kleuterleeftijd). De ouderen waren destijds in de lagere of middelbare schoolleeftijd. Zij kunnen zelf navertellen wat hun lotgevallen waren.

Voor veel lichamelijke ziektes zijn de oorzaken niet eenduidig aanwijsbaar. Voor psychische problemen op latere leeftijd is dat vaak nog moeilijker. Al mijn 25 patiënten zijn als jong of wat ouder kind aan meer dan gemiddeld ernstige levensgebeurtenissen blootgesteld geweest. Op zijn minst is aannemelijk dat het (bewust of onbewust) meemaken van deze levensgebeurtenissen hun psychische moeilijkheden op latere leeftijd in belangrijke mate bepaalt. Kader 1 geeft vier voorbeelden van ingrijpende – wrede en gewelddadige – gebeurtenissen uit de kindertijd van deze groep.

Deze groep meldt zich overigens niet aan op basis van een traumatische ervaring. Meestal komen ze met dezelfde klachten als andere patiënten: vage angsten en fobieën, somberheid, onverklaarde lichamelijke klachten, wantrouwen en onverklaarbare woede-uitbarstingen, gevoelens van eenzaamheid, de overtuiging nooit door anderen begrepen te worden, verslavingsproblematiek, problemen met de levens-

KADER 1 – VIER VOORBEELDEN VAN INGRIJPENDE GEBEURTENISSEN WAARVAN PATIËNTEN ALS KIND HET SLACHTOFFER WERDEN OF WAARVAN ZIJ GETUIGE WAREN.

- Burgeroorlogsgetroffene: eigen moeder werd naast hem dodelijk getroffen tijdens de beschieting van een trein.
- Kind verzetsdeelnemer: in de dorpsgemeenschap gepest en sociaal geïsoleerd, omdat verdwenen en geëxecuteerde vader tot ver na de bevrijding ten onrechte als verrader werd beschouwd, totdat hij een Yad Vashem-onderscheiding kreeg.
- Joods onderduikkind: op onderduikadres overvallen, waarbij medeonderduikers werden doodgeschoten. Voortdurend op de vlucht, van onderduikadres naar onderduikadres.
- Jappenkampkind: veelvuldig seksueel misbruikt door volwassen medegevangene in het mannenkamp.

partner en verstoorde relaties met kinderen. Getraumatiseerde ouderen komen wel vaker met klachten over nachtmerries en intrusieve beelden.

Deze klachten en moeilijkheden worden in eerste instantie geboekstaafd volgens het algemeen gangbare psychiatrisch classificatiesysteem van de Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, de DSM-IV. Therapeutisch heeft deze classificatie van de klachten, moeilijkheden en gedragspatronen waarmee getraumatiseerde ouderen zich aanmelden niet zo veel waarde. Omdat er bijna

altijd sprake is van een bonte en grillige mix van psychische, lichamelijke en sociale (interpersoonlijke) problemen, vloeit de aangewezen behandeling zelden automatisch voort uit de toegekende diagnostische classificaties. Voor de behandelaar is het de kunst om een effectieve therapeutische ingang te vinden.

Duidelijker en eenduidiger dan op basis van de psychische toestand waarmee getraumatiseerde ouderen behandeling zoeken, kunnen zij getypeerd worden door andere kenmerken. De getraumatiseerde ouderen die momenteel bij mij in behandeling zijn, worden in Kader 2 op enkele biografische en achtergrondkenmerken beschreven. In Kader 3 heb ik hen op actuele kenmerken gerubriceerd.

De typering van de getraumatiseerde ouderen in Kader 2 en 3 is uiteraard op geen enkele wijze representatief voor de hele populatie van

KADER 2 – BIOGRAFISCHE EN ACHTERGRONDKENMERKEN 25 GETRAUMATISEERDE OUDEREN.

- Geslacht:
7 vrouwen (28 %), 18 mannen (72 %).
- 65-70 jaar: 19 (76 %).
- 71-82 jaar: 6 (24 %).
- Als halfwees of wees opgegroeid:
10 halfwezen (40 %), 2 wezen (8 %).
- Groep oorlogsgetroffenen:
14 Indisch (56 %), 6 verzets- (24 %),
3 Joods (12 %), 1 'burger' (4 %),
1 veteraan (4 %).
- Gehuwd of stabiele partnerrelatie:
20 (80 %), alleenstaand: 5 (20 %).

KADER 3 – 25 GETRAUMATISEERDE OUDEREN GERUBRICEERD OP ENKELE ACTUELE KENMERKEN.

- 'Internaliserende' problematiek:
angst, posttraumatische stressklachten,
depressiviteit, zelfhaat, schuldgevoel,
faalgevoelens: 25 (100 %).
- Terugkerende verbaal agressieve ontlasting/woedeaanvallen: 10 (40 %).
- Evidente eenzaamheidsproblematiek:
5 (20 %).
- Chronisch invaliderende en/of levensbedreigende gezondheidsklachten (kanker, hart- en vaataandoeningen, diabetes, leveraandoeningen etc.): 14 (56 %).
- Ernstige problemen bij kinderen (psychiatrisch, verslavingsproblematiek etc.) en/of een (zeer slecht of verbroken) ouder-kindcontact: 10 (40 %).

getraumatiseerde ouderen. Opvallend in de biografische en achtergrondkenmerken (Kader 2) is het hoge percentage *child survivors* dat na de bevrijding opgroeide als halfwees of wees. Bij de actuele kenmerken (Kader 3) valt het hoge percentage getraumatiseerde ouderen met ernstige gezondheidsklachten op, alsmede het hoge percentage dat in de actualiteit ernstige problemen met de kinderen ondervindt.

In Kader 4 worden de belangrijkste typische verstoringen in de kindertijd en jeugd van deze getraumatiseerde ouderen geïnventariseerd.

Van dergelijke 'vroege' ontwikkelingspsychologische verstoringen ligt op zijn minst voor de hand dat zij het succesvol doorlopen van

KADER 4 – TYPISCHE 'VROEGE' ONTWIKKELINGSPSYCHOLOGISCHE VERSTORINGEN IN DE KINDERTIJD EN JEUGD VAN 25 GETRAUMATISEERDE OUDEREN.

- Opleidingsachterstand door het ontbreken van onderwijs in het kamp, de onderduik of als 'buitenkampkind'.
- Moeizame hechtingsrelaties met een of beide ouders, die meestal zelf getraumatiseerd waren: instabiel, affectief verwaarlozend.
- In geval van (half)wezen: ontbrekende ouderfiguren in moeizaam functionerende eenoudergezinnen.
- Versturende invloed van stiefouders in nieuw gevormde gezinnen: harde en liefdeloze opvoeding, onbegrip bij stiefouders.
- 'Lege sociale ruimte' (vooral bij Joodse *child survivors*): geen of zeer kleine extended family.
- Ziekelijkheid en langdurige gezondheidsklachten ten gevolge van honger en lichamelijke deprivatie en gebrek aan medische zorg in het kamp of tijdens de onderduik.
- Missen van de aansluiting bij leeftijdgenoten (vooral bij Indische *child survivors*) door cultuurverschillen, leeftijdsverschillen, verschillen in levenservaringen na 'repatriëring' naar Nederland.

bestaansopdrachten in de eerste levensfasen hebben bemoeilijkt. De in mijn ervaring meest in het oog springende psychologische implicaties van zulke ongunstige kinder- en jeugdervaringen bij getraumatiseerde ouderen heb ik samengevat in Kader 5.

KADER 5 – ENKELE TYPERENDE LATERE PSYCHOLOGISCHE IMPLICATIES VAN EEN TRAUMATISERENDE LEVENSGANG BIJ DOOR OORLOG EN VERVOLGING GETRAUMATISEERDE KINDEREN.

- Aangeleerde ontkenning van en angst voor eigen onlustgevoelens (angst, boosheid, verdriet).
- Aangeleerde blokkades om eigen tragische elementen in de levensloop onder ogen te zien.
- Aangeleerde blokkades om eigen behoeften en verlangens serieus te nemen.
- Aangeleerde blokkades om (inwendig sterk ervaren) eigen falen of tekortkomingen openlijk toe te geven aan levenspartner en kinderen.
- Aangeleerde sensitiviteit voor emotionele afwijzing of ervaren overheersing door anderen.
- Slecht ontwikkelde probleemoplossende vaardigheden bij de confrontatie met disharmonie.

Om door oorlog en vervolging getraumatiseerde ouderen goed te kunnen helpen, staan patiënt en therapeut globaal beschouwd voor de taak om de aangeleerde blokkades te slechten en om ontbrekende vaardigheden te ontwikkelen. Gestagneerde gevoelens en aanwezige blokkades bemoeilijken de voltooiing van eerdere levenstaken. Pas wanneer eerdere levensopgaven voldoende aandacht hebben gekregen ontstaat ruimte voor het aangaan van de levensopgaven behorend bij de ouderdom. De kenmerkende therapeutische taken in de

behandeling van getraumatiseerde ouderen staan samengevat in Kader 6.

Aan de hand van vier vignetten zal ik elk van de therapeutische taken uit Kader 6 illustreren. Om mogelijke herkenning van patiënten te voorkomen heb ik belangrijke biografische feiten in de beschrijvingen veranderd.

KADER 6 – KENMERKENDE THERAPEUTISCHE TAKEN IN DE BEHANDELING VAN GETRAUMATISEERDE OUDEREN.

- Erkenning van (en tolerantie voor) eigen tragiek in de levensloop (tekort gekomen).
- Erkenning van (en tolerantie voor) eigen falen, mislukkingen (tekort geschoten).
- Erkenning van (en tolerantie voor) eigen onlustgevoelens (disowned, unwanted feelings and thoughts).
- Erkenning van (en tolerantie voor) eigen (onvervulde, onvervulbare) behoeftes en verlangens.
- Actie: oplossen (opruimen) wat nog op te lossen (op te ruimen) valt.

Erkenning eigen tragiek

De heer A is een gescheiden Indische man van midden zeventig. Hij behoort tot de categorie 'buitenkampkinderen' uit voormalig Nederlands-Indië, evenals zijn ex-vrouw. Hij komt pas in de jaren zestig, via een loopbaan op Nieuw-Guinea, naar Nederland. Tot zijn pensionering werkt hij in een provinciehoofdstad als rijksambtenaar. Door collega's en leidinggevend wordt hij altijd zeer gewaar-

deerd. Hij werkt hard, is nauwgezet en buitengewoon hartelijk en voorkomend in het contact. De huwelijksrelatie met zijn – eveneens Indische – vrouw loopt in de eerste jaren dat het gezin naar Nederland is op de klippen. Zijn ex-vrouw en hij begrijpen elkaar niet en maken bij voortduring ruzie. De zes nog jonge kinderen blijven na de scheiding bij moeder. Vanuit haar eigen woede houdt zijn ex-vrouw de kinderen de eerste jaren na de echtscheiding van hem weg. De heer A berust hier aanvankelijk in. Later weet hij het contact met zijn kinderen, en met zijn ex-vrouw, te herstellen. Bij een van zijn kinderen, Petra, openbaart zich in haar studententijd een schizofrene stoornis. De heer A is dan net met pensioen. Hij neemt Petra onder zijn hoede en is jaren lang een onmisbare aanvulling op de professionele hulp die Petra ontvangt.

De heer A meldt zich aan met dwanggedrag, nachtmerries en verlamme schuldgevoelens. Wanneer we zijn levensloop doornemen komt er een uitermate tragische gebeurtenis uit zijn kindertijd naar voren. Op de vlucht voor

Minder verteerd door schuld en schaamte

de Japanners bezwijkt zijn moeder voor zijn ogen. De heer A is dan pas 12 jaar. Als oudste neemt hij als vanzelf de zorg voor een groot aantal jongere broertjes en zusjes op zich. In de Bersiaptijd doorstaat hij vreselijke angsten. Als meest Aziatisch uitzijende jongen moet hij op

de markt aan eten zien te komen voor de gemeenschap waarin hij dan verblijft. Hij zeult in bergachtig gebied als een trekdier dagelijks een kar voort. Regelmatig wordt hij met de dood bedreigd, in de sfeer van haat en vijandschap die de onafhankelijkheidsstrijd in de inmiddels uitgeroepen republiek Indonesië kenmerkt.

De overheersende gevoelens van de heer A zijn schuld en schaamte. Ten opzichte van zijn kinderen, alsook zijn broertjes en zusjes, voelt hij zich tekort geschoten. Hij schaamt zich ervoor dat de dood van zijn moeder hem, meer dan zestig jaar later, zo raakt. Het is niet aan mij als psychotherapeut om de heer A van zijn schuld en schaamte te ontlasten, wel om die schuld en schaamte in een breder perspectief te plaatsen. De heer A had altijd gehoopt dat zijn eigen pijn met het verstrijken van de tijd vanzelf zou slijten. Een belangrijk deel van de therapie bestaat uit het stilstaan bij de tragische aspecten van zijn kindertijd en jeugd. Als het kind van twaalf huilt hij tijdens onze ontmoetingen om het verlies van zijn moeder. Hij wordt zich ervan bewust dat de dood van zijn moeder zijn kindertijd heeft vernietigd. Ook begint hij zich te realiseren dat hij zijn pensioenjaren grotendeels aan zijn zieke dochter heeft gegeven. Zijn dwangklachten en nachtmerries blijven moeilijk beïnvloedbaar, maar zijn leven wordt minder verteerd door schuld en schaamte. Hij weet uit zijn sociale isolement te kruipen en onderneemt vaker ontspannende activiteiten, zoals bezoeken aan Indische gezelligheidsbijeenkomsten of vakanties met een vriend. Hij heeft minder moeite dan voorheen om zichzelf

de rust te gunnen die zijn ouder wordende lichaam en geest nodig hebben.

Erkenning eigen falen en tekortkomingen

Mevrouw B is een joodse *child survivor* van midden zestig. Via de onderduik, als jong kind gescheiden van haar ouders, ontkomt ze aan deportatie en moord door de Nazi's. Mevrouw B is afkomstig uit een begenadigd en tamelijk welgesteld kunstenaarsmilieu. Op wonderbaarlijke wijze overleven alle vier gezinsleden, die gescheiden van elkaar ondergedoken zijn, de bezettingsjaren. Van de grotere familie keert echter vrijwel niemand uit de kampen terug. Na de bevrijding storten beide ouders zich onmiddellijk weer op hun artistieke loopbaan. Over de onderduikervaringen en de pijn van het verlies van familieleden wordt met geen woord meer gerept. Mevrouw B krijgt van haar ouders de gelegenheid om een uitstekende opleiding in het buitenland te volgen. Emotioneel blijven haar ouders voor haar echter volslagen vreemden. Ze bouwt met hen nauwelijks een affectieve band kan op.

Mevrouw B huwt een niet-joodse man, met wie ze twee kinderen krijgt. Het huwelijk loopt al vroeg mis. Mevrouw B weet zich met de kinderen geen raad en stort zich op een succesvolle carrière. Na de echtscheiding groeien beide kinderen op bij vader. Met de kinderen ontwikkelt mevrouw B nauwelijks een band. Mevrouw B meldt zich aan met depressieve gevoelens, door drenkt met gevoelens van miskenning.

Haar beide kinderen zijn inmiddels in de dertig en doen het maatschappelijk heel goed. Mevrouw B nodigt hen nu wel eens uit om samen iets met haar te ondernemen. De kinderen reageren echter terughoudend, waardoor mevrouw B zich zeer gekwetst voelt. Zelf zou ze zich nooit zo tegen haar eigen ouders hebben durven opstellen, terwijl zij ook hen het nodige te verwijten heeft. Zonder dat zij dit beseft maakt mevrouw B door haar gekwetste reacties de beide kinderen nog terughoudender.

Nadat ik voldoende vertrouwensrelatie met haar heb weten op te bouwen ontstaat er ruimte om mevrouw B niet alleen te laten kijken naar wat zij tekort gekomen is, maar ook naar wat zij haar kinderen tekort heeft gedaan.

Ik krijg van mevrouw B toestemming om de kinderen uit te nodigen bij de gesprekken. Het worden aanvankelijk moeilijke gesprekken, waarin de kinderen zoals verwacht volop met hun pijn en verwijten naar voren komen. Gelukkig heeft mevrouw B in de eerste fase van de behandeling geleerd om hardop te erkennen dat zij haar kinderen inderdaad heeft verwaar-

De kinderen uitnodigen bij de gesprekken

loosd. Zonder dit ter verontschuldiging aan te voeren, weet zij de kinderen uit te leggen dat zij zelf nooit heeft geleerd emotionele banden met bloedverwanten vorm te geven. De kinderen blijken van hun joodse afkomst en familiegeschiedenis nauwelijks op de hoogte. Mevrouw B blijft vatbaar voor depressieve episodes en gevoelens van miskenning. Maar deze

improductieve stemmingen zijn aanzienlijk minder hardnekkig. Mevrouw B realiseert zich dat de verloren jaren met haar kinderen nooit meer kunnen worden ingehaald. Dat motiveert haar des te meer om de resterende jaren van haar leven zo veel mogelijk aandacht aan haar kinderen te geven. Niet alleen zij, maar ook de kinderen zijn daar blij mee.

Erkenning eigen onlustgevoelens

De heer C is een man van begin tachtig. Hij meldt zich aan met 'onverklaarde en onverklaarbare' angstaanvallen.

Tijdens de Duitse bezetting zit de heer C tot over zijn oren in het verzet. Hij helpt tientallen joden aan een onderduikadres. Zelf weet de heer C uit handen van de nazi's te blijven, maar veel van zijn verzetskameraden worden opgepakt en moeten hun verzetsactiviteiten met de dood bekopen.

Na de bevrijding huwt de heer C een joodse vrouw. Zijn echtgenote is een van de jonge vrouwen die hij aan een onderduikadres hielp. Zij is de enige van het ouderlijk gezin die de vervolging overleeft. De heer C stelt zich na de bevrijding een leven van 'melk en honing' voor. Inderdaad weet hij zijn gezin met drie kinderen tot een welstand te brengen, waarvan zijn vrouw en hij in hun kindertijd niet hebben kunnen dromen. Hij kan van die welstand volop genieten, zijn vrouw echter niet. Zij wordt steeds meer gekweld door overlevingsschuld, heimwee en eenzaamheid. Dagelijks verhaalt zij aan hem urenlang over haar ouders en haar zus, die door de nazi's niet eens een graf waar-

dig werd bevonden. Zij maakt de heer C half uitgesproken verwijten dat hij altijd op zijn ouderlijk gezin heeft kunnen terugvallen. Die verwijten van zijn echtgenote verlammen de heer C. Hij vindt dat hij ten opzichte van zijn vrouw geen recht van spreken heeft, omdat zij inderdaad 'oneindig veel meer heeft geleden dan ik'. Als leed kwantitatief vergeleken kan worden, is zijn vaststelling op zichzelf misschien wel waar. Maar het is ook een manier van de heer

C om zijn eigen angsten en overlevingsschuld onder de duim te houden. En ook zijn agressieve gevoelens en de schaamte daarover. Als hij de verwijten van zijn echtgenote zat is of er helemaal radeloos van wordt, denkt hij namelijk heimelijk wel eens 'had ik haar maar nooit aan een onderduikadres geholpen'. Vervolgens slaan schaamte en schuldgevoel toe. Want in wezen heeft de heer C heel veel respect voor zijn vrouw. Pas als ik het vertrouwen van de heer C heb weten te winnen kan hij openlijk met mij over zijn schuldgevoelens en schaamtebeladen gedachten spreken. Zijn vrouw wordt gemotiveerd om voor zichzelf hulp te zoeken bij een collega. Nadat zij hulp heeft geaccepteerd kan ik me meer richten op zijn loochening van eigen onlustgevoelens. Verdriet en boosheid zijn verboden gevoelens omdat deze voor hem zwakte vertegenwoordigen. En het besef van zwakte roept diepe, oncontroleerbare angsten wakker. De behandeling richt zich op een stapsgewijze erkenning van zijn eigen onlustgevoelens. In de communicatie met zijn

vrouw mag de heer C zich van mij niet langer verschuilen achter de gedachte dat zij 'er niks aan kan doen' als ze hem halve of onverholen verwijten maakt. Hij begint zich te realiseren dat hij zich met die gedachte in wezen boven zijn vrouw stelt. Ik oefen met de heer C om zijn vrouw te zeggen dat haar verwijten hem pijn

Verdriet en boosheid zijn verboden gevoelens

doen. Zelfs als hij door de verwijten heen háár pijn hoort meeklinken. Een gunstig neveneffect is dat zijn vrouw zich nu meer gelijkwaardig voelt aan hem. Zij heeft zich als weesmeisje dat hem altijd dank verschuldigd is altijd de mindere van hem gevoeld.

Er ontstaat nu bijvoorbeeld ruimte voor hen om te bespreken wat ze zullen doen als de ander als eerste overlijdt.

Erkenning eigen onvervulde behoeftes en verlangens

De heer D is een alleenstaande man van eind zestig. Hij meldt zich aan met gevoelens van eenzaamheid en gejaagdheid. Zijn persoonlijkheidsstijl wordt gekarakteriseerd door zowel ontwijkende als afhankelijkke trekken.

De heer D hoort tot de categorie 'burgeroorlogsgetroffenen'. Bij een bombardement in het laatste oorlogsjaar worden zijn beide ouders dodelijk getroffen. De heer D wordt na de dood van zijn ouders opgenomen in het gezin van een oudere oom en tante van moeders kant. In

deze warme omgeving groeit hij op, maar hij wordt ook een beetje over het hoofd gezien in dit grote katholieke pleeggezin. De heer D is met een hazenlip geboren. Net als zijn status van weeskind ervaart hij deze handicap, waaraan hij in de oorlogsjaren niet kon worden geopereerd, als een stigma. In zijn puberteit en adolescentie durft hij meisjes op wie hij verliefd is niet te benaderen. Hij ontwikkelt een minderwaardigheidscomplex, dat hij nooit meer kwijt zal raken: 'Andere jongens hadden allang een meisje, en ik nog steeds niet!'

Verlangen naar een intieme relatie

In de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw, de tijd van de seksuele revolutie, haalt de heer D zijn 'verlangen naar vrouwelijke warmte' seksueel gezien volop in.

Om zijn seksuele behoeftes te bevredigen gaat hij echter menige keer met de verkeerde vrouwen in zee. Wanneer zij hem niet alleen letterlijk maar ook financieel hebben uitgekleed, zetten ze hem aan de kant. Zo blijft de heer D altijd vrijgezel.

Als ik de heer D in behandeling krijg, doet hij zijn uiterste best om mij duidelijk te maken dat het raar (zo niet gestoord) is als een 'oude man zoals ik' nog naar vrouwelijke warmte verlangt. Ik voel het appèl om hem te helpen dat verlangen als iets toxisch uit te bannen. Ik attendeer hem steeds opnieuw op de tegenstrijdigheid tussen 'wat zou moeten' en 'wat is'. 'Omdat het te zeer doet' mag hij van zichzelf niet meer naar een intieme relatie verlangen, maar bete-

kent dat ook dat hij er inderdaad niet naar verlangt? In de loop van de behandeling leert hij zijn onvervulde (en misschien onvervulbare) verlangens openlijk onder ogen te zien. Anders dan voorheen leidt de ruiterlijke erkenning van dit verlangen er niet meer toe dat hij met de 'verkeerde vrouwen' in zee gaat. De openlijke erkenning van zijn onvervulde verlangens naar een intieme relatie (en de legitimiteit van dat verlangen) maakt hem paradoxaal genoeg minder gepreoccupeerd met (het ontberen van) seksueel contact. Tegelijkertijd met zijn niet afgestorven 'jeugdige verlangens' kan hij de onherroepelijkheid van zijn naderende ouderdom nu authentiek onder ogen zien. Daarvóór was het besef van zijn leeftijd eigenlijk vooral een niet-authentieke dekmantel om onloochenbare verlangens te kunnen loochenen.

Slotopmerkingen

De vier vignettes zijn in wezen prototypische versimpelingen van de problematiek en van de therapeutische werkwijzen die in de behandeling van getraumatiseerde ouderen aan de orde zijn. Niet besproken werden bijvoorbeeld de vaak voorkomende interferenties door ernstige lichamelijke of zelfs levensbedreigende ziektes, verslavingsproblematiek, of de fnuikende uitwerking van moeizaam verlopende, retraumatiserende aanvragen tot wettelijke erkenning als oorlogsslachtoffer bij de Pensioen- en Uitkeringsraad (PUR). Meestal is in de behandeling van getraumatiseerde ouderen het volg-

tijdig of gelijktijdig werken met meerdere van de vier beschreven therapeutische taken nodig. Ik hoop duidelijk te hebben kunnen maken dat het specifieke in de behandelingen van getraumatiseerde ouderen niet bestaat uit de aard van de bestaansopdrachten, maar wel uit de ontwikkelingsstagnaties en ontwikkelingsbreuken, die getraumatiseerde ouderen als het ware vanuit eerdere levensfasen 'de therapie binnenbrengen'. Pas wanneer die ongunstige 'psychologische erfenissen' in de behandeling voldoende erkend en bewerkt zijn ontstaat voor getraumatiseerde ouderen de noodzakelijke ruimte om de bestaansopdrachten van de ouderdom (ondermeer: 'de balans opmaken', verzoening en acceptatie) aan te gaan.

Behandelingen van getraumatiseerde ouderen zijn daarbij eerder als circulair dan als lineair te karakteriseren. Anders gezegd: een fraai rechtlijnig fasegetrouw verloop kenmerkt deze behandelingen zelden. Van de behandelaar wordt het nodige pragmatisme en een forse dosis flexibiliteit verwacht. Wat het meest urgent is bepaalt de werkwijze van dat moment: soms werken aan actuele klachten en symptomen, dan weer aan interpersoonlijke relaties (door het meevragen van gezinsleden waarmee de verhoudingen zijn verstoord), soms aan erkenning van eigen 'onverwerkte' pijn en verdriet. Het werken met ouderen – getraumatiseerd of niet – is alleen al een uitdaging voor de therapeut, omdat hij bereid en in staat moet zijn zich onder te dompelen in een levensfase die hij nog niet uit eigen ervaring kent. Het stelt de therapeut ook nog eens voor de vraag hoe hij

omgaat met eigen (naderende) ouderdomssignalen. Werken met getraumatiseerde ouderen vraagt van de therapeut nog iets extra's: de bereidheid en het vermogen om zich in te leven in traumatische ervaringen die hij meestal niet uit eigen ervaring kent.

In Kader 6 werd 'actie' gerekend onder de therapeutische taken die onderdeel zijn van de behandeling van getraumatiseerde ouderen. Inderdaad mag 'actie' naar mijn overtuiging in deze behandelingen eigenlijk nooit ontbreken, net zo min als in andere psychotherapieën. Voorbeelden van zulke 'acties' uit mijn eigen therapeutische praktijk zijn: het uitgeven van het kampdagboekje van een getraumatiseerde ouder, het schrijven van gedichten om de ouder die nooit gekend werd psychologisch een plek te geven, het aangaan van een afscheidsgesprek met een hoogbejaarde stervende ouder, de verzoening met kinderen die werden verwaarloosd omdat de getraumatiseerde ouder altijd met de eigen tragedie gepreoccupeerd was, het uitspreken van een toespraak bij een herdenking van de gevallen, het rehabiliteren van een voor 'fout' gehouden ouder via een zoektocht in het Nationaal Archief, het eindelijk eens op vakantie gaan met een levenspartner die altijd in de schaduw stond van het leed van de patiënt, enzovoort. Al dergelijke acties dragen er toe bij dat de heling van de getraumatiseerde oudere zich niet beperkt tot de spreekkamer.

Dit artikel wil ik opdragen aan Hubert de Kok (1959-2007), tot zijn plotselinge overlijden werkzaam als sociaal-psychiatrisch verpleegkundige in opleiding bij de afdeling Ouderen van het Sinai Centrum.

ANTON HAFKENSCHIED is sedert 1985 als klinisch psycholoog en psychotherapeut werkzaam bij het Sinai Centrum voor Joodse Geestelijke Gezondheidszorg in Amersfoort.