

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](http://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](http://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](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# Existentiële doodsangst, een lacune in de psychoanalyse

QUIN VAN DAM

## ¶ *Soms is doodsangst gewoon doodsangst*

In het persoonlijk leven van Freud speelde de dood een grote rol. Zijn twee zoons vochten in de Eerste Wereldoorlog aan het front, een dochter stierf op jonge leeftijd en zelf leed hij aan verhemeltekanker. Des te opmerkelijker is het dat hij in zijn theoretisch bouwwerk van de psychoanalyse geen volwaardige plaats toekende aan de dood.

Freud meende dat we de dood wel waarnemen, als toeschouwer, maar ons geen denkbeeld kunnen vormen van onze eigen dood: in ons onbewuste heerst de overtuiging dat we onsterfelijk zijn. Omdat de dood geen onderdeel vormt van de bewuste en onbewuste belevingswereld, kunnen we er ook niet bang voor zijn, veronderstelde hij. En als we toch doodsangst ervaren, dan moeten we die angst begrijpen als een afgeleide of secundaire angst, en als een aanwijzing voor dieperliggende problemen (Freud 1915, Razinsky 2013).

De volgende casus is een voorbeeld van zo'n freudiaanse interpretatie van doodsangst als secundair fenomeen:

Jaap de Bruin is bang om plotseling te sterven. Deze doodsangst hangt samen met de moordfantasieën die Jaap koestert ten aanzien van zijn buurman. Vanuit zijn strenge geweten veroordeelt hij deze agressieve gevoelens: als straf voor zijn agressieve wensen vreest hij zelf dood te zullen vallen. Op die manier vloeit zijn secundaire doodsangst — ik val dood — voort uit een innerlijk conflict tussen zijn primaire woede — val jij maar dood — en zijn strenge geweten.

Freuds opvatting over doodsangst had verstrekkende gevolgen voor de psychoanalytische theorie en de therapeutische praktijk: de primaire of existentiële dreiging van de dood werd niet geïntegreerd als invloedrijke psychische factor in de psychoanalytische ontwikkelingstheorie (Razinsky 2013).

Gezien de ingrijpende invloed van de dood op ons bestaan is dat opmerkelijk. We beseffen immers al vanaf jonge leeftijd dat er een tijd komt dat we er niet meer zijn (Brenner 2010, Kastenbaum 2014). Dit besef van 'niet zijn' is bij vrijwel iedereen op de achtergrond aanwezig en kan nadrukkelijk op de voor-

grond treden wanneer zich een bedreigende situatie voordoet, zoals een ernstige ziekte of een ramp. Het besef van 'niet zijn' kan ons ook van moment tot moment vergezellen ('Nu ben ik aan het werk, volgend jaar ben ik er misschien niet meer') en onze blik op de toekomst kleuren ('Hoe kijk ik op mijn sterfbed terug als ik nu besluit geen kinderen te nemen?').

Bovendien weten we dat wie we zijn geworden en wat we 'zijn' eens ophoudt te bestaan. De dood beïnvloedt daarnaast onze ontwikkeling, doordat hij onvermijdelijk en onvoorspelbaar is: we hebben geen controle over onze lichamelijke gezondheid ('Hoe lang nog stelt mijn lichaam me in staat te sporten?') (Razinsky 2013).

Op dit punt hebben we in ons vak dus nog wat in te halen. Zo is wetenschappelijk onderzoek bij verschillende leeftijdsgroepen nodig om te begrijpen hoe existentiële doodsangst inwerkt op de ontwikkeling. En deze angst moet een plaats krijgen in de psychoanalytische ontwikkelingstheorie.

Ook in de behandelkamer is werk te doen. Generaties psychoanalytisch therapeuten (psychoanalytici en psychoanalytisch psychotherapeuten) hebben de dood als reële bedreiging van het bestaan links laten liggen: zij behandelen iedere doodsangst als secundaire angst (Razinsky 2013, Langs 2008), en richten hun aandacht op de oplossing van het innerlijke conflict dat vaak in de kindertijd ontstaan zou zijn. In het geval van Jaap betekent dit bijvoorbeeld dat de psychoanalytisch therapeut Jaap helpt minder streng naar zichzelf te kijken en zijn woede te accepteren. Hij hoeft zichzelf dan niet meer te straffen en zijn (secundaire) doodsangst zal daarmee afnemen, zo is de aanname.

De psychoanalytisch therapeut heeft in dat frame echter geen oog voor de primaire doodsangst. Hij onderzoekt niet of er in het actuele bestaan van Jaap directe aanleidingen zijn voor die niet-afgeleide angst. Zo is het mogelijk dat een familielid ernstig ziek is, waardoor Jaap geconfronteerd wordt met zijn eigen sterfelijkheid. De samenhang tussen zijn primaire doodsangst en dit dreigende verlies blijft daardoor onbesproken. Terwijl doodsangst soms gewoon doodsangst is.

Yalom (2008) is een van de prominentste critici van Freuds visie op doodsangst. Hij benadrukt dat de reële bedreiging van ons bestaan en het besef van onze sterfelijkheid bij vrijwel iedereen op de achtergrond aanwezig is en een verlammende vernietigingsangst teweegbrengt.

Ook vanuit psychoanalytische kring kwam kritiek op Freuds opvatting over doodsangst. Zo schrijft Van Coillie (2004) dat Freuds idee over de onvoorstelbaarheid van de eigen dood wel klopt, maar dat dit nog niet betekent dat het doodsbef geen effect sorteert: de eigen dood is een onloochenbaar feit waartegen heel ons organisme zich met elke vezel verzet (Van Coillie 2004).

Volgens Langs (2008) verschaft Freud geen helder psychoanalytisch inzicht in het probleem van de doodangst, doordat hij uitsluitend een intrapsychische oorzaak daarvoor trachtte te vinden. Daarmee ging hij eraan voorbij dat doodsangst ook veroorzaakt kan worden door alledaagse gevaren en risico's,

zoals natuurrampen, ernstige ziektes of gewelddadige aanslagen. Bovendien zag hij over het hoofd dat het besef van de eigen sterfelijkheid doodsangst teweegbrengt (Langs 2008). Met deze uitgangspunten zette Freud de trend om doodsgerelateerde thema's te vermijden. Hij gaf de dood en doodsangst geen plaats in zijn hypothesen over de vroegkinderlijke ontwikkeling van emotionele problemen (Langs 2008).

Deze trend zet zich voort in de huidige psychoanalytische praktijk. Daarin is veel aandacht voor onder meer relationele patronen, emotieregulatie of intersubjectiviteit, maar deze op zichzelf belangrijke thema's lijken psychoanalytisch therapeuten en patiënten geregeld ook af te leiden van een traumatische actuele of toekomstige werkelijkheid: de dood (Langs 2008).

Straker (2013), die ruim dertig jaar als psychoanalyticus verbonden is aan het Sloan-Kettering Cancer Centre in New York, onderschrijft deze kritieken. Volgens Straker (2016) heeft de psychoanalytische beroepsgroep lange tijd ontkend hoe belangrijk het is onze patiënten te helpen bij de existentiële crisis die zij doormaken als hun dood nabij is. Hij pleit ervoor om niet vast te blijven houden aan het in theoretisch opzicht belangrijke verleden, maar onze theorie en praktijk meer af te stemmen op de behoeften van onze patiënten: <Ik ontdekke dat een meer directe existentiële benadering die ondersteund wordt door wetenschappelijk onderzoek mij een gevoel van bekwaamheid gaf en mij in staat stelde om de meest uitdagende crisis in ons leven onder ogen te zien. Deze existentiële benadering vermindert de doodsangst van de patiënt en bevordert een betekenisvolle psychologische ontwikkeling aan het eind van hun leven> (Straker 2016).

Maar de noodzakelijke omslag in de behandelkamer is niet zomaar gerealiseerd. Want psychoanalytische therapeuten kunnen allerlei belemmeringen ervaren in het adequaat reageren op angst voor de dood. Die breng ik hieronder als eerste in kaart. Daarna geef ik aan bij welke groepen patiënten we vooral alert moeten zijn, en wat we kunnen doen om de patiënt te helpen zijn angst te hanteren. Vervolgens bespreek ik de existentiële psychoanalytische benadering van Straker (2013) voor patiënten die ongeneeslijk ziek zijn. Tot slot licht ik toe hoe psychoanalytisch therapeuten hun patiënten kunnen bijstaan in hun worsteling met de dood.

#### ¶ *Welke belemmeringen ondervinden psychoanalytische therapeuten?*

Als psychoanalytisch therapeuten kunnen we verschillende barrières ervaren wanneer we te maken krijgen met thema's rond de dood. Twee factoren zijn met name van belang: (1) we zijn vervreemd geraakt van de dood door de maatschappelijke context waarin we opereren en (2) door onze eigen doodsangst reageren we afwerend als we geconfronteerd worden met de dood.

► 1. VERVREEMDING VAN DE DOOD De dood heeft in de afgelopen anderhalve eeuw zijn natuurlijke plek in het dagelijkse leven verloren. De eerste reden is dat de levensverwachting aanzienlijk is gestegen. Het bruto sterftecijfer (het aantal sterfgevallen per 1000 inwoners per jaar) daalde in Nederland tussen 1850 en 2000 van 25% naar 8% per jaar; in 1850 stierven per 1000 inwoners dus elk jaar veel meer mensen dan in het jaar 2000. Daarnaast nam in diezelfde periode het sterftecijfer van jongeren (het aantal sterfgevallen per jaar per 1000 jongeren tussen 0 en 20 jaar) af van 50,2% naar 1,3%, vooral door een sterke daling van de kindersterfte (0 tot 5 jaar). Het sterftecijfer van ouderen (65 jaar en ouder) steeg in datzelfde tijdsbestek van 18,1% naar 70,9%. Sterven doen we nog steeds, maar steeds vaker pas wanneer we oud zijn.

Door deze ontwikkelingen is de dood voor velen geassocieerd geraakt met de ouderdom. Concreet betekent dit dat de mensen die in de afgelopen vijftig jaar zijn opgegroeid, veel minder vaak dan hun groot- en overgrootouders van nabij hebben meegemaakt dat iemand overleed (Van Dam 2016).

Een tweede reden dat de dood meer op afstand blijft is dat sterven in de afgelopen eeuw meer afgescheiden is geraakt van het dagelijks leven. Begin 1900 stierf 80% van de mensen thuis; in 2000 was dat nog maar 33% (Keirse 2011). De meerderheid overlijdt tegenwoordig dus in een ziekenhuis of zorginstelling, zoals een verpleeghuis of hospice. Dit betekent dat de zorg voor stervenden meer in handen is gekomen van professionele zorgverleners, en dat stervenden verder verwijderd zijn van hun gezinsleden. Door deze professionalisering van het sterven krijgen gezinsleden meer de rol van toeschouwer (Corr & Corr 2013).

Doordat sterven zijn natuurlijke vertrouwdheid heeft verloren, is ook de taal om over die gebeurtenis te spreken langzaam verdwenen: er zijn geen woorden meer voor (Keirse 2011). Dit raakt ook psychoanalytische therapeuten. Net als iedereen zijn zij in hun kindertijd weinig geconfronteerd met de dood van een gezinslid of iemand uit de directe omgeving; ook hun naasten sterven vaak niet meer thuis. Daardoor missen ze wat wel wordt aangeduid als <informele scholing> (Corr & Corr 2013).

► 2. DOODSANGSTEN VAN DE PSYCHOANALYTISCH THERAPEUT Nu hoeft het op zich geen punt te zijn dat therapeuten informele scholing missen. Maar ook georganiseerde leergangen gericht op cognitieve en ervaringsgerichte kennis over de dood ('formele scholing') ontbreken grotendeels (Van Dam 2016). Bovendien ervaren we als psychoanalytisch therapeuten onze eigen barrières bij een confrontatie met de dood en doodsangst bij onze patiënten. We raken bijvoorbeeld in verwarring door onze eigen doodsangst, vereenzelvigen ons te veel met de patiënt, vooral wanneer de ongeneeslijke zieke patiënt van een vergelijkbare leeftijd is, of voelen ons totaal machteloos. Deze tegenoverdrachtsreacties kunnen ertoe leiden dat we angstig en vermijdend reageren, en niet meer voor de patiënt beschikbaar zijn.

Als de therapeut het onvermijdelijke feit dat hij doodgaat en zijn eigen angsten daarvoor wél onder ogen ziet, dan neemt de kans toe dat hij zich kan verplaatsen in de doodsangst van de patiënt en beter in staat is te reflecteren op de eigen ervaringen. Hij kan daar zo nodig iets over vertellen en zo de hoop bieden dat deze angst te hanteren valt.

Therapeut Fred Kloos ging na de suïcide van zijn partner in psychotherapie om dit verlies te verwerken. In deze therapie kon hij naast gevoelens van verdriet, falen en doodsangst ook zijn schaamte- en schuldbeladen gevoelens van woede en opluchting over haar dood toelaten. Daarnaast werd hij zich bewust van zijn almachts- of redderfantasiën, zoals de verwachting dat hij haar problemen had kunnen oplossen. Hij beseftte dat hij zijn beperkingen niet voldoende onder ogen had gezien. Door zijn therapie kon hij zich beter verplaatsen in de gevoelens van patiënten die geconfronteerd werden met de suïcide van een geliefde. Hij leerde zijn patiënten de schuldbeladen gevoelens van woede en opluchting ter sprake te brengen, en liet hun zien dat hun gevoel van falen geen reëel falen betrof (Van Dam 2016).

#### ¶ *Bij welke groepen patiënten treedt doodsangst vooral op?*

Doodsangst is vaak onbewust aanwezig, maar kan sterker opspelen wanneer we zelf ziek worden of naasten zien overlijden. Ook kan een verstoring van het psychisch evenwicht doodsangst losmaken. Bij drie groepen mensen kan doodsangst in het bijzonder een rol spelen.

► 1. DOODSANGST EN PSYCHISCHE STOORNISSEN Sommige mensen met (zich ontwikkelende) psychische problematiek (geclassificeerd volgens de DSM) worstelen op uiteenlopende manieren met vraagstukken rond dood en doodsangst. Zo zijn patiënten met (DSM-diagnosen) anorexia nervosa of boulimia nervosa en met zelfbeschadigend gedrag vaak gepreoccupeerd met de dood en de angst voor vernietiging (Farber e.a. 2007). Tegelijk stelt dissociatie hen in staat te ontkennen dat ze een reëel gevaar lopen om te overlijden. De overheersende aanwezigheid van de dood in hun behandeling roept bij therapeuten vaak wanhoop, vermijding en afkeer op, en belemmert hen soms het overlijdensrisico te bespreken (Farber e.a. 2007).

In andere gevallen kan een sterk aanwezige doodsangst raken aan een (DSM) angststoornis, met een overlap in klachten en verschijnselen. Patiënten uit beide groepen melden negatieve emoties, zoals spanning, onzekerheid en een zorgelijk en ongemakkelijk gevoel (Lehto & Stein 2009). Ook in de depressieve klachten van ouderen kan doodsangst een rol spelen.

Verder blijkt dat de onverwachte dood van een geliefde traumatisch kan zijn, met gevolgen in de gehele levensloop van de achterblijvers. Zo'n levensgebeurtenis is een risicofactor voor onder meer een (DSM-diagnose) depressie, paniekstoornis en posttraumatische-stressstoornis. Onder ouderen wordt

naast deze klachten een verhoogde incidentie of toename geconstateerd in het voorkomen van manische episodes, fobieën, alcoholmisbruik en (DSM) generaliseerde angststoornissen (Keyes e.a. 2014).

Deze samenhang tussen doodsangst en psychische stoornissen maakt duidelijk dat het noodzakelijk is om als therapeut alert te zijn op de aanwezigheid van doodsangst en deze angst actief te exploreren.

► 2. DOODSANGST EN LEVENSBEDREIGENDE ZIEKTES De tweede groep die specifiek met doodsangst te kampen kan hebben, bestaat uit mensen die langdurig behandeld worden voor potentieel levensbedreigende ziektes en mensen in de laatste fase van hun leven.

Ontwikkelingen in de geneeskunde hebben ongeneeslijke ziektes steeds vaker tot chronische ziektes gemaakt. Een vooruitgang, maar wel een met een keerzijde. Zo zijn sommige behandelingen zeer ingrijpend en hebben ze zware bijwerkingen en mogelijk schadelijke gevolgen. Op medisch-maatschappelijk terrein wordt daarom in toenemende mate aandacht besteed aan het vraagstuk van passende medische zorg bij chronische ziekte en in de laatste levensfase. Het rapport *Niet alles wat kan, hoeft — Passende zorg in de laatste levensfase* gaat specifiek op deze vragen in (Stuurgroep 2015). Het is in opdracht van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Geneeskunde (KNMG) opgesteld door een stuurgroep bestaande uit organisaties van patiënten, artsen, verpleegkundigen en ouderen.

Juist door de medisch-technologische mogelijkheden wordt het des te belangrijker om op tijd te praten over de vraag of iemand een nieuwe behandeling nog wil, of zo'n behandeling nog realistisch is, wat de ernstig zieke werkelijk belangrijk vindt in zijn leven en met welke zorg de behoeften van de zieke zo goed en zo kwaad als het kan vervuld kunnen worden. Dit betekent dat patiënten een eigen afweging kunnen maken, en dat er ook ruimte kan ontstaan voor aanvaarding van de onvermijdelijke aanstaande dood, voor afscheid en voor zorg die gericht is op acceptatie en op een zo goed mogelijk afscheid van het leven (Stuurgroep 2015).

Genoemd KNMG-rapport bepleit een samenleving die meer ruimte maakt voor het accepteren van ziekte en overlijden. Het moet gewoner worden om te praten over het levenseinde, over wensen en verwachtingen en over andere opties dan doorbehandelen. In de laatste levensfase moeten optimale zorg, kwaliteit van leven en welzijn vooropstaan (Stuurgroep 2015). Dit gaat echter wel gepaard met dilemma's die soms moeilijk bespreekbaar zijn, omdat dan ook de dood aan bod moet komen. Psychoanalytische therapeuten kunnen aan dit gesprek een wezenlijke bijdrage leveren. Mensen die te maken hebben met ingrijpende gebeurtenissen, zoals ernstige ziekte van henzelf of van hun naasten, wenden zich immers ook tot de huisarts en de ggz.

► 3. DOODSANGST EN OUDERDOM Ouderen vormen de derde groep waar therapeuten alert op moeten zijn. Drie miljoen Nederlanders zullen de komende decennia ouder zijn dan 65 jaar. Ze worden geconfronteerd met de dood doordat naasten overlijden en ook de horizon van hun eigen sterven snel in zicht komt. En deze confrontatie kan doodsangst oproepen of versterken.

Wie rouwt om het verlies van een naaste kan bijvoorbeeld angst gaan voelen voor de eigen dood. Yalom (2008) benadrukt dat we als behandelaar alert moeten zijn op doodsangst bij de rouwende patiënt, een volgens hem onderschatte component van de rouwverwerking. Ouderen worden in soms korte tijd met veel verschillende verliezen geconfronteerd, en hebben vaak nauwelijks de tijd en onvoldoende steun van de omgeving om te rouwen en deze verliezen te verwerken: verdriet wordt een voortdurende metgezel (Corr & Corr 2013).

Mensen in de laatste levensfase rouwen in veel gevallen ook om het verlies van lichamelijke en cognitieve mogelijkheden, of om het verlies van een partner, broer of zus, vrienden of zelfs een huisdier. Daarnaast kunnen ouderen getroffen worden door de dood van een kind of een kleinkind. Dergelijke ingrijpende situaties zijn niet alleen ingrijpend voor het huidige leven, maar kunnen ook oude, onverwerkte verliezen weer naar de oppervlakte brengen (Corr & Corr 2013). Het is voorstelbaar dat de stapeling van verlies bij ouderen heftige doodsangst teweeg kan brengen en de verbondenheid met het leven verzwakt, wat ook weer angst kan oproepen.

#### ¶ *In de behandelkamer: exploratie*

Alvorens de doodsangst van de patiënt te behandelen, is het nodig te onderzoeken wat voor *deze patiënt* de betekenis is van de dood, welke angsten er zijn en hoe deze samenhangen met psychische problematiek (Van Dam 2017).

Bij een therapeutisch gesprek over dood en doodsangst past een open en geïnteresseerde houding. We proberen dan te begrijpen hoe de ander vanuit zijn cultuur en perspectief de dood beleeft. We exploreren, en stellen oplossingen en interpretaties zo lang mogelijk uit. We voorkomen vaagheden zoals <De dood hoort nu eenmaal bij het leven>, en vragen liever: <Hoe is het, denkt u, voor uw vrouw of uw kind als u er niet meer bent?>

Hieronder geef ik een aantal voorbeelden van explorerende vragen, gerangschikt naar thema:

- *De betekenis van de dood:* Hoe ziet u de dood, wat houdt er op voor u? Is het beeld van de dood na uw kindertijd veranderd? Wat betekent dit vroegere of het huidige beeld voor u? Wat betekent uw dood voor uw naasten, hoe kijken ze straks op u terug? Voelt u zich voor iemand verantwoordelijk? Wie zal het na uw dood vooral zwaar hebben en waarom? Is een belangrijk persoon overleden, hoe herinnert u zich hem, wat betekent het verlies voor u?



Met wie praat u daarover en wat betekent dat voor u? Lukt het u nieuwe contacten te leggen?

- *Ervaringen van spijt*: Waarvan heeft u spijt? Hoe stond u toen in het leven? Hoe kijkt u daarop terug? Wat is belangrijk voor u in de tijd die u nog hebt? Hoe kunt u dat realiseren?
- *Ideeën over een leven na de dood*: Wat gebeurt er met uw ziel of geest? Leeft u ergens voort? Verwacht u een oordeel over uw leven op aarde?
- *Verlangen naar de dood*: Sinds wanneer verlangt u naar de dood? Is er toen iets gebeurd of veranderd voor u? Wat mist u in uw huidige leven? Hoe werd daarin vroeger voorzien? Met wie had u toen contact en wat betekende dat voor u en voor de ander? Hoe is dat nu? Wat is er nodig om plezier in uw leven te krijgen? Wat betekent de keuze voor een zelfgekozen levenseinde voor u? Geeft de keuze een gevoel van vrijheid en regie, maakt het u angstig of voelt u zich ertoe verplicht?

#### ¶ *In de behandelkamer: samenhang met de psychosociale vermogens*

De diagnostische inschatting van de psychische (on)mogelijkheden van de patiënt gaat vooraf aan de bespreking en behandeling van de doodsangst. Deze inschatting geeft antwoord op de vragen: waarom nu deze angst bij deze patiënt en om welke vorm van angst gaat het? Dit geeft een beeld van mogelijke aanleidingen voor de toename van doodsangst, van het angstniveau en van de daarbij gehanteerde afweer (Van Dam 2017).

Ook bij ogenschijnlijk goed functionerende patiënten kunnen primitieve angsten, zoals angst voor desintegratie, aanwezig zijn. Om deze angsten op te sporen is het noodzakelijk te vragen naar een concreet voorbeeld waarin de patiënt zich angstig voelde, wat er precies gebeurde, en waarvoor hij het meest angstig was.

Een 32-jarige vrouw, werkzaam als juriste, meldde angstaanvallen waarin ze vreesde weg te vallen en niet meer te bestaan. Bij concreet doorvragen bleek dat deze doodsangsten optraden als zij langere tijd met haar partner in een ruimte was. Zij raakte dan soms geheel de grip op de situatie kwijt. Als voorbeeld gaf ze een recente vrijpartij met haar partner, waarbij ze in een diffuus-angstige beleving terecht kwam en niet meer wist waar zij eindigde en haar partner begon. Ze raakte in paniek en schopte hem van zich af. Psychodynamisch bezien wijst haar doodsangst — niet meer te bestaan — op fusieangst (desintegratieangst), waarbij het onderscheid tussen Ik en niet-Ik vervaagt (Van Dam 2011).

Bij patiënten met suïcidale gedachten is er in veel gevallen een mengeling van doodsangst en doodswens. In eerste instantie zal de behandelaar inschatten hoe groot het risico op suïcide is. Daarnaast kan hij de doodswens exploreren door de patiënt te vragen waar hij van weg wil, hoe hij de dood beleeft en hoe hij denkt dat het voor achterblijvers zal zijn als hij er niet meer is. Deze

vragen bieden de patiënt de mogelijkheid te vertellen over zijn belevingswereld, de mogelijke aanleidingen om dood te willen en zijn teleurstellingen in het leven. Als de therapeut zich daarvoor interesseert, voelt de patiënt zich erkend in zijn gevoelens en leidt dit vaak tot hernieuwde verbinding met het leven (Van Dam 2017).

#### ¶ *Existentieel psychoanalytische benadering*

In zijn werk met ongeneeslijk zieke patiënten ontdekte Straker dat het nodig was om aan de psychoanalytische techniek een existentiële benadering toe te voegen. Deze patiënten reageren vaak met angst en paniek als ze horen dat ze ongeneeslijk ziek zijn. Ze zijn niet gebaat bij een psychoanalytische therapie die gericht is op de dieperliggende problemen en vroegkinderlijke wortels van de doodsangst, maar moeten geholpen worden de dood onder ogen te zien (Straker 2013).

Als dit lukt, dan leeft de patiënt vaak met een <dubbel besef>: enerzijds is er de naderende dood, anderzijds een sterke wil om te leven en daaraan betekenis te geven. De existentiële benadering sluit aan bij deze levensdrang en behoefte aan betekenisgeving. Dit besef van leven en sterven vormt dan ook de belangrijkste psychologische taak bij het levenseinde.

Als de patiënt suïcidaal wordt of vroegtijdig om euthanasie vraagt, laat hij daarmee mogelijk weten dat het hem niet lukt om deze dualiteit te verdragen. Juist dan is het belangrijk om als psychoanalytisch therapeut aanwezig te zijn en actief de gevoelens van angst, verlies, wanhoop en waardeloosheid te exploreren. Dit kan de patiënt helpen de dualiteit van leven en sterven te aanvaarden, door de patiënt te helpen accepteren dat zijn genezing onmogelijk is en zijn levensverwachting kort en onzeker (Straker 2013).

Daarnaast probeert de psychoanalytisch therapeut de patiënt te helpen zo goed mogelijk gebruik te maken van de tijd die hem rest. De behandelaar probeert te begrijpen welke voorstellingen de patiënt van de dood heeft en moedigt hem aan te rouwen over het verlies van zijn gezondheid, zijn toekomst, zijn relaties en zijn geliefde plekken. Ook bespreekt hij mogelijke schuldgevoelens van de patiënt tegenover naasten die hij moet achterlaten, of over onafgemaakte zaken.

De onvermijdelijkheid van de dood brengt de patiënt vaak in een existentiële crisis waarin hij beseft alleen te staan, alles te zullen verliezen wat van waarde is, en hij geconfronteerd wordt met vragen over de zin van het bestaan. Als de patiënt de ernst van zijn ziekte vermijdt, laat de behandelaar deze vermijding bestaan als hij aanvoelt dat het de kwaliteit van leven van de patiënt ten goede komt: <Als ik er steeds bij stilsta dat ik doodga, heb ik geen leven meer> (Tichler 2013).

Soms lukt het de patiënt om te rouwen over zijn stervende lichaam en zich tegelijkertijd te richten op het hier-en-nu, op verbinding met zijn geliefden en

op haalbare doelen. De behandelaar kan daar actief in helpen door met de patiënt te onderzoeken wat van waarde is en waarop hij concreet zijn aandacht wil richten (Straker 2013).

Tjerk, 21 jaar oud, vernam twee jaar geleden dat hij ongeneeslijk ziek is. Hij wil zich in de tijd die hem rest inzetten voor Alpe d'HuZes om geld in te zamelen voor wetenschappelijk onderzoek naar kanker om te voorkomen dat jonge mensen in de toekomst aan deze ziekte zullen overlijden.

De behandelaar sluit ook aan bij de behoefte van de patiënt om terug te blikken op zijn leven. Dit helpt de patiënt soms om met mildheid terug te kijken op <mislukte periodes> uit zijn leven en biedt hem ruimte om te beseffen wat hij bereikt heeft en dat hij zal doorleven in anderen. Deze zogenaemde symbolische onsterfelijkheid versterkt zijn zelfwaardering.

Johan Ark, 74 jaar en ongeneeslijk ziek, scheidde op 29-jarige leeftijd en veranderde kort daarop van loopbaan. Nu veroordeelt hij zichzelf om de verloren jaren en de <verkeerde keuzes> in relaties en werk: <Ik had meer kunnen bereiken als ik niet zo stom geweest was>. De behandelaar moedigt hem aan terug te gaan naar die periode en onderzoekt met hem hoe hij toen in het leven stond. Deze terugblik brengt Johan Ark tot het besef dat hij door de strenge en inperkende opvoeding niet geleerd heeft zich af te vragen welke partner en studie bij hem pasten. Hij beseft hoe angstig en onzeker hij als jonge twintiger in het leven stond, en dat hij zich bij zijn keuzes vooral liet leiden door de 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.

De therapeut streeft naar een positieve, begripvolle en zorgende relatie met de patiënt en betreft in overleg met de patiënt zo nodig naasten bij de behandeling. Een veilige binding met anderen verzacht vaak de pijn van het afscheid en helpt op vredige wijze te sterven (Straker 2013).

Bij de ontwikkeling van de existentiële psychoanalytische benadering maakte Straker (2013) gebruik van het wetenschappelijk onderzoek van Breitbart en Poppito (2014). Zij toonden aan dat het zinvol is ongeneeslijk zieke patiënten te helpen om in het laatste stadium van hun leven weer iets of iemand te vinden waaraan zij aandacht willen besteden. Breitbart en Poppito (2014) ontwikkelden een Meaning-Centered Psychotherapy (MCP) om patiënten met kanker in een vergevorderd stadium te helpen betekenis aan hun leven te geven. Deze MCP is gebaseerd op Frankls Logotherapie (1969) en kan in individuele vorm of in groepsverband worden uitgevoerd. MCP helpt de ernstig zieke patiënten op effectieve wijze zin aan hun bestaan te ontleen en de kwaliteit van hun leven te verbeteren. Zo verminderen hun gevoelens van wanhoop en neemt de urgentie van een eventuele euthanasiewens af (Breitbart & Poppito 2014).

---

---

### ¶ *Betekenis voor de psychoanalytische psychotherapeut*

Deze benadering vergt van de psychoanalytisch psychotherapeut een bijstelling, aangezien de existentiële psychoanalytische invalshoek in vier opzichten verschilt van de klassieke psychoanalytische therapie. Ten eerste is er een verschil in therapeutische houding: de existentiële psychoanalytische therapeut stelt zich actief, stimulerend en ondersteunend op. Zijn houding verschilt van de overwegend volgende en afwachtende positie van de behandelaar in de klassieke psychodynamische psychotherapie. Ten tweede werkt de existentiële psychoanalytische therapeut in afwijking van de klassieke benadering met een focus: de dualiteit van leven en sterven. In de derde plaats gebruikt hij het verleden alleen als dat nodig is bij de behandeling. Zo kan een patiënt bang zijn gestraft te worden in het hiernamaals; in dat geval bespreekt de therapeut de vroegkinderlijke wortels van deze doodsangst. De primaire doodsangst (het naderend overlijden) blijkt dan een secundaire doodsangst op te roepen (de vroegkinderlijke angst voor bestraffing). Ten slotte richt de existentiële psychoanalytische therapeut de aandacht op de toekomst, en doet dat concreet en doelgericht. Deze benadering komt in de klassieke psychoanalytische benadering nauwelijks voor (Straker 2013, Langs 2008).

Tegelijk zijn psychoanalytisch therapeuten bij uitstek geoutilleerd om, werkend vanuit dit bijgestelde perspectief, met de problematiek om te gaan. Ze beschikken immers al over veel vaardigheden om patiënten bij te staan in hun worsteling met bewuste en onbewuste doodsangst. Zo zijn zij ervaren in het therapeutisch werken met onbewuste problematiek, kunnen zij de verschillende afweervormen inschatten en zijn zij bedreven in het bewerken van verlies, schuldgevoel, schaamte en spijt.

Dit wil niet zeggen dat er geen enkele scholing nodig is. Een uitbreiding van de al ontwikkelde vaardigheden is nodig om meer vertrouwd te raken met de thematiek van de dood.

Allereerst is uitbreiding van de kennis nodig. Psychoanalytisch psychotherapeuten moeten beschikken over basale kennis van: (a) de cognitieve en emotionele ontwikkeling van het doodsbesef van kind tot volwassene, (b) de cultureel-maatschappelijk beïnvloede houdingen ten aanzien van de dood, (c) het verschijnsel doodsangst en de factoren die daarop van invloed zijn, (d) de verschillende afweermechanismen en rouwreacties, (e) de instellingen voor ernstig zieken, en (f) de inhoudelijke, wettelijke, morele en ethische regelingen rond het levenseinde (Van Dam 2016).

Maar een ervaringsgericht deel is ook onontbeerlijk. Dat moet erop gericht zijn psychoanalytisch therapeuten te leren om de soms heftige gevoelens te verdragen die het onderwerp oproept, en hen te trainen in de relevante vaardigheden.

Het nut van een dergelijke cognitieve en ervaringsgerichte scholing blijkt uit een wetenschappelijk onderzoek onder twee groepen verpleegkundigen die

werkzaam waren op een afdeling met terminale patiënten: de ene groep kreeg scholing over de dood, de andere niet. De verpleegkundigen kregen de gelegenheid te reflecteren op de eigen overtuigingen en angsten voor de dood, wisselden ervaringen uit met de overlijdensgevallen van patiënten en bespraken manieren om slecht nieuws te brengen en naasten van overledenen te steunen. De getrainde verpleegkundigen bleken beter dan de niet getrainde collega's in staat de optredende doodsangst te hanteren. Bovendien waren zij beter in staat hun gevoelens met collega's te delen, hadden zij meer oog voor de eigen grenzen en die van collega's, en zorgden zij beter voor de patiënten en hun familie (Brisley & Wood 2004).

Wanneer we deze onderzoeksresultaten vertalen naar psychoanalytisch therapeuten, dan valt te verwachten dat zij zich na onderwijs over de dood meer bewust zullen zijn van hun eigen sterfelijkheid, hun doodsangst beter zullen hanteren, en beter in staat zullen zijn hun gevoelens te delen met collega's. Hierdoor zullen zij beter voor zichzelf en voor hun collega's kunnen zorgen, en vooral: zullen zij betere zorg kunnen verlenen aan patiënten en hun naasten.

#### ¶ *Ten slotte*

De ontkenning en vermindering van de dood is een belangrijke lacune in de psychoanalytische theorie, concludeert Razinsky (2013) na grondige bestudering van de werken van Freud en Klein, Kohut, Jung, Lacan en anderen. Doordat Freud doodsangst opvatte als een secundaire angst, ontbreekt de existentiële doodsangst in de psychoanalytische theorie en praktijk (Razinsky 2013, Langs 2008). De lacune in de psychoanalytische ontwikkelingstheorie kan op basis van wetenschappelijk onderzoek opgevuld worden. Anderen, zoals Straker, zijn bezig de leemte in de praktijk op te vullen.

Straker ondervond bij zijn psychoanalytisch werk met patiënten die lijden aan kanker dat het gezichtspunt van Freud niet houdbaar was. Een aanpassing in de psychoanalytische techniek bleek noodzakelijk bij patiënten die worstelen met de dualiteit van leven en sterven. Geïnspireerd door de existentiële benadering van zijn collega's Breitbart en Poppita (2014) ontwierp hij de existentiële psychoanalytische benadering. Zo zorgde Straker (2013) voor een belangrijke uitbreiding van de psychoanalytische techniek en stemde hij beter af op zijn patiënten.

Veel patiënten ervaren een toename van doodsangst als zij zich bedreigd voelen door lichamelijke of psychische klachten of door verlies. Vaak blijft deze angst onder de oppervlakte, of wordt hij overvleugeld door andere angsten of zorgen. Voor deze existentiële doodsangst kregen patiënten lange tijd geen gehoor in de behandeling. Straker realiseerde zich dat Freuds visie op doodsangst als secundaire angst hem een comfortabele bescherming bood tegen zijn eigen doodangst (Straker 2016).

Als we als therapeuten onze patiënten willen bijstaan in hun worsteling met sterven en de dood, is een bijstelling dus gewenst. We moeten leren alert te zijn op de signalen van doodsangst bij anderen en onze eigen doodsangst onder ogen zien, zodat die geen hindernis opwerpt in het contact. Anders gezegd: als we de dood niet *zelf*ter sprake brengen, blijft deze onbesproken. Gerichtte scholing is noodzakelijk om ons meer vertrouwd te voelen met deze thematiek en deze gesprekken over de dood met onze patiënten te voeren.

De existentiële psychoanalytische benadering is echter niet alleen bruikbaar bij ongeneeslijk zieke patiënten. Ook ouderen en patiënten met psychische problematiek worstelen vaak met de dualiteit van leven en sterven. Juist als zij hun sterfelijkheid onder ogen zien kan dat hen helpen te rouwen om verlies en gemis in hun leven. Daarnaast biedt het hen de mogelijkheid te bepalen wat belangrijk is en hun aandacht daarop te richten.

In alle gevallen gaat het erom dat we sterfelijkheid en de angst die dat oproept niet in onze professionele dode hoek blijven plaatsen, aanwezig, maar onopgemerkt. We moeten de taal van de dood leren spreken. Alleen zo kunnen we het leven van patiënten en hun naasten verrijken en hen bijstaan in hun worsteling met sterven, dood en verlies.

#### Literatuur

- BREITBART, W.S. & POPPITTO, S.R. (2014). *Individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer: A treatment manual*. Oxford: University press.
- BRENNER, I. (2010). Is that all there is? A concluding commentary on psychoanalysis and death. In S. Akhtar (Ed.), *The wound of mortality* (pp. 171-186). New York: Jason Aronson.
- BRISLEY, P. & WOOD, L.M. (2004). The impact of education and experience on death anxiety in new graduate nurses. *Contemporary nurse* 17, 102-108.
- CORR, C.A. & CORR, D.M. (2013). *Death & dying, life & living* (7th. ed.). Wadsworth: Cengage Learning.
- DAM, Q.D. VAN (2016). Psychotherapeuten en de dood: Pleidooi voor educatie. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 42, 415-429.
- DAM, Q.D. VAN (2017). Het levenseinde. In M. Vink, G. Westerhof, S. Lamers & A.M. Pot (red.), *Handboek ouderenpsychologie* (pp. 315-333). Utrecht: de Tijdstroom.
- DAM, Q.D. VAN (2011). Een impasse of uitweg? Inschatting van de psychosociale vermogens met het ontwikkelingsprofiel. *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie*, 49, 307-319.
- FARBER, S.K., JACKSON, C.C., TABIN, J.K. & BACHAR, E. (2007). Death and annihilation anxieties in anorexia nervosa, bulimia, and self mutilation. *Psychoanalytic Psychology* 24, 298-305.
- FRANKL, V.F. (1969). *The will to meaning: Foundations and applications of logotherapy*. New York: New American Library.
- FREUD, S. (1915). Actuele beschouwingen over oorlog en dood. *Nederlandse editie: Werken 6* (pp. 448, 450-473). Amsterdam: Boom, 2006.
- KASTENBAUM, R.J. (2014). *Death, society and human experience* (7th ed.). Harlow: Pearson education.
- KEIRSE, M. (2011). *Later begint vandaag*. Tielt: Lannoo.
- KEYES, M., PRATT, C., GALEA, S., MCLAUGHLIN, K.A., KOENEN, K.C. & SHEAR, M.K. (2014). The burden of loss: Unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study. *American Journal of Psychiatry* 171, 864-871.
- 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.
- RAZINSKY, L. (2013). *Freud, psychoanalysis and death*. Cambridge: University Press.
- STRAKER, N. (2013). Un update in the psychoanalytic treatment of the cancer patient facing death. In: N. Straker (Ed.), *Facing cancer and the fear of death: A psychoanalytic perspective on treatment* (pp. 69-80). New York: Jason Aronson.
- STRAKER, N. (2016). Countertransference to patients facing death, reflections on death anxiety. Presentation on december 13, 2016 at the New York Psychoanalytic Society & Institute. Geraadpleegd op: <http://www.nypsi.org/#Event/38984>
- STUURGROEP PASSENDE ZORG IN DE LAATSTE LEVENSFASE (2015). *Niet alles wat kan, hoeft: Passende zorg in de laatste levensfase*. Utrecht, KNMG. Geraadpleegd op: [www.knmg.nl/passende-zorg](http://www.knmg.nl/passende-zorg)
- TICHLER, S. (2013). Persoonlijke mededeling op 19 mei tijdens de fietstraining ter voorbereiding van de deelname aan Alpe d'HuZes.
- VAN COILLIE, F. (2004). *De ongenode gast: Zes psychoanalytische essays over het verlangen en de dood*. Amsterdam: Boom.
- YALOM, I.D. (2008). *Tegen de zon inkijken*. Amsterdam: Balans.

#### SUMMARY

##### *Existential death anxiety, a lacuna in psychoanalysis*

Freud understood the fear of death to be a secondary fear, indicative of deeper problems rooted in the past. Primary anxiety about death has therefore not been integrated in psychoanalytic theory and clinical practice. Other factors have also contributed to this omission, such as the anxiety psychoanalytic therapists themselves experience when confronted with patients grappling with these fears. It is, however, important to be on the lookout for death anxiety, especially among patients with psychological problems, those with terminal illness and the elderly. When presented with issues surrounding death, therapists need to start off with an open exploration. Subsequently, they can help patients deal with the duality of living while facing their mortality. This is the goal of any form of existential psychoanalytic therapy.

*Key words: countertransference, death anxiety, death education, end of life, existential psychoanalytic therapy fear of death*

*Manuscript ontvangen* 31 juli 2017

*Definitieve versie* 14 december 2017