

# Psychiatrische psychotherapie bij ouderen

*door T.J. Heeren, A.C.G. Linssen, J.D. Overduin en R.M. Kok*

## Samenvatting

Parallel aan de grotere aandacht voor psychiatrische stoornissen op latere leeftijd is de ontwikkeling van op ouderen gerichte psychotherapie op gang gekomen. Psychotherapeutische interventies bij ouderen zijn deels gebaseerd op bestaande therapievormen bij jongere volwassenen en deels op specifiek voor deze leeftijdsgroep ontwikkelde vormen zoals 'life-review' en reminiscentie. Veelal worden aanpassingen in de vorm aanbevolen, met name betreffende duur en frequentie van de sessies. Bij de huidige generatie ouderen zal de psychotherapie in engere zin meestal voorafgegaan moeten worden door een uitgebreide voorlichting en psycho-educatie.

## Inleiding

Bij ouderen met psychiatrische stoornissen spelen gebeurtenissen en veranderingen die samenhangen met de levensfase, een belangrijke rol in het ontstaan (of verergeren) van de psychische stoornissen. Daarnaast bestaat er een grotere kans op cognitieve stoornissen, vooral in de oudste leeftijdsgroep (> 75 jaar).

Bij het stellen van een indicatie voor psychotherapie zullen beide elementen, de mate waarin levensfaseproblemen respectievelijk cognitieve stoornissen op de voorgrond staan, een bepalende rol spelen. Ernstige geheugenproblemen maken de meeste vormen van verbale psychotherapie onmogelijk. Daarentegen kan een falende aanpassing aan levensfasegebonden veranderingen (zoals afname van gezondheid en autonomie, verlies van maatschappelijke rollen) een goede ingang voor psychotherapeutische interventie vormen. Psychotherapie vormt bovendien bij sommige ouderen een belangrijke therapeutische optie vanwege slechte tolerantie van medicatie.

Bij oudere patiënten komen vaak problemen voor op meerdere gebieden tegelijk. Naast de psychosociale verschijnselen zijn er vaak somatische stoornissen of problemen in het dagelijks functioneren, bijvoorbeeld ten gevolge van achteruitgang van zintuigfunctie of mobi-

liteit. Interventies gericht op deze verschillende aandoeningen moeten zoveel mogelijk een samenhangend geheel vormen. Dit stelt eisen aan de toepassing van psychotherapie in deze leeftijdsgroep: een werkwijze waarbij flexibel gebruik kan worden gemaakt van therapievormen uit verschillende therapeutische scholen, verdient de voorkeur boven een strenge toepassing van 'zuivere' therapieën. Deze flexibele werkwijze komt echter pas dan goed tot haar recht wanneer het kader waarbinnen de interventies plaatsvinden, duidelijk is. Met andere woorden, het doel van de interventies, de theoretische gronden waarop ze zijn gebaseerd en bewijzen van hun werkzaamheid moeten aanwezig zijn. Met name op het gebied van de theorievorming over de psychologische ontwikkeling op latere leeftijd en de samenhang met het ontstaan van pathologie is nog relatief weinig bekend. Door verschillende auteurs zijn theorieën geformuleerd over bepaalde 'ontwikkelingstaken' in de laatste fasen van het leven (Erikson 1963; Nemiroff en Colarusso 1985) en over de invloed van de vroege ontwikkeling (Berezin 1987) respectievelijk de ontwikkeling gedurende het gehele leven (Butler 1963) op de mogelijkheid deze taken adequaat te volbrengen. Empirisch onderzoek om deze theorieën te onderbouwen ontbreekt echter vrijwel geheel. Iets meer onderzoek is gedaan naar copingstrategieën die door ouderen worden toegepast, waarbij gebleken is dat ouderen relatief vaker gebruikmaakten van passieve, intrapersonlijke en op het gevoel gerichte coping (zoals afstand nemen, positieve herinterpretatie, acceptatie), in tegenstelling tot jongeren, die vaker gebruikmaakten van actieve, interpersoonlijke en een probleemgerichte coping (zoals plannen maken om de situatie te veranderen, confronteren, steun zoeken bij anderen) (Folkman e.a. 1987). Tevens zijn er aanwijzingen dat ouderen vaker gebruikmaken van rijpere afweermechanismen (Vaillant 1977).

Uit het voorgaande kan worden afgeleid dat juist *psychiatrische* psychotherapie goed aansluit bij de problematiek van ouderen met een psychiatrische stoornis. De psychopathologie is een resultante van complexe veranderingen in deze levensfase; de behandeling zal hierbij moeten aansluiten met, zoals gezegd, flexibele interventies gebaseerd op een samenhangende theorie over de interactie tussen (hersenen)veroudering en psychopathologie.

Dit artikel zal in kort bestek een overzicht geven van de huidige stand van zaken. Wanneer gesproken wordt over psychotherapie, wordt in het algemeen psychiatrische psychotherapie bedoeld. In het volgende zal eerst ingegaan worden op de verschillen die bestaan tussen oudere en jongere volwassenen bij het toepassen van psychotherapie. Vervolgens zullen een aantal vormen van psychotherapie besproken worden die voor oudere psychiatrische patiënten werden ontwikkeld. Daarbij ligt het accent vooral op de behandeling van depressieve stoornissen, omdat daarnaar tot op heden het meeste onderzoek is gedaan. Depressieve stoornissen zijn ook de meest frequent voorkomende psy-

chiatrische stoornissen die op oudere leeftijd optreden (met uitzondering van het dementiesyndroom in de oudste leeftijdsgroep).

### Verschillen in toepassing van psychotherapie tussen oudere en jongere volwassenen

Verschillen in de toepassing van psychotherapie tussen oudere en jongere volwassenen betreffen de toegankelijkheid voor psychotherapie en de uitvoering en inhoud van de psychotherapie.

*Toegankelijkheid* – De toegankelijkheid van ouderen voor psychotherapie wordt door twee tegengesteld werkende fenomenen beïnvloed. Enerzijds is er bij de huidige generatie ouderen sprake van een geringere motivatie voor psychotherapie: men is minder bekend met psychotherapie, in relaties met hulpverleners wordt eerder ‘raad’ verwacht, en men is weinig gewend te ‘psychologiseren’. Het idee dat lichamelijke klachten, psychische klachten of sociale omstandigheden elkaar wederzijds kunnen beïnvloeden en dat het wijzigen van bepaalde gedachten of gedragingen op verschillende niveaus een verandering kan bewerkstelligen, is geen gemeengoed. Naast deze onbekendheid met de verworvenheden uit de gedragswetenschappen bestaat ook nog vaak de norm dat ‘de vuile was niet wordt buitengehangen’. Men schaamt zich voor de psychische of relationele problemen of voelt zich er schuldig over (en soms zondig). Dit betekent dat vooraf aan de start van psychotherapie in engere zin vaak tijd zal moeten worden uitgetrokken voor uitleg en psycho-educatie. Deze psycho-educatie zal moeten ingaan op vigerende modellen in de psychologie en psychiatrie, waarbij de uitgangspunten van de levensloopspsychologie en het biopsychosociale model zeker voor ouderen een goed perspectief bieden om verschijnseelen en mogelijke behandelstrategieën te bespreken. Anderzijds zijn er op oudere leeftijd ook omstandigheden die faciliterend werken bij het geven van psychotherapie. Ten eerste bestaat er een grotere neiging tot terugblikken en introspectie (reminiscentie) en ten tweede is er nogal eens een ‘nu-of-nooit’-gevoel waardoor weerstand tegen verandering kleiner wordt. In beide gevallen lijkt op de achtergrond het besef van het naderend levenseinde een belangrijke rol te spelen (Keith 1979). Ook de afname in rollen die men te vervullen heeft, leidt mogelijk tot meer (tijd voor) introspectie.

In beschrijvingen van psychologische veroudering neemt reminiscentie (terugblikken op het verleden) al lang een centrale plaats in, zij het niet altijd een positieve. Vaak werd het geassocieerd met achteruitgang van het geheugen. In de jaren zestig kreeg reminiscentie echter een meer positieve plaats binnen de theorievorming over de mechanismen van aanpassing aan veroudering en over de rol in de laatste ontwikkelingsstadia van het leven (Cumming en Henry 1961; Butler

1963). Het bereiken van de door Erikson (1986) beschreven integriteit in de laatste levensfase, dat wil zeggen acceptatie van het eigen leven zoals het is gelopen, zou door reminiscentie bevorderd kunnen worden. De 'life-review'-methode (Butler 1963) en reminiscentie vormen specifieke onderdelen van psychotherapeutische interventies bij ouderen, die kunnen worden toegepast binnen verschillende psychotherapeutische referentiekaders, bijvoorbeeld bij cognitieve therapie, psychodynamische psychotherapie of steunende therapie (zie verderop).

De hier beschreven factoren die de toegankelijkheid voor psychotherapie van ouderen beïnvloeden, zijn generalisaties die niet zonder meer voor iedere oudere gelden. Indicatiestelling voor psychotherapie zal vanzelfsprekend dienen te gebeuren op basis van een individuele beoordeling, waarbij zowel de aard van de psychiatrische stoornis zal worden betrokken als de persoonlijke eigenschappen en omstandigheden van de betrokkene (Van Dantzig 1993).

*Uitvoering en inhoud van psychotherapie* – Er zijn diverse algemene aanpassingen in de toepassing van psychotherapie bij ouderen beschreven (Grant en Casey 1995; Mintz e.a. 1991; Sholomskas e.a. 1983). Centraal in de aanbevelingen staan de kortere duur per sessie en een aanpassing van tempo (langzamer) en taalgebruik (minder abstract en minder jargon, wat overigens waarschijnlijk voor alle leeftijdsgroepen geen kwaad kan). De therapeut zal in het algemeen een actieve rol spelen, zeker in de eerste fasen van de therapie. De therapeut moet zich bewust zijn van het – vaak grote – leeftijdsverschil en van de eigen opvattingen over (ver)ouderen. Zintuiglijke achteruitgang of andere lichamelijke aandoeningen kunnen nopen tot aanpassing.

Over de duur van psychotherapie bij ouderen bestaan uiteenlopende opvattingen. Psychodynamisch georiënteerde therapeuten bevelen meestal een kortere behandeling aan dan bij jongere volwassenen, variërend van een half tot twee jaar (Nemiroff en Colarusso 1985). Een zeer langdurig, laagfrequent contact wordt daarentegen aangeraden voor eenzame ouderen met weinig mogelijkheden voor het aangaan van andere contacten.

Een veelvoorkomend thema bij ouderen in psychotherapie is de verwerking van verlies. Naast verlies van belangrijke personen kan het ook gaan om het verlies van een duidelijke rol in het dagelijks leven of het verlies van lichamelijke gezondheid. Ook angst voor de nabije toekomst staat vaak centraal (o.a. angst voor afhankelijkheid, angst om dement te worden, angst voor de dood).

### Bij ouderen toegepaste psychotherapeutische technieken

In het volgende wordt beschreven welke vormen van psychotherapie zijn uitgevoerd en onderzocht bij ouderen. Van de technieken die in

eerste instantie ontwikkeld zijn voor jongere volwassenen, zal hier alleen vermeld worden hoe deze therapievormen aangepast zijn voor ouderen. De algemene aspecten worden bekend verondersteld en derhalve niet of beknopt besproken.

### *Psycho-educatie*

*Inleiding* – Voor alle leeftijdscategorieën geldt dat psycho-educatie een (vrijwel onmisbare) rol speelt bij het betrekken van de patiënt (en zijn/haar familie) bij de behandeling van psychische stoornissen. Psycho-educatie functioneert in feite als cognitieve gedragstherapie met als doel het gevoel van machteloosheid ten aanzien van de klachten te verminderen en (cognitieve) copingmechanismen te verbeteren. Psycho-educatie kan ook goed toegepast worden in groepsverband. Om een aantal redenen is psycho-educatie speciaal van belang bij ouderen. Ten eerste geldt dat, samenhangend met een afname aan gezondheid, autonomie, maatschappelijke rollen en het overlijden van belangrijke anderen, de problematiek complex en multidimensioneel is. Ten tweede is men meer dan jongeren onbekend met psychologische begrippen en meer geneigd de oplossing buiten zichzelf, bij artsen of medicatie, te zoeken.

Over psycho-educatieprogramma's voor ouderen is weinig bekend, en daarom zal als voorbeeld het psycho-educatieprogramma worden besproken dat binnen de deeltijdbehandeling van de Eenheid Ambulante Ouderenpsychiatrie in Utrecht is ontwikkeld door A.C.G. Linsen in samenwerking met R.M. Kok. Het programma wordt 'cursus' (cursus 'Omgaan met depressie en angst') in plaats van 'behandeling' genoemd om de weerstand tegen psychologische behandeling te verminderen en de eigen inbreng van de deelnemers te verhogen. De kern is voorlichting over depressie en angst, geplaatst in het kader 'kennis is macht (over jezelf)'. De doelgroep zijn ouderen met depressie, angst en spanningsklachten. De doelstelling is het leren omgaan met klachten, de last ervan te verminderen en *terugval* te voorkomen. De duur van de cursus is tien wekelijkse zittingen van een uur. Het aantal deelnemers bedraagt acht à tien. Groepsleiders zijn de psycholoog en/of de psychiater. Daarnaast geven 'gastdocenten' lessen over speciale onderwerpen. Dit zijn de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, de bewegings-therapeut en de ergo- of activiteitentherapeut van de deeltijdbehandeling. Als ondersteuning worden informatiefolders gebruikt waarin de lessen in samengevatte vorm zijn weergegeven.

*Richtlijnen voor het dagelijks leven* – Feitelijk wordt met onderstaande voorlichting toegewerkt naar een aantal richtlijnen die patiënten (al dan niet onder professionele begeleiding) kunnen gaan toepassen. Deze richtlijnen zijn: een verstandig dag-nachtritme; uit bed komen; goede

lichamelijke verzorging met aandacht voor voeding en uiterlijk; het verminderen van overmatige aandacht voor (lichamelijke) klachten; regelmatig en afwisselend bewegen met lichamelijke oefeningen om kracht en zelfvertrouwen te vergroten; oefenen in moeilijke situaties; voldoende sociale contacten; meer boeiende, afleidende activiteiten. Deze richtlijnen zijn in principe van belang voor alle patiënten met depressie en angst, ongeacht de leeftijd. Echter, een aantal zijn meer nadrukkelijk van toepassing bij ouderen. Bij ouderen bestaat een grotere kans op een ontregeld dag/nachtritme, ontstaan mede door de gelegenheid om overdag in bed te blijven liggen of onbekendheid met een veranderende slaapbehoefte; is er een sterkere gerichtheid op lichamelijke klachten en achteruitgang; is er vaak weinig lichaamsbeweging door lichamelijke klachten met verlies van conditie en kracht; is er vaker een sociaal isolement door afname van maatschappelijke rollen en verlies van belangrijke anderen. Het uiten van verdriet en boosheid verdient bij ouderen ook speciale nadruk aangezien deze generatie 'flink houden' hoog in het vaandel heeft staan. Meer op de cognitie gerichte richtlijnen zijn concentratie op ontspanning en positieve voorstellingen, oplossingsgericht denken, het gebruik van humor en, indien nodig, een 'let it be'-houding. In plaats van 'doemdenken' wordt zo toegewerkt naar een positieve opstelling ten opzichte van de klachten: 'hoe ga ik er zo goed mogelijk mee om?'

*Inhoud psycho-educatiecursus* – Om deze richtlijnen te onderbouwen worden de volgende onderwerpen in de cursus behandeld:

1. *Waardoor wordt onze beleving van ouder worden beïnvloed?*

Aan bod komen:

- Moeilijke (afnemende mogelijkheden) en positieve (mildheid, introspectie, 'nu of nooit') kanten van het ouder worden.
- Positieve (wijsheid) en negatieve (oude zeur) maatschappelijke beeldvorming.
- De invloed van beweging en van activiteiten op de (geestelijke) gezondheid. Deze lessen onderstrepen ook het belang van het bewegings- en activiteitenprogramma binnen de depressiebehandeling.

2. *Voorlichting over depressie en angst en daarmee samenhangende (lichamelijke) klachten*

Dit betreft voorlichting over het klinisch beeld, het ontstaan (combinatie van factoren) en de mogelijke behandeling van de stoornissen. Bij het laatste worden verschillende behandelvormen (medicatie, gesprekstherapie) besproken, met de nadruk op het belang van de eigen inbreng in de behandeling.

3. *Voorlichting over de samenhang lichaam en geest*

Dit gebeurt aan de hand van informatie over de functie van het zenuwstelsel bij het waarnemen en met name over de prikkel-

overdracht binnen het centrale zenuwstelsel. De kern van de boodschap van deze les is dat mensen zelf invloed kunnen uitoefenen op welke (zenuw)prikkels arriveren in de hersenen en dus op de eigen waarneming. Met name beweging, afleiding en constructieve aandacht kunnen ervoor zorgen dat niet alleen prikkels samenhangend met de klachten het bewustzijn bereiken.

#### 4. *Omgaan met en denken over klachten*

De algemene houding van mensen ten aanzien van waar de beheersing over de eigen gezondheid ligt, wordt de gezondheidsspecifieke beheersingsoriëntatie genoemd. Uit onderzoek is herhaaldelijk gebleken (Halfens 1985) dat het daarbij gaat om een drietal afzonderlijke beheersingsoriëntaties, namelijk een interne (bij de persoon zelf), een arts- (medicijnen, medische behandeling) en een kansoriëntatie (het hangt van het toeval af). Onder andere uit het onderzoek van Halfens (1985) blijkt dat degenen met een slechte gezondheidstoestand meer arts- en minder intern georiënteerd zijn dan degenen met een goede gezondheidstoestand. Ook blijkt uit dit onderzoek dat mannen en jongeren iets meer intern, en ouderen en personen met een lagere sociaal-economische klasse iets meer arts- en kansgeoriënteerd zijn. Een meer intern gerichte beheersing kan gevoelens van machteloosheid en hulpeloosheid verminderen. Tijdens de cursus wordt informatie gegeven over deze beheersingsoriëntatie en over intern gerichte manieren van omgaan met klachten (zoals ontspanning, afleiding, humor).

#### 5. *Aanvullende onderwerpen*

Bij ouderen zijn vooral rouwverwerking en slaap onderwerpen waar in veel gevallen aanvullend aandacht aan moet worden besteed.

Dit voorlichtingsprogramma kan dienen als pre-therapie voor aan de patiëntenpopulatie aangepaste vervolgbehandelingen. Zo worden bij de deeltijdbehandeling ouderen aansluitend vier zittingen besteed aan een suggestieve ontspanningsoefening en een veranderingsgerichte voorstelingsoefening gericht op het verbeteren van de (cognitieve) coping. In een seksespecifiek groepsprogramma voor oudere vrouwen met depressie, ontwikkeld door de tweede auteur in samenwerking met mevrouw M. Jacobs, RIAGG Stad Utrecht, en mevrouw T. Haverkort, RIAGG Westelijk Utrecht, volgen daarnaast nog voorlichting over seksespecifieke kanten aan depressie en twee korte vaardigheidsblokken: sociale-vaardigheidstraining en cognitieve therapie.

Naar bovengenoemde interventies is (nog) geen effectonderzoek verricht. De reacties van patiënten zijn echter zonder uitzondering positief. Dit blijkt onder andere uit door hen ingevulde evaluatieformulieren. In zijn algemeenheid geldt dat er zeer weinig onderzoek voorhanden is naar de effectiviteit van psycho-educatie bij ouderen. Het

weinig dat beschikbaar is (Niederehe 1992), betreft voornamelijk interventies als geheugentraining en bibliotherapie bij lichte tot milde depressies en wijst erop dat deze een positief effect sorteren. Het preventief effect en het effect bij klinische depressies zijn vooralsnog nauwelijks onderzocht. Deels vergelijkbare preventieve interventies bij ouderen met depressieve klachten worden beschreven door Cuijpers, Blom en Weersink (1995).

### *'Reminiscentie' en 'life-review' als psychotherapeutische technieken*

Reminiscentie is een concept dat Butler (1963) introduceerde. Hij postuleerde dat alle oudere mensen geneigd zijn terug te kijken op hun leven. Dit innerlijke mentale proces bestaat uit terugblikken (reminiscentie) en doorwerken van het leven ('life-review'). Als men erin slaagt tot reïntegratie van levensconflicten te komen, zullen zich kenmerken als innerlijke rust en wijsheid ontwikkelen. Als men daar niet in slaagt, zou dit (mede) een oorzaak kunnen zijn van het ontstaan van stoornissen op late leeftijd, zoals depressie.

Tegen deze achtergrond zijn twee therapeutische interventies ontwikkeld, die men 'reminiscentie' en 'life-review' is gaan noemen. Bij reminiscentie staat op de voorgrond het op een gestructureerde manier praten en denken over positieve ervaringen in het verleden waardoor de patiënt een positiever beeld krijgt van zichzelf en de positieve kanten van zijn leven 'herontdekt'. Bij life-review gaat men directiever en intensiever te werk. Men zal trachten ook negatieve ervaringen, bijvoorbeeld mislukkingen, tegenslagen of onopgeloste problemen, naar boven te halen. Hierdoor kunnen onverwerkte vroegere gevoelens alsnog verwerkt worden of met meer afstand worden gezien of zelfs worden geherwaardeerd in een positievere zin of een breder perspectief. Uitgangspunt daarbij is dat praten en denken over vroeger helpt om de balans van het leven op te maken en daarmee te komen tot aanvaarding en integratie van positieve en negatieve ervaringen in het leven, waardoor de kans op depressie en andere psychische problemen kleiner wordt. Deze technieken van reminiscentie en life-review kunnen in individuele gesprekken worden toegepast en, met name reminiscentie, ook heel goed groepsgewijs. Thema's hebben uiteraard betrekking op de verschillende levensfasen en kunnen bijvoorbeeld chronologisch worden onderverdeeld (bijv. kinderjaren, adolescentie, jongvolwassen, middelbare en oudere leeftijd). Hierbij is het belangrijk vooral ook aandacht te geven aan seksespecifieke thema's (Burnside 1993). In de laatste fase dienen de integratie en herwaardering van de levenservaringen centraal te staan.

Uitvoering door (ervaren) verpleegkundigen van reminiscentie en life-review in geprotocolleerde vorm wordt beschreven door Burnside en Haight (1994). Het gaat daarbij overigens niet om behandeling van psychische stoornissen, maar vooral om instandhouding van gezond-



heid. Niederehe (1992) wijst erop dat diverse waarnemers gemaand hebben tot voorzichtigheid in het gebruik van deze behandelingen bij dwangmatige patiënten, patiënten met weinig egosterkte of met een levensgeschiedenis die onmogelijk positief kan worden gelabeld. Dit geldt zeker voor een intensieve techniek als de 'life-review'-methode. De technieken van reminiscentie en life-review (vaak op verschillende manieren geoperationaliseerd) zijn slechts weinig toegepast op en onderzocht bij oudere patiënten met een klinische depressie of andere stemmingsstoornis. De onderzoeksresultaten die voorhanden zijn uit onderzoek bij gezonde ouderen of bij verpleeghuisbewoners, lijken beemoedigend (Niederehe 1992).

### *Cognitieve gedragstherapie*

Cognitieve gedragstherapie is een klachtgerichte therapievorm bestaande uit een verzameling van theorieën, procedures en technieken waarbij de leeftijd of de levensfase een ondergeschikte rol speelt. Desondanks is de cognitieve gedragstherapie zeer geschikt voor de behandeling van ouderen met uiteenlopende klachten. In de eerste plaats sluit de vorm van de therapie goed aan bij de belevingswereld van (oudere) patiënten die weinig bekend zijn met psychotherapie; in de therapie kunnen namelijk concrete en realistische doelen worden gesteld. Bovendien is de therapie te bewerken tot een cursus of training, hetgeen drempelverlagend kan werken. Cuijpers en Salden (1996) en Van Grinsven en Overduin (1994) ontwikkelden een cursus voor depressieve ouderen.

Misvattingen en vooroordelen ten aanzien van het ouder en depressief worden kunnen binnen de cognitieve gedragstherapie vrij gemakkelijk een plaats krijgen (Thompson e.a. 1986). Negatieve opvattingen over ouderen kunnen door ouderen zelf worden overgenomen en leiden tot gevoelens van nutteloosheid en hulpeloosheid of zichzelf niet interessant en niet aantrekkelijk vinden (Steuer en Hammen 1983). Het is belangrijk deze negatieve cognities op te sporen, uit te dagen en daarna bij te stellen.

Van de therapeut wordt veel inventiviteit en creativiteit gevraagd. Het (opnieuw) zoeken en vinden van positieve bekrachtigers bij oudere patiënten bij wie veel weggevallen is, kan een hele kunst zijn. Aan nieuwe activiteiten wordt soms toch minder plezier beleefd dan aan oude activiteiten die door het ouder worden niet meer uitgevoerd kunnen worden. Bijvoorbeeld het zelf muziek maken, wat men vroeger deed, wordt leuker gevonden dan het luisteren naar muziek. Ook kan de context waarbinnen activiteiten plaatsvinden zodanig wijzigen dat de activiteiten zelf minder worden gewaardeerd. Het doen van vrijwilligerswerk tijdens de pensionering bijvoorbeeld wordt anders beleefd dan het werken voor geld tijdens de arbeidscarrière. In dit soort

situaties is het vooral belangrijk de betekenis en/of waarde van activiteiten na te gaan en bevelen we ook aan niet te veel vast te houden aan strikt gedragstherapeutische technieken of procedures.

Algemene aanpassingen in de therapie behorend bij de leeftijd, zoals informatie doseren, rustig tempo en kortere sessies aanbieden, zijn zonder veel moeite inpasbaar in de cognitieve gedragstherapie. Dit vraagt meer om een goede afstemming tussen de therapeut en de patiënt dan dat dit beperkingen oplevert voor de cognitieve of gedragstherapeutische technieken. Zintuiglijke beperkingen stellen soms eisen aan het ondersteunende materiaal, onder andere bij huiswerkopdrachten. Er kan dan bijvoorbeeld gewerkt worden met grote-letterformulieren of op cassettebandjes ingesproken teksten. Wanneer eenzaamheid en sociale isolatie van ouderen een rol spelen, kan overwogen worden in plaats van individuele cognitieve gedragstherapie groeps-cognitieve gedragstherapie aan te bieden. Het gevoel bij een groep te horen kan positief bekrachtigend werken en gevoelens van eenzaamheid doen verminderen.

Het aantal gecontroleerde studies naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij ouderen is gering. Enkele studies naar het effect van psychotherapie bij (depressieve) ouderen, waaronder cognitieve gedragstherapie, toonden aan dat psychotherapie een effectieve behandeling kan zijn (Gallagher en Thompson 1982; Jarvik e.a. 1982). Uit de meta-analyse van Vermey (1993) blijkt dat cognitieve en gedragstherapie bij ouderen betere effecten laten zien dan andere psychologische behandelingen. Fry (1984) onderzocht de effecten van diverse cognitieve en gedragstherapeutische technieken bij ouderen. Zijn conclusie is dat deze technieken tot klachtreductie leiden bij depressie. Van de Laet en Van der Poel (1984) onderzochten de meerwaarde van cognitieve groeps-gedragstherapie gegeven naast de reguliere behandeling bij depressieve ouderen. Tijdens de behandelfase werden geen significante verschillen gemeten tussen de experimentele en controlegroep. Bij follow-up bleek de groep patiënten die cognitieve gedragstherapie aangeboden kreeg, echter significant verbeterd ten opzichte van de groep patiënten die dit niet kreeg. Cognitieve gedragstherapie bij ouderen werd ook vergeleken met medicatie (Beutler e.a. 1987; Wilson e.a. 1995). Er wordt een duidelijk positief effect gemeten bij de cognitieve gedragstherapie in de vorm van afname van klachten. In de studie van Beutler (1987) namen de klachten van de groep patiënten die behandeld werd met cognitieve gedragstherapie, significant meer af dan van de groep die met medicatie (alprazolam) werd behandeld.

Ondanks het geringe aantal studies naar de effecten van cognitieve gedragstherapie bij ouderen zijn de uitkomsten bemoedigend. Verder onderzoek is nodig om na te gaan welke elementen van cognitieve gedragstherapie specifiek bij deze doelgroep werkzaam zijn.

### *Interpersoonlijke psychotherapie (IPT)*

IPT is een kortdurende psychotherapievorm die, als een van de weinige, oorspronkelijk ontwikkeld is voor de behandeling van een psychiatrische stoornis, namelijk depressie (Klerman e.a. 1984). De sociale aspecten van een depressie, zowel mogelijke oorzakelijke factoren als gevolgen, staan centraal. Er zijn vier mogelijke interpersoonlijke focussen voor de behandeling: rouw, interpersoonlijke conflicten, rolveranderingen en sociale tekortkomingen. Na de inventarisatiefase wordt gekozen voor die focus die volgens de behandelaar en patiënt het meest waarschijnlijk samenhangt met het ontstaan van de depressie. IPT kenmerkt zich verder door een focale, op het hier-en-nu gerichte benadering, waarbij de patiënt expliciet de ziekterol krijgt. De houding is zowel sterk activerend als steunend, waarbij veel aandacht is voor psycho-educatie. Naast IPT in de acute fase van de behandeling bestaat ook een 'onderhouds-IPT'.

Een overzicht van de aanpassingen van IPT aan ouderen is te vinden bij Frank e.a. (1993). Zij stelden dat de vier centrale thema's uitermate goed aansluiten bij de problematiek van depressieve ouderen. De actieve, niet-neutrale houding van de therapeut sluit goed aan bij de verwachtingen van ouderen. Soms is het nodig praktische hulp te bieden bij bijvoorbeeld huisvestings- of financiële problematiek, waarvoor eventueel samenwerking met een maatschappelijk werker wordt geadviseerd. Bij ouderen kan de tijdstermijn soepel worden gehanteerd, zoals hierboven al werd beschreven.

Met betrekking tot de inhoud zijn er enkele verschillen ten opzichte van volwassenen. Het leren omgaan met c.q. het verdragen van de centrale problematiek wordt bij ouderen als een adequater doel gezien dan het gericht zijn op het oplossen van deze problematiek. Het exploreren van vroegere relaties kan noodzakelijk zijn. Rouwproblematiek waarbij de dierbare niet is overleden (maar bijvoorbeeld dement is) kan de focus zijn van de behandeling.

IPT is in een aantal studies onderzocht. Naast enkele kleinere studies van Sloane e.a. (1985) en Miller e.a. (1994) zijn deze gegevens vooral afkomstig uit een nog niet afgerond onderzoek naar vier verschillende vormen van onderhoudsbehandeling bij ouderen met een depressie in remissie (Reynolds III e.a. 1992; Frank e.a. 1993; Reynolds III e.a. 1994 en 1995). De beoogde onderzoekspopulatie bestaat uit 200 ouderen met een recidiefdepressie. De eerste (open) fase van de studie bestaat uit behandeling met zowel IPT (acute fase) als nortriptyline. Van de eerste 150 patiënten is een succespercentage van 77% beschreven, berekend volgens de 'intention to treat'-methode (Reynolds III e.a. 1995). Na een stabilisatiefase van zestien weken worden de herstelde patiënten *at random* ingedeeld bij een van de vier verschillende onderhoudsbehandelingen: alleen nortriptyline, alleen placebo, IPT (onder-

houdsfase) met nortriptyline, of IPT (onderhoudsfase) met placebo. De auteurs ondervonden dat patiënten die tijdens het onderzoek een recidiefdepressie kregen, zeer succesvol en snel met de combinatie IPT en nortriptyline weer in remissie te brengen waren (Reynolds III e.a. 1994).

Het 'National Institute of Health Consensus Development Panel on Depression in Late Life' (1992) komt op grond van de beschikbare studies tot de conclusie dat met name (cognitieve) gedragstherapie, IPT en kortdurende psychodynamische psychotherapie 'moderately effective' zijn bij de behandeling van depressies bij ouderen. Deze conclusie lijkt onzes inziens nog wat te voorbarig. Onderzoek naar de effecten van IPT alleen, bij ernstig depressieve ouderen, bij 'oudere' ouderen en bij somatisch zieke ouderen ontbreekt nog vrijwel geheel. Over andere indicaties voor IPT waarover bij volwassenen enige resultaten gepubliceerd zijn, zoals dysthymie, eetstoornissen en verslavingen, is bij ouderen geen onderzoek gepubliceerd.

### Beschouwing

Vooroordelen over ouderen en veroudering ('psychiatrische stoornissen bij ouderen zijn altijd het gevolg van dementie' en 'depressieve verschijnselen horen bij het ouder worden') hebben lang een gerichte aandacht voor de psychiatrische stoornissen die laat in het leven optreden, in de weg gestaan. Vergelijkbare vooroordelen ('ouderen zijn star', 'er is geen tijd meer om te veranderen') hebben de drempel voor toepassing van psychotherapie bij ouderen verhoogd. Geleidelijk komt hierin verandering, zoals blijkt uit de hierboven beschreven onderzoeken bij ouderen en specifieke aanpassingen die zijn ontwikkeld. Dat neemt niet weg dat in de dagelijkse praktijk nog wel degelijk de gevolgen te zien zijn van de geringe verwachtingen ten aanzien van een psychotherapeutische behandeling bij ouderen met psychiatrische stoornissen. In een recent onderzoek bij zeven ouderenafdelingen van de RIAGG bleek dat er nauwelijks psychotherapeuten werkzaam waren op deze afdelingen (De Beer en Hutschemaekers 1996). Nog geen 0,5% van de formatie werd besteed aan psychotherapeuten, tegen 16% van de formatie op de afdelingen voor volwassenen van de RIAGG. Ook wordt nog wel eens onderschat hoe moeilijk psychotherapie juist in deze groep is, en wat dat betreft onderschrijven wij volledig het uitgangspunt van de directieve therapie – immers ook een multidimensionale therapie waarin flexibel gebruikgemaakt wordt van technieken uit verschillende therapeutische stromingen – dat een dergelijke therapie slechts door ervaren therapeuten gegeven kan worden (Van der Velden 1980).

In behandelrichtlijnen blijkt ook weinig aandacht te worden gegeven aan psychotherapie: bij een inventarisatie van de in gebruik zijnde be-

handelrichtlijnen voor de – klinische – behandeling van depressie bij ouderen bleek dat van de afdelingen waar deze op schrift stonden dit uitsluitend de farmacotherapeutische interventies betrof (schriftelijke mededeling Sectie Psychiatrie voor Ouderen van de NVvP). Psycho-educatieprogramma's zoals onder andere in de H.C. Rümke Groep ontwikkeld, en de beschikbaarheid van specifiek op ouderen gerichte handleidingen zoals voor IPT, kunnen een bijdrage leveren aan het meer in de dagelijkse praktijk inpassen van psychotherapie voor ouderen.

### Literatuur

- Beer, M. de, en G. Hutschemaekers (1996), *Vraag en aanbod in de Riagg-ouderenzorg*. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Utrecht.
- Berezin, M.A. (1987), Reflections on psychotherapy with the elderly. In: J. Sadavoy en M. Leszcz (red.), *Treating the elderly with psychotherapy*. International Universities Press, Connecticut.
- Beutler, L.E., F. Scogin, Kirkish e.a. (1987), Group cognitive therapy and alprazolam in the treatment of older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 550-556.
- Burnside, I. (1993), Themes in reminiscence groups with older women. *International Journal of Aging and Human Development*, 37, 177-189.
- Burnside, I., en B. Haight (1994), Reminiscence and Life Review: therapeutic interventions for older people. *Nurse Practitioner*, 19, 55-61.
- Butler, R.N. (1963), The Life Review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76.
- Cuijpers, P., M.M. Blom en L.Th. Weersink (1995), Preventieve interventies bij ouderen met depressieve klachten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 4, 386-400.
- Cuijpers, P., en M. Salden (1996), De 'plezierige activiteitenlijst' voor ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 27, 54-61.
- Cumming, E., en W. Henry (1961), *Growing old: the process of disengagement*. Basic Books, New York.
- Dantzig, A. van (1993), Psychotherapie bij ouderen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 48, 915-923.
- Erikson, E.H., J.M. Erikson en H.Q. Kivnick (1986), *Vital involvement in old age: the experience of old age in our time*. Norton, New York.
- Folkman, S., R.S. Lazarus, S. Pimley e.a. (1987), Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, 171-184.
- Frank, E., N. Frank, C. Cornes e.a. (1993), Interpersonal psychotherapy in the treatment of late life depression. In: G.L. Klerman en M.M. Weissman (red.), *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*. APA Press Inc., Washington, p. 167-198.
- Fry, P.S. (1984), Cognitive training and cognitive behavioral variables in the treatment of depression in the elderly. *Clinical Gerontologist*, 3, 25-45.
- Gallagher, D., en L.W. Thompson (1982), Treatment of major depression disorder in older adult out-patient with brief psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 482-490.
- Grant, R.W., en D.A. Casey (1995), Adapting cognitive behavioral therapy for the frail elderly. *International Psychogeriatrics*, 7, 561-571.

- Grinsven, A.M.J.C., en J.D. Overduin (1994), Cursus 'denken, voelen en doen' voor depressieve ouderen. Samenwerkingsproject RIAGG Rotterdam-Zuid, Delta Psychiatrisch Ziekenhuis en Rijksuniversiteit van Leiden.
- Halfens, R.J.G. (1985), *Locus of Control: beheersingsoriëntatie in relatie tot ziekte- en gezondheidsgedrag*. Academisch proefschrift Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.
- Jarvik, L.F., J. Mintz, J. Steuer e.a. (1982), Treating geriatric depression: a 26-week interim analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 30, 713-717.
- Keith, D.M. (1979), Life changes and perceptions of life and death among older men and women. *Journal of Gerontology*, 34, 870-878.
- Klerman, G.L., M.M. Weissman, B.J. Rounsaville e.a. (1984), *Interpersonal psychotherapy for depression*. Basic Books, New York.
- Laat, A. de, en M. van der Poel (1994), *Cognitieve gedragstherapie voor depressieve ouderen: effectstudie bij klinische en ambulante ouderen*. Rijksuniversiteit Leiden, vakgroep klinische en gezondheidspsychologie.
- Miller, M.D., E. Frank en C. Cornes (1994), Applying interpersonal psychotherapy to bereavement-related depression following loss of a spouse in late life. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, 149-162.
- Mintz, J., J. Sener en L. Jarvick (1981), Psychotherapy with depressed elderly patients: research considerations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 542-548.
- National Institute of Health Consensus Conference, Diagnosis and treatment of depression in late life, 1992. NIH Consensus Development Panel on Depression in Late Life. *Journal of the American Medical Association*, 266, 1018-1024.
- Nemiroff, R.A., en C.A. Colarusso (1985), *The race against time*. Plenum Press, New York en Londen.
- Niederehe, G.T. (1994), Psychosocial therapies with depressed older adults. In: L.S. Schneider, C.F. Reynolds III, B.D. Lebowitz e.a. (red.), *Diagnosis and treatment of depression in late life*. Results NIH Consensus Development Conference. APA, Washington DC.
- Reynolds III, C.F., E. Frank, J.M. Perel e.a. (1992), Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: a preliminary report. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1687-1692.
- Reynolds III, C.F., E. Frank, J.M. Perel e.a. (1994), Treatment of consecutive episodes of major depression in the elderly. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1740-1743.
- Reynolds III, C.F., E. Frank, J.M. Perel e.a. (1995), Maintenance therapies for late-life recurrent major depression: research and review circa 1995. *International Psychogeriatrics*, 7, 27-39.
- Sholomskas, A.J., E.S. Chevron, B.A. Prusoff e.a. (1983), Short-term interpersonal therapy (IPT) with the depressed elderly – Case reports and discussion. *American Journal of Psychotherapy*, 37, 552-566.
- Sloane, R.B., F.R. Stapes en L.S. Schneider (1985), Interpersonal psychotherapy versus nortriptyline for depression in the elderly. In: G.D. Burrows, T.R. Norman en L. Dennerstein (red.), *Clinical and Pharmacological Studies in Psychiatric Disorders*. John Libbey, Londen.
- Steuer, J.L., en C.L. Hammen (1983), Cognitive-behavioral grouptherapy for the depressed elderly; Issues and adaptations. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 285-296.
- Thompson, L.W., R. Davies, D. Gallagher e.a. (1986), Cognitive Therapy with older adults. *Clinical Gerontologist*, 5, 245-279.

- Vaillant, G.E. (1977), *Adaptation to life*. Little, Brown, Boston.
- Velden, K. van der (red.) (1980), *Directieve therapie 2*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Vermey, M. (1993), Niet medicamenteuze behandelingen voor depressieve ouderen. Vakgroep klinische en gezondheidspsychologie, Rijksuniversiteit Leiden.
- Wilson, K.C.M., M. Scott, M. Abou-Saleh e.a. (1995), Long-term effects of cognitive-behavioural therapy and the lithium therapy on depression in the elderly. *British Journal of Psychiatry*, 167, 653-658.

### Summary: Psychiatric psychotherapy for the elderly

In the wake of the increasing interest in psychiatric illness in late life also specific psychotherapy for the elderly has been developed. Psychotherapeutic interventions for the elderly are partly based on existing therapies for younger adults and partly on those specifically developed for the elderly such as life review or reminiscence. Usually adaptation of the frequency and duration of the sessions are recommended. Information and psycho-education form an important element in the therapy especially for the current generation.

---

Alle auteurs zijn werkzaam binnen de divisie Ouderenzorg van de H.C. Rümke Groep, respectievelijk als psychiater, klinisch psycholoog, klinisch psycholoog en psychiater. T.J. Heeren is tevens verbonden aan de vakgroep Psychiatrie van de Universiteit Utrecht. Correspondentieadres: T.J. Heeren, H.C. Rümke Groep, Oude Arnhemseweg 260, 3705 BK Zeist.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-10-1996.