

Met de jaren

*Waarom het wel zin heeft om ouderen met
psychische problemen te behandelen*

Arjan Videler & Rosalien Wilting

Boom

© 2023 A. Videler & R. Wilting p/a 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 j° 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 artikel 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

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

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Omslag: Bij Barbara

Binnenwerk: Mat-Zet b.v., Huizen

ISBN 978 90 244 5555 3

NUR 770

www.boom.nl

www.boompsychologie.nl

Inhoud

Voorwoord	7
Inleiding	9
1 Heeft dat nog wel zin?	13
2 Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen	25
3 Autisme bij ouderen	46
4 ADHD bij ouderen	68
5 Psychotrauma door het leven heen	85
6 Aanhoudende lichamelijke klachten	106
7 Eindigheid	124
8 Familie en andere naastbetrokkenen	149
9 Wat als psychotherapie niet langer haalbaar is?	172
10 Levensvragen en zingeving	192
Literatuur	213
Register	235
De auteurs	239

Voorwoord

Met de jaren worden we wijzer en verstandiger. Maar ondanks deze mooie volksuitdrukking zijn er ouderen met ernstige psychische problemen. Worden deze ouderen voldoende serieus genomen als het gaat om mentale gezondheid? Waar je als 80-jarige nog makkelijk in aanmerking kan komen voor een nieuwe heup of knie, daar blijft veelal de behandeling voor het mentale welzijn sterk achter.

Met de jaren laat zien dat op oudere leeftijd de behandeling van psychische problemen zinvol is, juist in combinatie met levenswijshoud. Deze boodschap is niet alleen bestemd voor ouderen zelf, maar ook voor de naasten en hulpverleners.

Arjan Videler en Rosalien Wilting richten zich op onderwerpen waarvoor relatief nog weinig aandacht is, zoals het behandelen en herkennen van psychotrauma, persoonlijkheidsstoornissen, psychosomatiek, autisme, ADHD en systeemproblematiek. Maar ook is er aandacht voor thema's als levenseinde en kwaliteit van leven en zingeving. De bespreking van psychologische interventies bij ouderen, gebaseerd op jarenlange psychotherapeutische ervaring van beide auteurs, wordt rijkelijk geïllustreerd met voorbeelden waaruit blijkt dat veranderen mogelijk is, ook op latere leeftijd.

Het momentum voor dit boek, bestemd voor hulpverleners werkzaam in de Nederlandse en Vlaamse ouderenzorg, is bij uitstek goed. Enerzijds vanwege de toenemende vergrijzingcijfers in Nederland

en België waarin de verwachting is dat het aantal 65-plussers in Nederland nog sneller toeneemt dan België, maar dat de landen uiteindelijk allebei uitkomen op ruim 25 procent vergrijsde bevolking. Anderzijds kan een psychologische behandeling een veel beter alternatief zijn voor de psychofarmaca die nu veelal worden voorgeschreven. We weten we dat psychofarmaca naast de bedoelde effecten ook ongewenste nadelige effecten kunnen geven. Zeker bij ouderen is er door psychofarmacagebruik, naast doorgaans somatische medicatie, een verhoogde kans op polyfarmacie met alle negatieve gevolgen van dien, zoals een grotere kans op bijwerkingen, toename van de morbiditeit, ziekenhuis- en verpleeghuisopnames en zelfs overlijden. Boeken over ‘minder slikken’ en initiatieven tot ‘minder pillen poli’s’ in de ggz hebben een positieve weerslag om eerder aan psychologische behandeling bij ouderen te denken.

De boodschap van de auteurs dat ouderen goed kunnen profiteren van psychotherapie is niet enkel gebaseerd op praktijkervaring, maar is ook wetenschappelijk gefundeerd. Zo blijkt uit een meta-analyse van Pim Cuijpers en collega’s dat toename van de leeftijd op zich geen beperkende factor is in de effectiviteit van psychotherapie voor depressieve ouderen. Ook een zeer recent gepubliceerd onderzoek van Ellen Gielkens en collega’s naar de effectiviteit van traumabehandeling bij ouderen toont grote behandel effecten aan. Verder laat de meta-analyse van Gert-Jan Hendriks en anderen zien dat cognitieve gedragstherapie goed werkt bij ouderen met angststoornissen.

Kortom, er gloort hoop aan de horizon waarbij het wel de uitdaging wordt om voldoende hulpverleners op te leiden in Nederland en België om het ruime assortiment aan psychologische interventies bij ouderen in te zetten. Bovendien hebben we een maatschappelijke verplichting aan ouderen met psychische problemen om de optimale behandeling te bieden. Dit boek laat zien wat er psychologisch mogelijk is.

Prof. dr. Bas van Alphen

Bijzonder hoogleraar klinische ouderenpsychologie aan de VU Brussel; hoofd van Mondriaan, het topklinisch centrum voor ouderen met persoonlijkheidsstoornissen

Inleiding

We zijn er in Nederland en Vlaanderen steeds meer van doordrongen dat mentale gezondheid belangrijk is. Psychische problemen zijn eigenlijk normaler dan velen denken. Een kwart van ons allen maakt eens in zijn of haar leven een dermate moeilijke periode door dat psychische klachten voldoen aan de criteria van een psychische stoornis. Psychische klachten komen ongeveer even vaak voor op latere leeftijd. Vrijwel dagelijks horen we een verhaal van een oudere die klem zit. Via een huisarts, een praktijkondersteuner, een oudere zelf of via een naaste vernemen we dat er ‘nu hulp moet komen, dat het niet langer gaat’. Het is enorm ingrijpend om dermate depressief, angstig of ontregeld te zijn dat ‘gewoon’ dagelijks functioneren niet meer lukt. De oudere heeft de eerste stap naar hulp gezet. De huisarts of de praktijkondersteuner heeft al gesprekken gehad. Deze hebben meegedacht over hoe men kan herstellen en geconstateerd dat specialistische hulp nodig is. Sommige ouderen hebben al een (of meerdere) behandeling(en) gehad. Het is niet makkelijk om te erkennen dat ‘gewoon’ doorgaan niet werkt. Het is geen kwestie van te weinig wilskracht, en hulp vragen is moeilijk maar noodzakelijk. Vele ouderen zetten deze stap niet. Mede daarom hebben we tot dit boek besloten. We weten op basis van wetenschappelijk onderzoek dat er bij ouderen vanaf 60 jaar sprake is van ernstige onderbehandeling. Toen wij begonnen met onze loopbaan, ruim dertig jaar ge-

leden, waren er weinig mensen boven de 60 jaar in behandeling bij de specialistische ggz. Er kwamen teams voor ouderen, veelal psychogeriatrische teams genoemd, vooral bedoeld voor ouderen met dementie. Langzamerhand is er ook een behandelaanbod ontwikkeld voor ouderen met psychische klachten, en zijn de ouderenpsychiatrie en de klinische ouderenpsychologie erkend als specialismen. Desondanks zijn er allerlei negatieve vooroordelen over de behandelbaarheid van ouderen met psychische klachten. Ook daar wilden we met dit boek iets aan doen.

Met ons hoogspecialistisch centrum, PersonaCura – GGz Breburg, Topklinisch Centrum voor Persoonlijke- en Ontwikkelingsstoornissen bij Senioren, proberen we ons steentje bij te dragen aan het bieden – en ontwikkelen – van een behandelperspectief voor ouderen vanaf 60 jaar die tot dusverre onvoldoende geholpen worden. We verrichten second opinions en consultaties. We bieden scholing aan professionals in de ouderenzorg en de ouderenpsychiatrie. We doen wetenschappelijk onderzoek. En ondertussen bekruipt ons het gevoel dat dit slechts een deel van het verhaal is. We werken met en voor ouderen, hun naasten en zorgprofessionals. We gaan dagelijks na welke behandeling, conform richtlijnen, best practices of out-of-the-box, het meest passend is. Bij ons of elders. We zijn onder de indruk van de motivatie en de veerkracht van onze cliënten en hun familie. We voelen betrokkenheid en respect als we merken hoe hard er gewerkt wordt door onze cliënten om weer grip te krijgen op zichzelf en hun leven. We denken hierbij aan Vivian, die het aandurft om voor het eerst op haar 67e met ons te delen wat zij in haar jeugd heeft meegemaakt. Hoe haar ervaringen van 60 jaar geleden een enorme impact hebben in het hier en nu. Elke avond durft ze niet te gaan slapen, het licht moet aanblijven. Ze is steeds alert en waakzaam. Ze vindt zichzelf niet de moeite waard en durft niet aan te geven wat haar behoeften zijn en wat zij nodig heeft. Tijdens de traumabehandeling durft ze haar verleden met geestelijke, fysieke en seksuele mishandeling te bespreken en te verwerken. Bevend op een stoel start ze de sessie en eindigt die met hoofdpijn en

soms misselijkheid. Ze merkt ook dat er rust komt van binnen en een mildheid naar zichzelf. Ze durft een deel van haar verhaal te delen met haar kinderen waardoor er wederzijds meer begrip komt. In de woorden van Vivian: 'langzamerhand besef ik dat ik er mag zijn, dat het geen peanuts is wat ik heb meegemaakt. Dat het niets te maken heeft met dat ik zwak ben en niet kan omgaan met mijn problemen, wat ik lange tijd gedacht heb'. We willen vooral de verhalen vertellen van onze cliënten, hoe zij de kracht vinden om te onderkennen dat zij alleen of met hun naaste niet verder komen en daarom behandeling aangaan.

In dit boek bespreken we vooral die psychische problemen bij ouderen die in andere boeken niet of nauwelijks aan bod komen. We bespreken wetenschappelijke inzichten maar maken vooral gebruik van onze dagelijkse ervaring met onze cliënten. We mogen een tijd met hen meelopen in hun leven, naast hen gaan staan om samen te werken en te onderzoeken wat hen kan helpen herstellen. Wat hen sterker maakt en de kwaliteit van leven bevordert.

De verhalen van onze cliënten zijn zo veranderd dat ze niet tot hen als persoon te herleiden zijn. We hebben namen en eigenschappen aangepast en we hebben verhalen van cliënten samengevoegd. Het blijven in de kern waargebeurde verhalen. Soms beschrijven we het verhaal bijna letterlijk zoals we het kennen, waarbij dit uiteraard is voorgelegd aan de betreffende cliënt en met diens toestemming in ons boek is terechtgekomen. Een reactie van een echtpaar op het aan hen voorgelegde verhaal: 'Het is confronterend om te lezen maar geeft ook aan van hoe ver we zijn gekomen. Ik hoop dat anderen iets aan ons verhaal hebben. Ook komt naar voren hoe belangrijk therapie voor ons geweest is. Het maakt ons een beetje trots omdat we het samen gered hebben met alles wat ons is overkomen.'

In de ontmoeting met onze cliënten spreken we hen aanvankelijk aan met u, mevrouw, heer. Meestal stappen we al snel over op tutoyeren, soms later. In de werk- en behandelrelatie die ontstaat wordt veel gedeeld, is er sprake van nabijheid en een groeiend vertrouwen. Als de behandelrelatie goed gevormd wordt, voelt de cliënt zich ge-

zien, begrepen en erkend. Daar past een interactie bij waarin we elkaar begroeten en aanspreken met onze voornamen. Vandaar dat wij (fictieve) voornamen hebben gebruikt.

Ons vakgebied en ons centrum blijven zich ontwikkelen. We willen graag blijven onderzoeken wat bij kan dragen tot herstel en kwaliteit van leven van onze oudere cliënten. We willen in de eerste plaats onze cliënten en hun familie bedanken. Daarnaast bedanken we ook onze collega's in ons team en collega's buiten ons team, in onze organisatie, GGz Breburg, en bij andere instellingen. Samen willen we blijven (onder)zoeken wat passende zorg voor ouderen met psychische klachten is en zal zijn.

Arjan Videler en Rosalien Wilting

Heeft dat nog wel zin?

We horen het al te vaak: ‘Op mijn leeftijd nog in therapie, heeft dat nog wel zin?’ Of vanuit het werkveld: ‘Waarom zouden we dat nog doen, uitgebreide diagnostiek bij deze oudere vrouw?’ Het idee dat bij ouderen diagnostiek en psychotherapie minder zin zouden hebben is wijdverbreid.

In een Duits onderzoek werd aan 114 psychotherapeuten in opleiding een casus voorgelegd van een oudere man met een depressie. De helft van de therapeuten kreeg de ‘echte’ gevalsbeschrijving voorgelegd met enkele termen die verwezen naar zijn ware leeftijd (‘oude man’), en de andere helft de aangepaste beschrijving (‘man van middelbare leeftijd’). Beide casussen waren gelijk: alle aspecten waren exact dezelfde, zoals de klachten van de man en zijn medische conditie. Alleen de meest opvallende termen die naar de leeftijd verwezen, waren vervangen (bijvoorbeeld ‘zwart haar’ in plaats van ‘lichtgrijs haar’). Wat bleek? De therapeuten die de oudere versie van dezelfde man beoordeelden hadden veel minder positieve opvattingen dan degenen die de versie van de man van middelbare leeftijd voorgelegd hadden gekregen: ze waren minder overtuigd van de behandelbaarheid, verwachtten een negatievere prognose, waren minder bereid hem zelf in behandeling te nemen en achtten zichzelf minder competent om de man te behandelen.

Dat is toch even schrikken! Alleen het beeld dat deze therapeuten

hebben van ouderdom maakt dat een oudere man minder kans heeft om in behandeling te worden genomen. En als men dat al doet, zal men minder geloof hebben in een goede uitkomst – en er dus ook minder energie in stoppen. Je zult maar 75+ zijn!

Misschien vraagt u zich nu af of die therapeuten geen gelijk hebben? Is een depressie bij een oudere wel even goed te behandelen als bij iemand van middelbare leeftijd? Over de rol van leeftijd in de psychotherapeutische behandeling van depressie is een hoogwaardige meta-analyse verricht. Een meta-analyse is een ‘systematische review’ waarin de resultaten van een aantal vergelijkbare studies worden gebundeld en herberekend. Deze meta-analyse liet zien dat leeftijd geen enkel verschil maakt in de effectiviteit van psychotherapie voor depressie bij volwassenen, jonge ouderen en oudere ouderen. Misschien tegen uw verwachting in: kinderen profiteren het minst van een psychotherapeutische behandeling van hun depressie. Als u zich net afvroeg of de oudere versie van de man in de casus minder hoop mocht hebben op een goede afloop van een psychotherapeutische behandeling, dan hebt u net als de therapeuten last van *ageism*.

Ageism

De term ageism werd voor het eerst gebruikt in 1969 door Robert Butler, een Amerikaanse ouderenpsychiater, als een variant op woorden zoals ‘racisme’ en ‘seksisme’, andere vormen van discriminatie. Ageism is in het Nederlands lastig te vertalen, misschien nog het beste als leeftijdsdiscriminatie. Butler verstond onder ageism ‘vooringenomenheid door een leeftijdsgroep ten nadele van een andere leeftijdsgroep’. Ageism kan in theorie zowel positief als negatief zijn, maar meestal heeft het negatieve gevolgen door ‘selffulfilling prophecy’s’: als men net als de jonge therapeuten verwacht dat de oudere man niet veel baat zal hebben van therapie, zal men minder zijn best doen. En grote kans dat de therapie dan ook minder effect zal hebben. Hoewel ageism strikt genomen discriminatie op grond

van elke leeftijd kan betreffen, maakt Butler zich vooral zorgen om de negatieve effecten op ouderen.

De associaties met ouder worden die we in ons hoofd hebben, ontstaan van jongs af aan door allerlei ‘culturele boodschappen’ over ouder worden en ouderen, in de maatschappij, in de media, en van mensen om ons heen. De beelden die mensen hebben van ouder worden zijn meer negatief dan positief. Ouderdom associëren we vooral met allerlei ellende, zoals geestelijke achteruitgang, rigiditeit, traagheid, eenzaamheid, ziekte, kwetsbaarheid en lichamelijke gebreken. En uiteindelijk met de nabije dood. Negatieve stereotypen dat van ouderen helpen ons ook om psychologisch afstand te nemen van ongemakkelijke gevoelens over onze eigen sterfelijkheid. Daarnaast associëren we ouderdom met enkele positieve zaken, zoals wijsheid, warmte en waardigheid. Denk aan de ideale opa of oma. Ook in de media worden vooral negatieve beelden geschetst, zoals dat van de hoge zorgkosten die de vergrijzing met zich meebrengt. Als we de vele negatieve en de enkele positieve beelden tezamen nemen, zien we ouderen als kwetsbaar, incompetent en hulpbehoevend.

Ageism is dus meer dan alleen de manier waarop de ene bevolkingsgroep (de jongere) de andere (de oudere) behandelt. Becca Levy noemt ageism daarom ‘de vijand vanbinnen’. Ze verklaart dit met haar ‘stereotype embodiment theory’. Ouderen hebben zelf – grotendeels onbewust – allerlei opvattingen over hun ouderdom. Ze hebben de negatieve boodschappen over ouderdom geïnternaliseerd, van jongs af aan. Deze leeftijdsstereotypering gaat over in ‘zelfstereotypering’ naarmate mensen ouder worden. Zelfstereotypering wordt op oudere leeftijd geactiveerd en heeft dan allerlei verborgen negatieve effecten op de gezondheid. Dit gebeurt vooral via selffulfilling prophecy’s, die in allerlei onderzoeken zijn teruggevonden. Zo bleek uit een onderzoek waarin mensen twintig jaar lang gevolgd werden, dat degenen met positieve opvattingen over ouder worden twintig jaar later lichamelijk en psychisch gezonder waren en langer leefden dan de mensen die vooraf negatieve opvattingen hadden

over ouder worden. Mensen met positieve opvattingen over ouder worden gedragen zich ook gezonder: ze zijn lichamelijk actiever, eten gezonder en hebben meer sociale contacten. Mensen met negatieve opvattingen over ouder worden gaan minder vaak naar een arts als ze klachten hebben, vooral omdat ze verwachten dat het toch weinig zin heeft. In ander onderzoek, waarin mensen achtendertig jaar lang gevolgd werden, bleek dat degenen met negatievere opvattingen over ouder worden, slechtere geheugenfuncties hadden dan degenen met relatief positievere opvattingen over ouder worden. Het verschil was groot: de eerste groep presteerde 30 procent slechter op geheugentaken.

Ageism is ernstig, want iedereen die oud wordt, wordt een doelwit van leeftijdsdiscriminatie, en daarmee is het de grootste vorm van discriminatie wereldwijd. Niet voor niets heeft de World Health Organization (WHO) alarm geslagen over de grote impact van ageism, waardoor ouderen ongelijk behandeld worden. Levy onderzocht de enorme economische gevolgen van ageism in de Verenigde Staten. Daarbij berekende ze de extra kosten voor de acht meest voorkomende groepen van aandoeningen die veroorzaakt worden door leeftijdsdiscriminatie, negatieve stereotyperingen van ouderen en negatieve zelfstereotyperingen bij ouderen. De betreffende groepen van aandoeningen zijn cardiovasculaire aandoeningen, chronische luchtwegaandoeningen, ziekten van het bewegingsapparaat, diabetes, psychische stoornissen, niet-overdraagbare infecties, gevolgen van roken en verwondingen. Ze vond dat ageism jaarlijks leidt tot 63 miljard extra onkosten in de VS.

Onderbehandeling van ouderen

Butler voorspelde in 1969 dat ageism hardnekkig zou zijn en nog decennia negatieve effecten zou hebben. Helaas heeft hij gelijk gekregen. De negatieve opvattingen over ouder worden hebben enorme gevolgen. In de geestelijke gezondheidszorg leidt dit tot onderbehandeling en waarschijnlijk indirect tot onnodige zorgconsumptie

in de somatische gezondheidszorg. Waarschijnlijk, want goed onderzoek hiernaar ontbreekt nog. Maar als we de bevindingen van Levy in de Verenigde Staten extrapoleren naar Nederland en Vlaanderen, kost ageism jaarlijks ongeveer 3,5 miljard voor Nederland en 1,3 miljard voor Vlaanderen.

De impliciete opvattingen en beelden van ouder worden en van ouderen leven ook in de relatie tussen ouderen en hun hulpverleners. Dit bleek niet alleen uit het eerder beschreven onderzoek onder jonge Duitse therapeuten, maar ook uit een recent onderzoek naar ageism onder 147 meer ervaren psychotherapeuten. In dit onderzoek werd gebruikgemaakt van een 2x2-casussen-design (bij een dergelijk design of onderzoek worden mogelijke combinaties van twee variabelen onderzocht bij een casus, in dit geval leeftijd en fysieke gezondheidstoestand). De therapeuten kregen willekeurig een van vier varianten van dezelfde man voorgelegd: 78 of 48 jaar oud, en meerdere operaties ondergaan vanwege darmkanker dan wel in goede gezondheid. Opnieuw waren de beschrijvingen verder identiek, waaronder depressieve symptomen en gedachten aan de dood. De leeftijd van de cliënt (78 versus 48) bepaalde dat de therapeuten hem als minder gemotiveerd inschatten voor psychotherapie, een slechtere prognose voorzagen en dat ze minder bereid waren om hem in psychotherapie te nemen. De lichamelijke gezondheid van de cliënt bepaalde dat de therapeuten een slechtere prognose zagen en vaker geloofden dat medicatie meer zou helpen dan psychotherapie. Niet alleen leeftijd zelf, ook met de leeftijd samenhangende factoren zoals gezondheid maken dus dat psychotherapeuten onbewust een donkere 'ageist'-bril of een meer roze bril opzetten.

Negatieve opvattingen en beelden van ouder worden zitten ook diep in onze gezondheidszorg geworteld. Velen kijken met therapeutisch pessimisme naar ouderen. Dit leidt niet alleen tot onderbehandeling van ouderen; het leidt er ook toe dat psychische klachten als passend bij de leeftijd worden beschouwd, met onderdiagnostiek tot gevolg. Therapeuten, huisartsen, praktijkondersteuners en anderen zelf hebben vaak lage verwachtingen van de mentale verander-

baarheid van ouderen. Zo zochten depressieve ouderen die hun symptomen toeschreven aan hun leeftijd, ruim vier keer minder vaak hulp bij hun huisarts dan ouderen die hun klachten zagen als voortkomend uit een psychische aandoening. In een ander onderzoek onder een groot aantal mensen dat hulp zocht bij hun huisarts voor psychische klachten, bleken ouderen met eenzelfde behoefte aan psychotherapie een veel kleinere kans te hebben om voor psychotherapie te worden verwezen dan jongvolwassenen: de 65- tot 75-jarigen hadden bijna drie keer zo weinig kans en de 75-plussers zelfs bijna vijf keer zo weinig kans.

In dit boek gaan we dieper in op de behandelmogelijkheden bij diverse mentale problemen waar ouderen mee kunnen kampen. Maar eerst gaan we hier nog dieper in op de waarde van een passende, late diagnose.

De zin van een late diagnose

Geregeld stellen we bij ouderen een ‘late’ diagnose, een diagnose die niet eerder in hun leven onderkend is. De term ‘late diagnose’ wordt vooral gebruikt in het kader van autisme. Zo werden we een paar jaar geleden uitgenodigd om een voordracht te geven voor mensen bij wie een late diagnose autisme was gesteld. Dat leek ons zinvol, dus ‘ja’ gezegd, voordracht voorbereid over autisme bij ouderen en op een herfstige avond naar het betreffende wijkcentrum gereden. We hoorden dat er tweehonderd mensen zouden komen. We waren uiteraard een beetje op tijd. Geleidelijk druppelden de mensen binnen. We waren verbijsterd: zonder uitzondering allemaal mensen tussen de twintig en dertig jaar jong.

Wij zien mensen bij wie we diagnoses als posttraumatische-stressstoornis (PTSS), autisme, aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) of persoonlijkheidsstoornis stellen op hun vijfenzestigste, vijfenzeventigste en nog ouder. Veel mensen, ook artsen en psychologen, vragen zich af of een dergelijke diagnose nog wel zin heeft bij ouderen. Als het vermoeden zich aandient, rijst bij hen

de vraag of en hoe ze dit bespreekbaar maken. Zorgverleners kunnen hierover twijfelen omdat ze zich afvragen wat de impact zal zijn als een oudere voor het eerst hoort dat er misschien persoonlijkheidsproblematiek, autisme of ADHD speelt. Heeft het zin dit bespreekbaar te maken? Het is toch niet te genezen? Of: hoe kaart ik het aan? En hoe verhoudt zich dat tot de huidige teneur in de media, en de ggz met hun, een anti-hype om minder stigmatiserende stickers te plakken?

Een nieuw narratief

In onze ervaring kan een goede diagnose doorgaans wel degelijk helpend zijn, ook als deze pas laat in het leven gesteld wordt. Een kloppende beschrijvende diagnose die echt past kan verklaren waarom het leven gegaan is zoals het gegaan is, en daarmee helpen om de balans van het leven op te maken. De oudere kan op basis van de diagnose een nieuw, beter passend verhaal (narratief) maken van zijn leven. Het niet bespreken van een vermoeden van een late diagnose onthoudt een oudere de mogelijkheid om zichzelf en zijn leven beter te begrijpen. Ook voor naasten kan een passende diagnose waardevol zijn. Geregeld horen we partners zeggen hoe het hen helpt hun man of vrouw beter te begrijpen, nadat ze na vele jaren huwelijk totaal waren vastgelopen in negatieve patronen. We zien ook volwassen kinderen die met een nieuw narratief voor het eerst echt begrijpen waarom de relaties met hun vader of moeder zo anders en/of moeizaam zijn. Door dit begrip ontstaat er ruimte om te verkennen wat er veranderd kan worden, en te komen tot een nieuw patroon van met elkaar omgaan. Het is belangrijk om het verleden te begrijpen, om milder te kunnen worden naar zichzelf en naar elkaar. Een 73-jarige vrouw, die deelneemt aan een psychotherapiegroep bij ons, verwoordt het als volgt: 'Ik ben dankbaar dat jullie deze tijd aan mij willen besteden, dankbaar dat ik deze kans krijg, ik was al afgeschreven, uitbehandeld. Ze zeiden tegen me dat "ik ben wie ik ben", maar zo wil ik niet zijn.'