

# Mission accomplished of over de datum?

## *Dilemma's rond het stoppen met de eigen praktijk*

HANS WIERSEMA

◊ Old analysts never die, they simply shrink. ◊ (Miel Gans, in Dirckx 2020, p. 132)

Op 1 juni 2021 was 42% van de in totaal 5348 BIG-geregistreerde psychotherapeuten ouder dan 60 jaar, en 11% ouder dan 70. Dit sluit aan bij het demografisch onderzoek van Dingemans en Henkens (2019) waarin werd aangetoond dat doorwerken na het 65e jaar in Nederland vooral voorkomt bij hoogopgeleide, gezonde mensen. Met name vrijwillig doorwerken gaf welbevinden, omdat het behalve geld ook bevestiging van identiteit, sociale contacten, het gevoel van nut te zijn, dagstructuur en een toekomstperspectief opleverde. Dit bevestigde wat Vaillant ontdekte bij zijn researchgroep van mensen die in Harvard waren opgeleid: 8% werkte daar tot grote tevredenheid nog altijd op of na hun 75e, meestal in vrije beroepen (2002, p. 222). Uit een enquête die Guy et al. (1987) hielden onder 721 Amerikaanse psychotherapeuten bleek onder andere dat 13,5% van de 318 respondenten verklaarde te willen doorwerken tot hun dood (p. 816)! Dit waren met name de oudste therapeuten, die het meest genoten van hun werk en die de kleinste caseload hadden. Irvin Yalom is hiervan wel het markantste voorbeeld. Er is dus veel dat ervoor pleit om door te werken zolang men dat leuk vindt en in staat is om goed te functioneren.

Veel analytici slaagden er echter niet in deze afweging adequaat te maken, omdat ze zich identificeerden met Freud, die ondanks ondraaglijke pijn wegens keelkanker pas besloot om te stoppen met werken en leven toen zijn hond de stank van zijn adem niet langer verdroeg (Schur 1972, in Weiss et al. 1997, p. 469). Daarmee werd hij een geïdealiseerd voorbeeld voor zijn leerlingen, waarbij vaak uit het oog werd verloren dat Freud ook moest doorwerken omdat de nazi's zijn bankrekening geconfisqueerd hadden. Al met al werd sterven in het harnas voor velen van hen de norm. Niet voor niets sprak Gabriele Junkers van ◊ the taboo of ageing and retirement in psychoanalysis ◊ (2013, p. III).

Overigens hoeft pensionering helemaal niet zo'n taboe te zijn als Junkers signaleerde. Vaillant ontdekte dat — afgezien van de 8% die na hun 75e nog

met plezier werkte — die mensen die op hun 60e het meest van hun werk hielden op hun 75e het meest genoten van hun pensionering en de meeste bevrediging ontleenden aan dingen die hen altijd al geïnteresseerd hadden (2002, p. 221). Hij signaleerde slechts vier factoren die pensionering stressvol maakten: onvrijwilligheid en onvoorbereid zijn, ernstige financiële terugval, ziekte of een ongelukkige thuissituatie.

Achter de beslissing over al of niet stoppen speelt voor iedereen de noodzaak om de ontwikkelingstaken van de laatste levensfase te vervullen, namelijk het bereiken van een gevoel van samenhang, heelheid, harmonie en vervulling en het aanvaarden van wat mogelijk en niet mogelijk is geweest, wat Erikson ego-integriteit noemde (1997, pp. 64-65).

Hoelang dit door middel van werken kan gebeuren wordt bepaald door de balans tussen genieten van wat nog wel kan en aanvaarden wat niet meer kan. Essentieel daarbij is de mate van vrijheid waarin men kan kiezen. Radebolds oplossing om uiterlijk met 70 jaar te stoppen en daar al drie of vier jaar naartoe te werken (2010, p. 111) is daarom te geforceerd. Beter is het om tijdig een persoonlijke afweging te maken van wat het juiste moment zou kunnen zijn om het werk neer te leggen.

In dit artikel wil ik dit beslissingsproces uitwerken door eerst de realistische en neurotische motieven om nog niet te stoppen te bespreken, en daarna de redenen om dat wel te doen. Vervolgens beschrijf ik welke van die motieven ikzelf tegenkwam. Ten slotte geef ik nog enkele overwegingen.

### ¶ *Motieven om het stoppen uit te stellen*

De dwingendste reden om door te werken is natuurlijk de financiële noodzaak als er onvoldoende pensioen is opgebouwd. Gelukkig hebben we een beroep dat ons niet lichamelijk uitput. Verder hebben we alleen maar ons gehoor, ons geheugen en een spreek- en wachtkamer, wat meubels en een computer nodig. En desgewenst kan de praktijk geleidelijk per uur worden ingekrompen. Daardoor zijn we flexibeler dan artsen, van wie op 1 juni 2021 maar 17,9% na hun 60e nog BIG-geregistreerd was, en slechts 2,4% nog na hun 70e.

Daarnaast zijn er narcistische motieven om door te werken, zowel gezonde als neurotische. Naarmate de ervaring toeneemt groeit het zelfvertrouwen en wordt het superego minder veeleisend. Daardoor is een meer ontspannen manier van werken mogelijk, omdat men de vroegere illusies over zichzelf heeft kunnen opgeven en zijn beperkingen heeft kunnen aanvaarden. De therapeutische ambitie neemt af en daarmee de faalangst, zodat ook van de patiënten minder verandering geëist wordt (Eissler 1993, p. 321). Men krijgt een rijper perspectief op het leven en is daardoor beter in staat om oudere patiënten te behandelen en supervisanten te begeleiden. Verder heeft de toegenomen ervaring geleerd om flexibeler met de behandeltechniek om te gaan, omdat men ontdekt heeft welke aanpassingen vereist zijn voor meer gestoorde

patiënten, want <de beginner kent de regels, maar de expert de uitzonderingen>.

Het functioneren op het toppunt van competentie en professioneel zelfvertrouwen geeft een geweldige voldoening (Orlinsky et al. 2015) en een groter respect van patiënten en collega's dan ooit tevoren. Doorwerken helpt om relevant te blijven en verhoogt iemands status. Waar anderen met pensioen gaan, blijft men zelf behoren tot de <inner circle> van collega's die ertoe doen.

Wel dreigt hierbij het gevaar van ontsporingen: het zelfvertrouwen kan trekken gaan aannemen van het *grandiose self*, zodat men ervan overtuigd raakt dat men boven de regels staat en daardoor bekwamer is dan de collega's, van wie uiteraard niemand goed genoeg is om patiënten over te nemen (Eissler 1993, p. 320). Ook is het risico van grensoverschrijding dan niet ver weg meer.

Maar als de grootheid niet met het zelf, maar met het superego samenvalt, wordt iemands professionele geweten een scherprechter van de orthodoxie, en voelt men zich verheven boven collega's die zich niet zo aan de regels houden (Eissler 1993, p. 320).

Als de grootheid dan ook met het ik-ideaal samenvalt raakt men ervan overtuigd nooit in staat te zullen zijn om aan de analytische norm te voldoen. Dit roept zoveel schaamtegevoelens en depressieve reacties op dat het stoppen met werken zonder te kunnen terugkijken op perfecte resultaten ervaren wordt als bewijs dat men tekortgeschoten is. In dat geval blijft men eindeloos doorbehandelen. Want door te stoppen vervalt ook de mogelijkheid om te blijven fantaseren dat men later alsnog kan toekomen aan de volmaaktheid die tot nu toe steeds kon worden uitgesteld. Men zal moeten leven met het besef van alles wat men níét heeft kunnen bereiken.

Naast narcistische motieven speelt ook iemands eigen gehechtheidspatroon een grote rol in de moeite met stoppen (Power 2016, p. 114). Omdat dit bij elke separatie geactiveerd wordt, roept ophouden met werken intens schuldgevoel op, zeker bij therapeuten die zelf angstig-gepreoccupeerd gehecht zijn. Zo iemand zal met name bij patiënten die dit ook zijn dit schuldgevoel willen vermijden door hen eindeloos te blijven behandelen. Daarnaast helpt het schuldgevoel tegenover de patiënten om te loochenen hoe afhankelijk men zelf van hen is. Want wie zelf onveilig gehecht is, heeft de warme positieve overdracht van de patiënten nodig om zich minder eenzaam te voelen en om de overtuiging te bevestigen dat het eigen leven zin heeft. <Als we dit beroep hebben gekozen vanuit onze behoefte om nodig te zijn, zal het extreem moeilijk zijn om ooit te voelen dat we genoeg gedaan hebben>, zei een van Ann Powers respondenten (Power 2016, p. 148). Dit is des te sterker naarmate men zijn beroepskeuze ervaren heeft als een innerlijke roeping, die bepaald is door onbewuste motieven van het geparentificeerde kind of de gewonde genezer, iets wat Ferro (2003, p. 137) überhaupt een *conditio sine qua non* voor de geschiktheid voor het vak vindt!

En zeker als iemands identiteit en betekenis zozeer door het beroep bepaald zijn dat daarbuiten geen diepgaande interesses ontwikkeld zijn, is de structuur van dit dag- en weekritme nodig om gevoelens van leegte en gebrek aan betekenis af te weren. Maar daarmee heeft men zich ook jarenlang de mogelijkheid ontzegd om op verhaal te komen en dreigt burn-out de bevrediging af te nemen in datgene wat nu juist zo nodig is voor het zelfrespect.

Alleen wie — bijvoorbeeld door eigen leeraanlyse of -therapie — voldoende verworven veilige gehechtheid heeft kunnen ontwikkelen, kan zonder die dagelijkse geruststelling erop vertrouwen dat hij betekenis voor anderen heeft.

### ¶ *Redenen om wel te stoppen*

Een gezonde reden om te willen stoppen is het verlangen om zolang men nog vitaal is eindelijk toe te komen aan tijd voor zichzelf, aan hobby's, aan reizen of aan andere uitgestelde interesses. Of om meer tijd door te brengen met partner en/of (klein)kinderen. Daarvoor moet men wel tijdig beseffen dat er naarmate men langer doorgaat, minder energie overblijft om nieuwe interesses en vriendschappen te ontwikkelen. Maar toegeven aan het 'Zwitserlevengevoel' veroorzaakt onontkoombaar schuldgevoelens dat men zijn patiënten om 'egoïstische' motieven in de steek laat.

Echter, voor diegenen voor wie het werk het grootste deel van hun identiteit en hun leven vormt moeten er wel heel dwingende redenen zijn om het verlies van gezondheid, vitaliteit en energie en de verslechtering van het lopen, horen, zien en herinneren te erkennen. In die gevallen is pensionering een rouwproces dat een langdurige strijd met zichzelf vergt. Het is dan ook niet verwonderlijk dat veel collega's veel te lang blijven hangen in die eerste fase van de rouw, de loochening van hun achteruitgang en van hun angst voor de dood. Het viel Miel Gans in supervisies en begeleidingen op hoe weinig men zich voorbereidde op het einde van het beroepsleven en op het ontwikkelen van chronische aandoeningen met invaliditeit (Dirkx 2020, p. 130). Het meest trof het hem hoezeer collega's zich vastklampten aan een eenmaal verworven beroepsidentiteit en bleven vasthouden aan een gevoel over zichzelf als competent en nog goed genoeg, terwijl het belang van de patiënt daarbij werd onderschat. Hij vermoedde dat het niet treffen van voorbereidingen veroorzaakt werd door doodsangst en 'de schaamte over onze beperktheid, ons tekortschieten en ons falen' (Dirkx 2020, p. 131).

De dwingendste reden om tijdig te stoppen is natuurlijk een ernstige chronische of levensbedreigende ziekte. Want niet alleen de therapeut zelf, maar ook zijn patiënten zijn het slachtoffer als men abrupt en onvoorbereid moet stoppen terwijl deze nog midden in de regressieve overdracht zitten. Junkers (2013, pp. 61-62) geeft aan hoezeer een ernstige ziekte bij de therapeut een regressie veroorzaakt die de therapeut minder bewust maakt van zijn tegenoverdracht en bovendien het adequaat interpreteren belemmert. Junkers

---

---

beschrijft hoe moeilijk het is om toe te geven hoezeer moeheid, lichamelijke kwetsbaarheid en acute of chronische pijn kunnen interfereren met het vermogen om adequaat in te spelen op wat de patiënt in de zitting brengt. Zo kunnen pijn en slechte gezondheid veroorzaken dat men de affecten van de patiënt afzwakt.

Lang geleden, in 1982, beschreven Dewald en Abend elk in een buitengewoon eerlijk artikel hoe ze lange tijd probeerden de overweldigende ernst van hun ziekte te loochenen en deze voor hun patiënten te verzwijgen, maar dat het hun niet lukte om abtinent te blijven, omdat de ziekte hen zelf zo angstig maakte dat ze onbewust hun behoefte aan steun uitageerden door per patiënt te rationaliseren waarom het voor hem goed zou zijn om de waarheid te horen.

Galatzer-Levy (2004, p. 1018) meent echter dat de vrije associatie juist wordt geblokkeerd als de patiënt wordt aangespoord alles te zeggen wat in hem opkomt, terwijl de therapeut, ondanks evidente tekenen van het tegendeel, pretendeert dat alles in orde is. Ook Silver (Schwartz & Silver 1990, in Fajardo 2013, p. 70) wijst erop dat onbewuste communicatie toch plaatsvindt, en zij raadt daarom aan alert te zijn op elk signaal van de patiënt dat op een besef van je ziekte zou kunnen duiden. Ze pleit ervoor om dan met feitelijke informatie te komen en vervolgens naar de reacties en fantasieën daarop te vragen, want juist door het verzwijgen wordt die ziekte een 'olifant in de kamer'. En Feinsilver (1998) beschrijft uit eigen ervaring hoezeer zijn openheid over zijn terminale kanker het therapieproces juist versnelde, mede doordat het de patiënten een gevoel van urgentie gaf en omdat het de onbewuste afgunst jegens de analyticus afzwakte, waardoor ze niet langer in passief verzet bleven hangen.

Omdat men door ernstige ziekte kwetsbaar wordt en met zichzelf gepreoccupeerd raakt, is volgens Traesdal (2013, pp. 86-87) het tijdig sluiten van de praktijk en het overdragen van patiënten de meest ethische oplossing, zeker als er voortdurend onderbrekingen dreigen. Doorgaan met werken om het eigen leven zin te geven mag niet ten koste gaan van de patiënt. Het is onethisch om patiënten bloot te stellen aan het risico dat men in het harnas sterft, want een therapie is zo'n speciale relatie, met zoveel intimiteit, vertrouwen en veiligheid, dat een plotselinge dood verraad zou betekenen, waardoor dit privilege acuut verandert in extreme eenzaamheid (Power 2016, p. 43). Er zijn hartverscheurende verslagen van patiënten die voor een dichte deur kwamen en pas een paar dagen later in de krant een overlijdensadvertentie van hun analyticus zagen, die zich verscholen had achter het principe van abtinentie om niets over zijn ziekte te vertellen (Galatzer-Levy 2004, p. 1012). Hun rouw lijkt op die van een geheime minnares, die haar verdriet en woede ook met niemand kan delen. Dit geldt vooral voor patiënten die verwickeld waren in een intense *selfobject*-overdracht, waarin ze hun analyticus ervoeren als de enige die hen kon genezen (Hoffman 2000).

Traesdal (2013), die zelf tweemaal meemaakte dat haar leeraanlyticus tijdens haar analyse overleed, beschrijft hoe onontkoombaar traumatisch zo'n plotselinge premature breuk van het analytisch proces is. Ze vindt dan ook dat het onderwerp tijdig zowel op realiteits- als op fantasieniveau besproken dient te worden; de realiteit het liefst zo vroeg mogelijk in de behandeling. Wie vreest de boze reacties van de patiënt niet te kunnen hanteren, raadt ze aan om zichzelf en de patiënt te beschermen door een collega te vragen de patiënt te informeren.

Ook vindt Traesdal het uiterst belangrijk tijdig te bespreken wat de patiënt moet doen als men toch onverhoopt mocht overlijden. Ze bepleit om de naam van een collega te geven voor directe opvang om het gemis te kunnen delen. Deze collega kan dan de patiënt steunen in diens rouw en hem de ruimte geven zijn sprakeloosheid te boven te komen. Want, zoals Ogden (1997, in Traesdal 2013, p. 89) schrijft: 'Als een analysant de dood van zijn analyticus meemaakt vóór het geplande einde van een vruchtbare analyse, betekent dat niet alleen het ervaren van een enorm persoonlijk verlies, maar even belangrijk, een soort krankzinnigheidservaring. Zijn dood sluit de mogelijkheid af om je geest volledig terug te halen', die je tijdelijk aan de analyticus toevertrouwd had, zodat je zonder hem er geen woorden meer voor hebt.

Maar ook de ziekte van een langdurig of ongeneeslijk zieke partner, familielid of vriend kan dwingen tot stoppen, zeker als het zorgen gaat interfereren met de regelmaat van de praktijk. Sherby (2004) beschrijft daarbij hoe diepongelukkig dit besluit haar maakte. Alleen door haar verdriet hierover met haar patiënten te delen, kon ze hen adequaat met hún verdriet en woede helpen.

Verder is afnemende vitaliteit een dwingende reden om te stoppen. Met 65 kan men zich nog niet voorstellen hoe moe men zich met 75 kan voelen, laat staan met 80. De mogelijkheid om de caseload in te krimpen en het middagslaapje uit te breiden is niet onbeperkt, want de BIG-herregistratie eist dat men minstens veertien uur per week blijft werken. En ook de voortdurend veranderende administratieve eisen van verzekeraars vallen steeds zwaarder.

Men raakt echter niet alleen moe dóór het werk, maar men wordt evengoed moe ván het werk (Power 2016, p. 31). Walcott (2011, p. 214) schreef over die fase: 'Mijn libido voor het analyseren was op het dieptepunt. Het graven in het onbewuste van analysanten was een plicht, niet langer een avontuur.' Wie dan toch doorgaat, loopt het gevaar compassiemoeheid te ontwikkelen en cynisch te worden. 'Als je één patiënt meer neemt dan je eigenlijk aankunt, lijden niet alleen jij en die patiënt eronder, maar al je patiënten' (A.P. Cassee, persoonlijke mededeling). Als de stress van het werk te groot wordt, ga je ongemerkt je tegenoverdracht uitageren.

En natuurlijk moet men ook rekening houden met achteruitgang van het geheugen, die vooral na het 75e jaar toeneemt (Radebold 2010, p. 99). Een tijdlang kan men dat ondervangen door de patiënt te laten vertellen waar het de vorige keer over ging. Maar als men ook vergeet wat er in het begin van het uur

is gezegd, verdwijnen de aanknopingspunten voor de vrij zwevende aandacht. En er kan een tijd komen dat men niet alleen vergeten is wát men vergeet, maar ook dát men vergeet (Quinodoz 2013b, p. 794). Sterker nog, er dreigt rolomkering als men deze achteruitgang loochent (Shatsky 2016, pp. 145-147). Dan worden patiënten en supervisanten de dupe van het feit dat hun therapeut of supervisor geen realistisch oordeel meer heeft over zijn functioneren en zij vanuit loyaliteit niet naar een ander durven gaan. Zo beschrijft Carlisle (2013) het laatste jaar van haar leeranalyse, waarin de analyticus steeds verder dementeerde en daardoor steeds meer grenzen schond en haar nodig had voor zijn narcistisch evenwicht, zodat zij meer en meer voor hem ging zorgen. En na zijn dood kreeg ze paniekaanvallen, hypertensie en hevige twijfels aan haar professionele identiteit en aan de psychoanalyse zelf.

Eenzelfde loyaliteit verhindert collega's om je met je achteruitgang te confronteren. Miel Gans signaleerde niet voor niets hoe opvallend veel moeite supervisoren en behandelaars daarmee hadden (Dirkx 2020, p. 130). Alle pogingen om dit met intervisiegroepen of toetsingscommissies te ondervangen werden stevast door de betrokkenen getorpedeerd (Schachter 2014, p. 366).

#### ¶ *Eigen ervaringen met praktijkbeëindiging*

Na mijn pensionering bij de Riagg heb ik genoten van de mogelijkheid om mijn eigen praktijk uit te breiden en meer supervisies en cursussen te geven. Ik was op het toppunt van mijn kennis en kunde. Maar tien jaar later verminderde het aantal productieve uren steeds meer door toenemende moeheid. Verder werd het lesgeven steeds routineuzer en kostte het steeds meer energie om niet-introspectieve patiënten te behandelen. Dus besloot ik geleidelijk het aantal patiënten, supervisanten en cursussen te verminderen.

Maar elke reductie riep onbehagen op, dat de nodige zelfanalyse vergde. Ik droomde dat al mijn collega's op de Rino bleven lesgeven en dat ik buiten op straat stond. In een andere droom bleken zij het vak beter bijgehouden te hebben dan ik, zodat ik met een minderwaardigheidsgevoel wakker werd. Voordat ik een cursus opgaf, deed ik eerst een uitputtende poging om die nog vollediger te maken. Ik kon de teleurstelling dat ik het moest opgeven pas verwerken door het inzicht toe te laten dat ik tevergeefs een laatste poging had willen doen het allesomvattende boek erover te schrijven. Zolang ik nog gewoon les gaf had ik mezelf een geheime marge gegund dat dit ooit nog eens zou gebeuren.

En toen een collega bij mij in therapie wilde komen was ik gestreeld, maar besepte na een grondige intake dat ik geen energie meer zou hebben om vier jaar lang de te verwachten primitieve negatieve overdracht en tegenoverdracht te verdragen, zodat het risico bestond dat ik haar na een paar jaar alsnog zou moeten overdragen. Desondanks voelde ik me schuldig over mijn beslissing

haar te verwijzen, want ik vond stiekem dat zij gelijk had om zich juist bij mij aan te melden.

In die periode verloor ik allerlei dure dingen die ik na enige tijd op onverwachte plekken terugvond, iets wat ik pas achteraf als symbolisch voor het verlies van mijn werk kon zien. Verder droomde ik dat mijn therapiekamer helemaal onttakeld was: het zitje was weg en er stonden alleen nog een bureau en een archiefkast. In weer een andere droom reed ik over een houten brug over een harde ondergrond. Maar boven water, waar de brug het hardst nodig was, hield deze opeens op en viel ik in de diepte.

Het was niet moeilijk in dit alles de angst te zien om door het verlies van mijn kostbare werk in een diep gat te vallen. Het drong tot me door dat ik bang was voor leegte en verveling als ik mijn werk helemaal zou opgeven. Ik had de afgelopen decennia al mijn energie gestoken in mijn professionele ontwikkeling en mijn hobby's verwaarloosd. Het opgeven van mijn professionele identiteit voelde als het verliezen van mijn hele identiteit, waardoor ik niets meer zou betekenen. Ik voelde me dan ook getroffen door de volgende woorden van Akhtar: 'To feel efficacious is to live, and to feel vocationally impotent is to psychically wither away' (1999, p. 25). En ook door wat Arnon Grunberg schreef: 'De dood was tot daaraantoe, maar niet levend zijn en niets voorstellen, dat nooit meer' (2006, p. 305).

Maar waarom was dat verlies van mijn professionele identiteit dan zo erg? Als adolescent had ik een niche gevonden om niet rechtstreeks met mijn vader te concurreren: als arts behandelde hij het lichaam, ik zou voor de ziel zorgen. Verder bleek het luisteren naar problemen van meisjes een bruikbare manier van contact leggen. Pas recent drong het tot me door hoezeer dit een herhaling was van de vroege geparentificeerde relatie met mijn moeder: ik kon haar liefde winnen door me af te stemmen op haar behoeften. Een voorwaardelijke liefde die verdiend kon worden door een inlevende luisteraar te zijn. Als ik mezelf zou pensioneren zou ik de diepste redenen om dit beroep te kiezen moeten opgeven en zou ik bovendien geconfronteerd worden met het besef dat mijn 'roeping' mede bepaald was door een geparentificeerd *false self* van liefdevolle beschikbaarheid, dat ooit moet zijn ontstaan als afweer van vroegkinderlijke boosheid over het feit dat het verlangen om vanzelfsprekend alle aandacht en liefde te krijgen na de komst van mijn broertje niet langer vervuld werd.

Dit alles werd me pas duidelijk toen ik merkte dat ik mijn laatste twee patiënten tot ver over de houdbaarheidsdatum behandelde, ook al stagneerden die therapieën. Beiden hadden me expliciet duidelijk gemaakt dat ze niet zonder me konden en ik was bereid om ze tot mijn dood toe te blijven behandelen, want ik was aan ze gehecht. De gedachte dat ik zou stoppen riep heftige schuldgevoelens op. Ook al zeiden mijn intervisiegenoten dat ik die moest verdragen, ik kon het niet. Pas nadat een zeer ervaren collega mij in een consultatie confronteerde met de vraag waarom ik mij eigenlijk verantwoordelijk



liet maken voor hun geluk, kon ik het inzicht toelaten dat de collusie met hen mede bepaald werd door de diepste reden voor mijn beroepskeuze, die ertoe bijdroeg dat de zorg voor hen mij gelukkig maakte. Daarna kon ik beide behandelingen zonder schuldgevoel afronden.

### ¶ *Overwegingen*

De openheid van veel auteurs over hun eigen onbewuste verzet tegen het stoppen met hun praktijk helpt om de eigen ervaring te normaliseren als een onontkoombaar rouwproces, met alle traditionele fases: loochening, verzet, marchanderen, woede, depressie, concessies met tegenzin, voordat men eindelijk aan aanvaarding toekomt. Dit normaliseren maakt het gemakkelijker om twijfels en blinde vlekken met enkele vertrouwde collega's of met een supervisor te delen. En als het desondanks niet lukt om de verstandigste beslissing te nemen, omdat een gedeeltelijk onbewust innerlijk conflict dat kennelijk blokkeert, valt een korte focale therapie te overwegen. Wat daarbij zo tegenvalt, is dat men aan het eind van zijn carrière opnieuw moet beseffen dat alleen cognitief inzicht in die worsteling niet voldoende is om tot een besluit te komen, maar dat een pijnlijke zelfanalyse om de diepste motieven te ontrafelen soms onontkoombaar is om te voorkomen dat patiënten beschadigd worden door het ongemerkt uitleven van ambivalentie over het stoppen.

De moeilijkheid van dit proces is dat iedereen in de dalende levenslijn opnieuw wordt geconfronteerd met alle conflicten en ontwikkelingsopgaven uit de opgaande levenslijn. Met name die ontwikkelingsopgaven die destijds moeizaam of minder goed zijn opgelost, zijn nu het pijnlijkst om te aanvaarden voordat men kan komen tot integriteit, het accepteren van de successen, de tekortkomingen en de mislukkingen (Erikson 1997, pp. 105-114).

Het is mij opgevallen dat het bagatelliseren van de achteruitgang lange tijd kan bijdragen aan de instandhouding van vitaliteit en welzijn, voordat deze achteruitgang ongemerkt steeds disfunctioneler wordt (Weiss & Kaplan 2000, p. 448). Zolang men gezond en helder van geest is en het werken leuk vindt, draagt dit bij aan de lichamelijke en psychische gezondheid. Een klein beetje loochenen kan geen kwaad.

Daarbij valt het wel aan te raden om zolang men nog gezond is, zeker vanaf 65 jaar, niet alleen het gebruikelijke levenstestament, maar ook een praktijktestament te maken (O'Neill 2013). Hierin wordt per patiënt een korte samenvatting van diens problematiek gegeven en wordt geadviseerd bij welke collega deze terecht kan voor opvang en/of voortzetting van de behandeling voor het geval men getroffen wordt door een ernstige levensbedreigende ziekte dan wel de dood. Dit moet vooraf besproken worden met de patiënten en de betrokken collega's, die daarbij de wachtwoorden moeten weten om snel toegang tot die patiënteninformatie te kunnen krijgen. Ook moet deze informatie geregeld bijgewerkt worden.

Ook dienen er tijdig afspraken met de intervisiegroep of met twee vertrouwde collega's gemaakt te worden dat zij, als er signalen zijn dat men gaat disfunctioneren in het werk, na onderling overleg samen erop aandringen te stoppen (Quinodoz 2013a, p. 16). Samen, want het is een onaangename boodschap, zeker voor iemand die zelf niet meer in staat is om het eigen functioneren correct in te schatten en daarom geneigd is hun bemoeienis als rivaliteit of afgunst te duiden (Kavka 2013, pp. 134-135).

Als het maar even mogelijk is, verdient het aanbeveling het werk geleidelijk aan te reduceren, te beginnen met de taken die minder plezier geven. De taken die energie geven kunnen langer volgehouden worden. Wel houdt deze geleidelijke reductie van de werklast ook in dat men al vroeg moet beslissen om geen nieuwe patiënten meer te nemen. Allereerst geen langdurige behandelingen, maar later ook geen in de tijd gelimiteerde. En ten slotte ook geen supervisies en cursussen meer (Quinodoz 2013a, p. 13). Dat zijn uiterst pijnlijke beslissingen. De eerste keren dat ik een nieuwe patiënt aan de telefoon weigerde voelde het alsof ik had gelogen. Hoe eerder men voor zichzelf het principebesluit neemt om te stoppen, des te meer tijd de resterende patiënten krijgen om hun behandeling af te maken in hun eigen tempo. Voor sommigen kan dat een paar jaar duren! Maar het bespaart heel wat schuldgevoelens.

Dan nog is het de vraag of men kan ontkomen aan de situatie die Alma Bond beschreef in een boek met de omineuze titel *Is there life after analysis?*, waarin ze bekende: 'Mourning over giving up my career costed me more than a year, like mourning over the death of a loved one. Only after that year I could really stop and continue with the rest of my life' (1993, p. 225). Kortom, na de rouw is er een nieuw begin, ook al moet men misschien een periode van leegte, verveling en gemis doormaken voordat de opluchting komt dat de levensopdracht die men zichzelf onbewust had meegegeven niet langer waargemaakt hoeft te worden. Alleen het tijdig beseffen wat 'good enough' is, helpt om te aanvaarden dat de 'mission accomplished' is, en voorkomt het overschrijden van de houdbaarheidsdatum.

### ¶ *Nawoord*

Met hartelijke dank aan Sjef Houppermans en zijn psychoanalytische schrijfgroep voor het stimulerende commentaar op eerdere versies van dit artikel.

#### *Literatuur*

- ABEND, S.M. (1982). Serious illness in the analyst — Countertransference considerations. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 30(2), 365-379.
- AKHTAR, S. (1999). *Immigration and identity* — Turmoil, treatment, and transformation. Northvale: Aronson.
- BOND, A.H. (1993). *Is there life after analysis?* Grand Rapids: Wynwood Press.
- CARLISLE, E. (2013). Life-long analysis? In Junkers 2013, pp. 79-81.
- DEWALD, P.A. (1982). Serious illness in the analyst — Transference, countertransfer-

- ence and reality responses. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 30(2), 347-363.
- DINGEMANS, E. & HENKENS, K. (2019). Working after retirement and life satisfaction — Cross-national comparative research in Europe. *Journal of Research on Aging*, 41(7), 648-669.
- DIRKX, J. (2020). 'Door mijn eigen keuze voor de psychoanalyse heb ik me altijd getraakteerd gevoeld' — Interview met Miel Gans. *Tijdschrift voor Psychoanalyse en haar toepassingen*, 26(2), 125-134.
- EISSLER, K.R. (1993). On possible effects of aging on the practice of psychoanalysis: An essay. *Psychoanalytic Inquiry*, 13(3), 316-332.
- ERIKSON, E.H. (1997). *The life cycle completed* (uitgebreide versie). New York/London: Norton.
- FAJARDO, B. (2013). Life-threatening illness in the analyst. In Junkers 2013, pp. 67-78.
- FEINSILVER, D.B. (1998). The therapist as a person facing death — The hardest of external realities and therapeutic action. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79(6), 1131-1150.
- FERRO, A. (2003). The analyst as an individual, his self-analysis and gradients of functioning. *EPF Bulletin*, 57, 134-141.
- GALATZER-LEVY, R. (2004). The death of the analyst — Patients whose previous analyst died while they were in treatment. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 52(4), 999-1024.
- GRUNBERG, A. (2006). *De joodse Messias*. Amsterdam: Rothschild & Bach.
- GUY, J.D. ET AL. (1987). Psychotherapist retirement and age-related impairment — Results of a national survey. *Psychotherapy*, 24(4), 816-820.
- HOFFMAN, I. (2000). At death's door — Therapists and patients as agents. *Psychoanalytic Dialogues*, 10(6), 823-846.
- JUNKERS, G. (red.) (2013). *The empty couch — The taboo of ageing and retirement in psychoanalysis*. London/New York: Routledge.
- KAVKA, A. (2013). Psychoanalyst assistance committees — Philosophy and practicalities. In Junkers 2013, pp. 130-149.
- OGDEN, T.H. (1997). *Reverie and interpretation — Sensing something human*. Northvale: Aronson.
- O'NEILL, M.K. (2013). Now is the time for action — The professional will — An ethical responsibility of the analyst and the profession. In Junkers 2013, pp. 150-159.
- ORLINSKY, D.E. & RÖNNESTAD, M.H. (2015). Psychotherapists growing older — A study of senior practitioners. *Journal of Clinical Psychology*, 71(11), 1128-1138.
- POWER, A. (2016). *Forced endings in psychotherapy and psychoanalysis*. London/New York: Routledge.
- QUINODOZ, D. (2013a). Does an elderly psychoanalyst have a roll to fill? In Junkers 2013, pp. 7-16.
- QUINODOZ, D. (2013b). On: at what age should a psychoanalyst retire? *International Journal of Psycho-analysis*, 94(4), 793-797.
- RADEBOLD, H. (2010). Können und sollen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker lebenslang behandeln? *Psyche*, 64(2), 97-121.
- SCHACHTER, J. (2014). On response to Danielle Quinodoz. *International Journal of Psycho-analysis*, 95(2), 365-366.
- SCHUR, M. (1972). *Freud — Living and dying*. New York: International Universities Press.
- SCHWARTZ, H.J. & SILVER, A.-L.S. (1990). *Illness in the analyst — Implications for the treatment relationship*. Madison: International Universities Press.
- SHATSKY, P. (2016). Everything ends: Identity and the therapist's retirement. *Journal of Clinical Social Work*, 44(2), 143-149.
- SHERBY, L.B. (2004). Forced Termination — When pain is shared. *Contemporary Psychoanalysis*, 40(1), 69-90.
- TRAESDAL, T. (2013). Analysis lost and regained. In Junkers 2013, pp. 82-91.
- VAILLANT, G.E. (2002). *Ageing well — Surprising guideposts to a happier life from the landmark Harvard study of adult development*. New York: Little, Brown Spark.
- WALCOTT, W.O. (2011). Reflections on retirement. *Psychological perspectives*, 54(2), 208-225.
- WEISS, S.S. ET AL. (1997). Aging and retire-

ment — A difficult issue for individual psychoanalysts and organized psychoanalysis. *Bulletin Menninger Clinic*, 61(4), 469-470.  
WEISS, S.S. & KAPLAN, E.H. (2000). Inner obstacles to psychoanalysts' retirement

— Personal, clinical, and theoretical perspectives. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(4), 443-461.  
[www.bigregister.nl/over-het-bigregister/cijfers/leeftijdsopbouw](http://www.bigregister.nl/over-het-bigregister/cijfers/leeftijdsopbouw) (cijfers per 1 juni 2021)

SUMMARY

*Mission accomplished or beyond the expiration date?  
Dilemmas around retirement from private practice*

The satisfaction of functioning at the top of one's experience and respect from colleagues and patients are healthy reasons for postponing retirement from private practice, whereas unconscious identification with one's grandiose self or the idealization of one's professional superego or ego ideal, and denial of deterioration, illness and death disturb a realistic appraisal of one's functioning. Moreover, an anxiously preoccupied attachment pattern interferes with a timely farewell to patients. Retirement requires working through these unconscious motives in a process of mourning, which is illustrated by a vignette of the author's own experience.

*Key words: countertransference, denial of deterioration, grandiose self, identity, illness and death, mourning, narcissism, preoccupied attachment, professional superego and ego-ideal, retirement*

*Manuscript ontvangen* [25 februari 2021]

*Definitieve versie* [21 oktober 2021]