

Psychosociale behandeling bij dementie

door R.M. Dröes

Gepubliceerd in 1995, no. 3

Samenvatting

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de verschillende vormen van psychosociale behandeling die bij demente patiënten worden toegepast, te weten: psychotherapie, psychomotorische therapie, gedragsmodificatie, remotivatatie- en resocialisatietherapie, reminiscentietherapie, realiteitsorintatietraining, activiteitengroepen, Validation, en normalisering van leefpatroon en woonomgeving. Uit dit overzicht wordt duidelijk dat er de afgelopen twintig jaar in toenemende mate aandacht is ontstaan voor de belevingswereld van de demente oudere. Terwijl in de jaren zeventig nog de nadruk lag op gedragstherapeutische interventies, komen we de laatste jaren steeds meer behandelingsvormen tegen die uitgaan van psychodynamische en interactionele theorieën. Er ontstaat meer begrip voor het vaak bizarre gedrag van demente ouderen. Dit opent nieuwe perspectieven voor de hulpverlening aan deze patiëntengroep.

Inleiding

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de verschillende vormen van psychosociale behandeling die bij demente patiënten worden toegepast. Ingegaan wordt op de theoretische achtergronden, de meest gangbare methoden in de psychogeriatrische praktijk en de met deze behandelingsvormen bereikte resultaten. Het begrip 'psychosociale behandelingsvormen' is in dit overzicht afgegrensd: alleen die behandelingsvormen worden aan de orde gesteld die zich expliciet richten op demente patiënten met psychische en gedragsmatige problemen die mogelijk zijn ontstaan door een problematische aanpassing aan de gevolgen van dementie en de opname. Bovendien worden alleen behandelingsvormen beschreven die gebruik maken van interactieve methoden. De biologische component van de psychosociale behandeling is hier buiten beschouwing gelaten. De geïnteresseerde lezer in psychofarmacotherapie wordt verwezen naar de *reviews* die in de loop der jaren op dit terrein zijn verschenen (o.m. Fann en Wheless 1981; Leuchter en Jarvik 1987; Wragg en Jeste 1988; Whalley 1989). De behandelingsvormen die hier worden beschreven zijn: psychotherapie, psychomotorische therapie, gedragsmodificatie, resocialisatie/remotivatatiegroepen, reminiscentietherapie, realiteitsorintatietraining, activiteitengroepen, Validation, en normalisering van leefpatroon en woonomgeving.

Psychotherapie

Sinds de jaren veertig worden bij geriatrische patiënten verschillende vormen van psychotherapie toegepast. Een overzicht hiervan is in verschillende *reviews* te vinden (Ingebretsen 1977; Sparacino 1979; Götestam 1980; Yesavage en Karasu 1982; Mosher-Ashley 1986-1987). Hoewel de eerste publikaties met betrekking tot groepspsychotherapie voor ouderen zo'n veertig jaar geleden zijn verschenen (o.m. Linden 1953), blijkt er maar beperkt onderzoek te zijn gedaan op dit terrein (zie Zwanikken en Janssens 1977; Petzold 1985; Gilewski 1986; Tross en Blum 1988; Lazarus en Sadavoy 1988; Radebold 1989b). Zowel in de individuele behandeling als in groepstherapieën kunnen drie

benaderingswijzen worden onderscheiden: een ondersteunende, een inzichtgevende en een cognitieve benadering.

Ondersteunende psychotherapie - Een vorm van individuele psychotherapie die bij ouderen met hersenbeschadigingen gunstige effecten zou opleveren is de 'brief therapy' van Goldfarb (Goldfarb en Turner 1953; Wolff 1971). Bij deze methode voert de therapeut regelmatig korte (15 minuten) gesprekken met de patiënt, waarin de nadruk ligt op concrete onderwerpen (Sadavoy en Robinson 1989). Daarbij maakt hij therapeutisch gebruik van de afhankelijke positie waarin de patiënt verkeert door de rol op zich te nemen van de beschermende ouder, die in staat is bij de patiënt het gevoel van veiligheid en controle te bevorderen (zie ook Meerloo 1971; Lazarus 1980; Maletta 1988; Knight en Buijssen 1989). Hoewel Goldfarb met zijn 'brief therapy' gunstige resultaten heeft geboekt bij grote aantallen geriatrische patiënten (Sparacino 1979; Götestam 1980) zijn ons geen effectstudies bekend waarin het bewijs wordt geleverd voor de effectiviteit van zijn werkwijze bij patiënten met een dementiesyndroom. Verwoerd (1981) richt zich specifiek op ouderen met een seniele dementie en meent dat psychotherapie bij deze ouderen met name moet worden gehanteerd als een vorm van therapeutische communicatie. De psychotherapeut zal door analyse van taaluitingen moeten achterhalen wat de patiënt voelt/beleeft, zodat er een empathisch begrip ontstaat voor het huidige emotionele leven van de patiënt. In een therapeutische relatie kan de therapeut trachten adaptieve copingstrategieën te versterken en ineffectieve copingstrategieën te elimineren (zie ook Cox 1985; Lewis 1987; Norberg en Athlin 1989; Kihlgren e.a. 1990). Het uiteindelijke doel van de therapie is herstel van een psychologisch evenwicht. Er zijn tot op heden geen studies verricht naar het effect van deze 'dynamische' benaderingswijze.

De ondersteunende *groepspsychotherapieën* kunnen het best worden beschreven als gespreksgroepen ter compensatie van de inperking van het sociale netwerk, ter oefening van sociale vaardigheden, en als een bron van consensus en empathie waar het gaat om ouderdomsspecifieke problemen en de wijze van omgaan daarmee (Krebs-Roubicek 1989a). Het uiteindelijke doel van de therapie is acceptatie van en aanpassing aan de veranderde omstandigheden en een verbetering van het praktisch functioneren (Tross en Blum 1988; Cox 1985). De klinische ervaringen met ondersteunende groepspsychotherapieën bij ouderen zijn over het algemeen positief (Oberleder 1970; Meerloo 1971; Saul en Saul 1974; Burnside 1978; Williams e.a. 1980; Johnson e.a. 1982; Bircher-Beck 1983). De publikaties hebben echter veelal een anekdotisch karakter en bevatten doorgaans slechts globale informatie over de behandelde patiëntengroep en de gehanteerde evaluatiemethoden. Manaster (1972) doet bijvoorbeeld verslag van de positieve resultaten die werden bereikt met een groep ernstig geregredieerde geriatrische patiënten in een bejaardenhuis (diagnose niet nader gespecificeerd). Het verslag, dat berust op klinische observaties, geeft aan dat er een toename van sociale relaties, initiatief en aandacht bij de patiënten werd waargenomen, en dat de rusteloosheid en het rond dwalen verminderde (zie ook Akerlund en Norberg 1986). Een van de weinige experimentele studies die we op dit terrein zijn tegengekomen, is die van Dye en Erber (1981). Zij deden onderzoek bij verpleeghuispatiënten, die gedurende 3,5 week direct na de opname deelnamen aan een gespreksgroep (pretest-posttest controlgroup design). Zij concludeerden dat de gespreksgroepen een positief effect hadden gehad op de aanpassing (m.n. emotioneel): de deelnemers aan het experiment bleken significant minder 'trait anxiety' te hebben en meer 'internal locus of control' dan de mensen uit de controlegroep.

Inzichtgevende psychotherapie - Deze vorm van psychotherapie zou met name geschikt zijn voor ouderen die problemen hebben met algemenere veranderingen bij het ouder worden, zoals: verandering van uiterlijk, eenzaamheid, veranderingen in de relaties met familie en vrienden, en de naderende dood (Yesavage en Karasu 1982; Myers 1984; Joraschky 1986; Lazarus en Sadavoy 1988). Volgens Maletta (1988) is een inzichtgevende benadering bij demente patiënten alleen mogelijk, wanneer er sprake is van een lichte vorm van dementie. Daarbij dient men te waken voor het

mobiliseren van onopgeloste conflicten uit het verleden, waar de patiënt misschien niet meer mee kan omgaan. Volgens sommige auteurs is een (gemodificeerde) analytische benadering *juist* bij ouderen bruikbaar, omdat men in deze laatste levensfase vaak (onbewust) toch al terugblijkt op het eigen leven (Meerlo 1971). Hierdoor kunnen conflicten uit het verleden bovenkomen die om een oplossing vragen. Een voorbeeld van zo'n gemodificeerde analytische benadering is de 'Life-Review'-methode (Butler 1963; Lewis en Butler 1974).

In de inzichtgevende *groepspsychotherapieën* voor ouderen wordt behalve de 'Life-Review'-methode (Leszcz e.a. 1985; Tross en Blum 1988) gebruik gemaakt van de analytische methode. Bij de laatste staan de interpretatie van weerstand, acties en overdracht (naar therapeut, groep en individuen) centraal en wordt gebruik gemaakt van vrije associatie en expressie, interpretatie en gestructureerde methoden (Radebold 1983, 1989b; Wächtler 1983; Bolk-Weisedel 1985). De groepspsychotherapie is tot op heden niet onderzocht op zijn effectiviteit bij ouderen met een seniele dementie.

Cognitief-gedragsmatige psychotherapien - Deze vormen van psychotherapie worden sinds enkele jaren ook in beperkte mate toegepast bij licht demente patiënten. Ze zijn erop gericht om de cognitieve achteruitgang, voorzover deze door psychische en sociale factoren lijkt te worden beïnvloed, tegen te gaan door middel van het aanleren van specifieke (controle)technieken (Meichenbaum 1974; Arenberg en Robertson-Tchabo 1977; Lazarus en Sadavoy 1988). Cognitieve prestaties kunnen onder meer worden beïnvloed door een negatief gedachtenpatroon (zogenoemde negative cognitive sets), geheugenproblemen en concentratieproblemen. In het geval van negatieve 'cognitive sets' kan men gedachtenstops aanleren, bij problemen met het onthouden bijvoorbeeld ondersteunende organisatietechnieken, en bij concentratieproblemen ontspanningsoefeningen (Rimm en Master 1974; Yesavage 1984; Nouws 1988; De Ronde en Kamm 1989; Warmelink 1990; Vink 1991).

De cognitief-gedragsmatige benadering wordt sinds enige jaren ook toegepast binnen groepstherapieën voor ouderen met cognitieve stoornissen. Zarit e.a. (1982) verrichtten onderzoek bij cognitief gestoorde ouderen (diagnoses worden niet vermeld), die deelnamen aan een geheugentraining (3,5 week). Het cognitief functioneren ('recall') van de experimentele groep verbeterde. Deze verbetering bleek echter gepaard te gaan met een achteruitgang in het affectief functioneren: de deelnemers aan de trainingsgroep scoorden na afloop hoger op de Zung-depressielijst.

Psychomotorische therapie

Onder 'psychomotorische therapie' verstaan we het behandelen van mensen die kampen met psychosociale problemen, met behulp van bewegingsactiviteiten en/of speciale aandacht voor de lichaamsbeleving (Fahrenfort 1986; Van Coppenolle 1990). De psychomotorische therapie heeft in Nederland de afgelopen twintig jaar een snelle ontwikkeling doorgemaakt. Binnen de psychiatrie is dit inmiddels een algemeen aanvaarde en toegepaste behandelvorm. Op het terrein van de psychogeriatric verloopt deze ontwikkeling veel trager. Hoewel binnen de psychiatrische instituten in Nederland en België de laatste decennia in toenemende mate aandacht is besteed aan de toepassingsmogelijkheden van psychomotorische therapie bij gerontopsychiatrische patiënten (Kouwenhoven 1977; Rijdsdorp 1977; Koevoets e.a. 1979; Probst 1980; Hungenaert en Schaekers 1982; Dröes 1991), blijkt deze therapievorm nog maar beperkt doorgedrongen tot de psychogeriatric verpleeghuiswereld.

Binnen de psychomotorische therapie worden veel verschillende methoden toegepast. Dit hangt samen met de uiteenlopende theoretische modellen die men hanteert om psychosociale problemen te verklaren, zoals cognitieve, neurofysiologische, holistische, leertheoretische en psychodynamische modellen. Om een globale indeling te maken in de scala van methoden, introduceerde Fahrenfort (1986) de termen *bewegingsgeorienteerde methoden* en *lichaamsgeoriënteerde methoden*. De eerste term is van toepassing indien de behandeling vooral bestaat uit het aanbieden van zorgvuldig gekozen

bewegingsarrangementen c.q. bewegingsactiviteiten, de tweede wanneer de nadruk wordt gelegd op lichaamsbeleving, zoals bij ontspanningsoefeningen. Op basis van onderzoek en praktijkervaring kan worden gesteld dat eenvoudige *bewegingsactiviteiten in spelvorm* en *sportieve bewegingsactiviteiten* doorgaans positief worden gewaardeerd door begeleidings- en verzorgingsbehoevende demente patiënten (Dröes 1991). Er zijn in het verleden echter ook verschillende publikaties verschenen waarin melding wordt gemaakt van de positieve effecten van lichaamsgeoriënteerde methoden (o.m. Welden en Yesavage 1982; Haber 1988).

Beschouwen we de methoden binnen de psychomotorische therapie vanuit het oogpunt van therapeutische middelen, dan valt het volgende op te merken. De therapieprogramma's die gebaseerd zijn op een *cognitief en/of neurofysiologisch perspectief* en die wellicht het best kunnen worden gekarakteriseerd als vormen van functietraining, blijken over het algemeen gebruik te maken van bewegingsactiviteiten uit de sfeer van de lichamelijke opvoeding, sport en spel. Door middel van bewegingsactivering tracht men de mens als informatieverwerkend systeem te stimuleren en/of aan het (verstoorde) systeem ten grondslag liggende neurofysiologische processen te beïnvloeden. (Powell 1974; Stamford e.a. 1974; Diesfeldt en Diesfeldt-Groenendijk 1977; Clark e.a. 1975; Ernst 1977, 1978; Menks e.a. 1977; Molloy e.a. 1988a, 1988b). De algemene doelstelling van deze programma's is tweeledig. In de eerste plaats wil men enige compensatie bieden voor de veelvuldig in intramurale settings (of thuissituaties) voorkomende onderstimulering van oudere patiënten, in de tweede plaats hoopt men daarmee het cognitieve verval tegen te gaan dat door onderstimulering mede in de hand wordt gewerkt (zie ook Bower 1967; Richman 1969; Kouwenhoven 1977; Koevoets e.a. 1979; Levy 1987). Er is beperkt onderzoek verricht naar deze methoden bij psychogeriatrische verpleeghuispatiënten (Diesfeldt en Diesfeldt-Groenendijk 1977; Ernst 1977; Molloy 1988a; Dröes 1991) en bij thuiswonende ouderen met geheugenstoornissen (Molloy e.a. 1988b). De programma's bestonden uit bewegingsactivering en zintuiglijke stimulatie. Activering bleek in deze (gecontroleerde) studies inderdaad een positieve invloed te hebben op verschillende aspecten van het cognitief functioneren, zoals: het onmiddellijke geheugen, de herkenning, *word fluency*, *logical memory* en de mentale status. Deze effecten werden echter alleen *direct* na de activiteit waargenomen (zogenoemde acute effects). Bij latere metingen (drie tot zeven dagen na de activiteit) werden, behalve met betrekking tot *word fluency* geen veranderingen gemeten (Molloy e.a. 1988a). De therapieprogramma's die op een *holistisch perspectief* zijn gebaseerd en dus gericht zijn op het herstel van het zogenaamde bio-psycho-socio-systeem, hanteren - behalve bewegingsoefeningen ter bevordering van de zelfexpressie, het zelfbeeld en de zelfwaardering - muziek, ademhalingsoefeningen, informele conversatie en voedingsonderwijs als therapeutische middelen (Berger en Berger 1973; Goldberg en Fitzpatrick 1980; Karl 1982; Allen en Steinkohl 1987; Stetter en Stuhlman 1987; Haber 1988). Berger en Berger pasten een 'holistic, analytically based behavioral approach' toe bij een groep thuiswonende psychogeriatrische patiënten, van wie er twee leden aan een seniele dementie. De groepstherapie, die werd gestart met muziek, informele conversatie en een korte ademhalingsoefening, bestond hoofdzakelijk uit bewegingsoefeningen, waarbij men gestimuleerd werd om verbaal uiting te geven aan de gevoelens die daarbij opkwamen, ter bevordering van de zelfexpressie, het zelfbeeld en de zelfwaardering. Daarna werd een woordspel gespeeld, waarbij de vrije associatie centraal stond en over allerlei onderwerpen kon worden gediscussieerd.

De *gedragstherapeutische* programma's, die gebaseerd zijn op leertheoretische principes (zie later) maken veelal gebruik van (progressieve) relaxatieoefeningen en verbale beloning. Welden en Yesavage (1982) onderzochten het effect van intensieve relaxatietraining op gedragsproblemen. De training bestond uit oefeningen voor progressieve spierrelaxatie, lichaamsgerichte aandacht, voorstellingsvermogen en zelfhypnose. Gebruik makend van een pretest-posttest controlgroup design, met van tevoren op cognitieve stoornissen gematchte paren, kon worden aangetoond dat de relaxatietraining een positief effect had op alle beoordeelde gedragsaspecten (psychiatrische symptomen, eet-, bad-, kled- en toiletproblemen, verantwoordelijkheid, communicatie, sociale

interactie en zelfstandigheid). Bovendien bleek 42% van de deelnemers aan de training na afloop geen slaapmedicatie meer nodig te hebben(!).

In de *psychodynamisch (interactioneel) georiënteerde* therapieprogramma's, waarbij gedragssymptomen deels worden verklaard als een gevolg van psychologische reacties van demente patiënten op hun cognitieve stoornissen en de veranderde omgeving, worden voornamelijk bewegingsactiviteiten aangeboden, waarbij de deelnemers weer een zekere mate van succes en vertrouwen in zichzelf en anderen kunnen ervaren. Dit kunnen elementen zijn uit sport en spel, maar ook hobbyactiviteiten en bewegen op muziek, gecombineerd met een sociale groepsactiviteit, zoals achteraf koffiedrinken. Aldus wordt een appel op de oudere gedaan om (weer) contact met zijn omgeving aan te gaan. Men hoopt hierdoor gevoelens van angst te verminderen, die van welzijn te bevorderen en het dagelijks functioneren gunstig te beïnvloeden. Beschreven therapeutische effecten zijn: toename van interpersoonlijk contact tijdens de therapie en in het dagelijks leven, verminderde behoefte aan psychofarmaca en minder storend gedrag, zoals agressie en nachtelijke onrust (Schwab e.a. 1985; Sandel 1987; Dröes 1991).

Gedragmodificatie

Bij gedragmodificatie probeert men het gedrag van de patiënt te veranderen met behulp van technieken die zijn gebaseerd op leertheoretische principes. De veelvuldig bij demente patiënten toegepaste gedragmodificatiemethoden zijn doorgaans gebaseerd op de operante conditionering. Dat wil zeggen dat men stimuli waarvan men weet (of denkt) dat de individuele oudere ze zeer begeert, als beloningen hanteert om aldus het doelgedrag te bevorderen ('positive reinforcement'). Deze stimuli kunnen van sociale of materiële aard zijn (een gesprekje, aandacht, een complimentje of een drankje), maar kunnen ook bepaalde activiteiten betreffen, zoals buiten wandelen of naar muziek luisteren. In sommige gevallen tracht men het gedrag te beïnvloeden louter door wijzigingen aan te brengen in de directe omgeving (omgevingsmanipulatie). In de loop der jaren zijn er verschillende *reviews* verschenen waarin de veelal met succes bij oudere patiënten toegepaste gedragstherapeutische methoden zijn beschreven (o.m. Woods en Britton 1985; Mosher-Ashley 1986-1987; Holden en Woods 1988). De doelen die men bij gedragmodificatie hanteert blijken te variëren van verhoging van het activiteitsniveau, en bevordering van de zelfzorg en de continëntie enerzijds tot vermindering van allerlei gedragsproblemen anderzijds. Het onderzoek op dit terrein heeft zich vooral gericht op het opsporen van de condities waaronder tekorten in het functioneren kunnen worden opgeheven of verminderd en op het vaststellen van de omstandigheden waaronder specifieke doelgedragingen optreden. Interventiestudies in de natuurlijke hulpverleningssetting zijn tot nog toe weinig uitgevoerd.

Verhoging activiteitsniveau - Strategieën onder deze noemer zijn bij verschillende groepen (psycho)geriatrische patiënten in institutionele settings onderzocht. Ze zijn er over het algemeen op gericht om de ouderen, in het proces van aanpassing aan de eigen invaliditeit en de institutionalisatie, te stimuleren tot het benutten en onderhouden van cognitieve en sociale restmogelijkheden. Door de patiënten te activeren tot bezigheden en sociale interactie hoopt men de aanpassing te bevorderen, degeneratieve processen die door inactiviteit kunnen worden geïnduceerd tegen te gaan en zogenoemde 'excess disabilities', waarbij de patiënt meer beperkingen toont dan verwacht mag worden gezien zijn functionele mogelijkheden, te voorkomen of teniet te doen (zie o.m. Powell e.a. 1979; Held e.a. 1984; Reifler e.a. 1986; Yates 1987; Rovner e.a. 1990).

Bevordering zelfzorg en continëntie - De afgelopen twee decennia zijn er diverse studies verricht op het terrein van de zelfzorg en de continëntie bij patiënten met organische hersenstoornissen (Rinke e.a. 1978; Schnelle e.a. 1983; Pinkston en Linsk 1988), waarbij operante conditionering een positief effect bleek te hebben op het zelfstandig baden en incontinentie. Dit laatste bleek met 45% af te nemen(!), wanneer patiënten regelmatig werden gecheckt op continëntie, werden gestimuleerd om te vragen of

ze naar het toilet konden worden gebracht wanneer ze daartoe behoefte voelen, en met aandacht werden beloond wanneer ze bij *check-ups* droog waren en/of om genoemde hulp vroegen (zie ook Burgio e.a. 1990).

Vermindering van gedragsproblemen - Enkele voorbeelden uit de reeks van gedragsproblemen die men bij (psycho)geriatrie patiënten via gedragsmodificatie heeft trachten te beïnvloeden (veelal met succes) zijn: zelfverwondingsgedrag (Mishara en Kastenbaum 1973), stereotiepe bewegingen (Hussian 1988), het uiten van beschuldigingen en woedeuitbarstingen (Wisner en Green 1986), het eten van niet-eetbare zaken (Nash e.a. 1987), agressief gedrag (Vaccaro 1988) en schreeuwen (Blackman e.a. 1979; Birchmore en Clague 1983; Pinkston en Linsk 1988; Hussian 1988). Als gedragsmodificatietechniek wordt gebruik gemaakt van verbale aansporing en prijzen, en zo nodig (bij ongepast eetgedrag) van interruptie en fysieke begeleiding.

Birchmore en Clague (1983) doen verslag van gedragsmodificatie bij een zeventigjarige blinde vrouw met seniele dementie, die werd behandeld ter vermindering van veelvuldig schreeuwen. De strategie bestond uit het belonen (over de rug wrijven) van de patiënt wanneer ze rustig was. De behandeling werd gedurende 27 dagen één uur per dag systematisch uitgevoerd. In vergelijking met de basismetingen bleek het schreeuwen bleek duidelijk af te nemen tijdens de behandelingssessies en ook een uur na de sessies was het effect nog meetbaar. Pinkston en Linsk (1988) doen verslag van een behandeling van een drieënzeventigjarige thuiswonende oudere met een seniele dementie van het Alzheimerstype, die frequent paranoïde opmerkingen maakte tegen zijn vrouw wanneer deze geen aandacht voor hem had of hem tijdelijk alleen liet. De behandeling, die bestond uit het negeren van deze opmerkingen en het prijzen van of aandacht geven aan positieve opmerkingen, bleek succesvol.

Remotivatie- en resocialisatietherapie

De eerste publikaties rondom remotivatie- en resocialisatiegroepen voor geïnstitutionaliseerde ouderen stammen uit de jaren zestig. De doelstellingen en werkwijze van deze vormen van groepstherapie liggen in elkaars verlengde.

Remotivatietherapie - Deze oorspronkelijk door Smith ontwikkelde behandeling voor chronisch schizofrene patiënten (Thralow en Watson 1974), is de afgelopen decennia veelvuldig toegepast bij opgenomen (psycho)geriatrie patiënten (Feil 1967; Wallen 1970; Storandt 1978; Abrahams e.a. 1979; Levy 1987). De groepen worden in Amerika over het algemeen geleid door verpleegkundigen die als remotivatietherapeut zijn getraind (Tolbert 1984). In de Nederlandse situatie staan vergelijkbare groepen onder leiding van activiteitenbegeleiders. De therapie is erop gericht om patiënten die zich in zichzelf hebben teruggetrokken, weer te interesseren voor hun omgeving. Met dit oogmerk worden zij individueel of in groepsverband gestimuleerd om de aandacht te richten op eenvoudige alledaagse onderwerpen en gebeurtenissen (geschiedenis, feestdagen, vakantie, voedsel, geld). In tegenstelling tot bij groepspsychotherapie worden onderwerpen die zouden kunnen samenhangen met emotionele problemen, zoals familierelaties, ziekte, institutionalisering, religie en seks, zo veel mogelijk vermeden (Barns e.a. 1973; Toepfer e.a. 1974; Levy 1987). De werkwijze tijdens de remotivatiegroepsbijeenkomsten is zeer gestructureerd en bestaat doorgaans uit vijf stappen. Allereerst wordt er een sfeer van acceptatie gecreëerd. Dan probeert de therapeut een brug te slaan naar de realiteit door de introductie van een onderwerp (bijvoorbeeld door middel van het voorlezen van een gedicht). Vervolgens wordt gediscussieerd over het onderwerp en daarna wordt men gestimuleerd te praten over werkzaamheden die men in de eigen actieve levensperiode heeft verricht. Ten slotte wordt de sessie samengevat door de therapeut en afgesloten in een sfeer van waardering. De therapie wordt zelfs bij ernstig demente patiënten toegepast (Birkett en Boltuch 1973). Janssen en Giberson (1988) voerden een gemodificeerde remotivatietherapie uit bij ouderen met matig tot ernstige cognitieve stoornissen (70% primair degeneratieve dementie) in een dagkliniek. Na afloop van de

behandelingsperiode vond een klinische evaluatie plaats onder betrokken personeelsleden. Hieruit kwam naar voren dat de patiënten meer interesse toonden in groepsactiviteiten, dat zij meer verbaal communiceerden en zich emotioneel meer uitten, dat concentratieproblemen bij enkele patiënten waren verminderd en dat sociale contacten zich ook buiten de therapie sessies voortzetten.

Resocialisatietherapie - Deze therapie is erop gericht om behalve de hernieuwde interesse voor de omgeving (het voornaamste doel van remotivatietherapie), sociale vaardigheden te verbeteren en interpersoonlijke relaties tussen deelnemers op gang te brengen (Barns e.a. 1973). Resocialisatietherapie is minder gestructureerd dan remotivatietherapie, en de onderwerpen die ter sprake worden gebracht betreffen veelal de directe omgeving of algemeen maatschappelijke thema's. Tijdens de discussies wordt de nadruk gelegd op het uiten van individuele gedachten en meningen. Ook deze therapievorm wordt in de Nederlandse situatie in het algemeen aangeboden door activiteitenbegeleiders. Een mooi voorbeeld van een resocialisatiegroep is de 'beer and social therapygroup' van Chien (1971), waarbij een groep oudere patiënten (onder hen een deel met functionele psychosen en een deel met een organisch hersensyndroom) vijf dagen per week één uur samenkwam in de ziekenhuis-'pub', waar zij een biertje dronken (zie ook Carroll 1978). Shoham en Neuschatz (1985) concluderen dat de sociale interactie toeneemt door deelname aan een resocialisatiegroep. Zij spreken zelfs van hechtere relaties. Bovendien viel het hun op dat de patiënten veel plezier aan de groeps gesprekken beleefden.

Reminiscentietherapie

In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen drie typen reminiscentie: eenvoudige of informatieve reminiscentie, evaluatieve reminiscentie en obsessief-defensieve reminiscentie (LoGerfo 1980; Thornton en Brotchie 1987; Rossaert 1989). Deze verschillende vormen komen echter in de kern overeen, in die zin dat het belang ervan niet lijkt te liggen in een realistische weergave van de eigen levensgeschiedenis, maar eerder in een cognitieve reconstructie daarvan (Lieberman en Falk 1971; Revere en Tobin 1980). De motieven hiertoe blijken zowel op het *intrapersoonlijke* als ook op het *interpersoonlijke* vlak te liggen (Romaniuk en Romaniuk 1981; Kaminsky 1984; Tarmann 1988).

Bij de *eenvoudige reminiscentie*, een niet-conflicteuze en ongedwongen vorm van herinneringen ophalen, gaat het enerzijds om het plezier dat men beleeft aan het reminisceren zelf, anderzijds om de toename van zelfwaardering en identiteitsgevoel die dit met zich brengt (Liton en Olstein 1969; Merriam 1980; Revere en Tobin 1980; Kaminsky 1984; Coleman 1986). Sommige auteurs wijzen in verband hiermee op de copingfunctie ten tijde van stress (Lewis 1971) en/of rouw (Atkins 1980). Door frequent te reminisceren zou het zelfbeeld minder aangetast raken en zouden er minder depressies optreden (Revere en Tobin 1980; Kaminsky 1984). Het ophalen van herinneringen zou ten slotte in de communicatie met anderen ook een gevoel van intimiteit kunnen creëren.

Evaluatieve reminiscentie, een tweede vorm, met onder meer een conflictoplossende functie, wordt bij ouderen op gang gebracht door de confrontatie met de naderende dood, het biologisch verval en het 'life-review'-proces (Butler 1963, 1974). Onderzoekresultaten blijken deze veronderstelling te bevestigen (Romaniuk en Romaniuk 1981). Door het persoonlijke verleden actief te evalueren en te reconstrueren zou men de balans opmaken van wat men in het leven bereikt heeft en trachten intrapsychische conflicten alsnog op te lossen. Dat reminisceren in de 'life-review'-vorm inderdaad positief gecorreleerd is met egoïntegriteit, werd aangetoond door Boylin e.a. (1976) en recent door Taft en Nehrke (1990).

De *obsessief-defensieve reminiscentie*, een pathologische vorm van herinneringen ophalen, komt voor wanneer de schuldgevoelens en de wanhoop met betrekking tot het verleden of heden zo overweldigend zijn dat men niet in staat is dit te accepteren. Daarnaast zou ze kunnen optreden

wanneer men niet de gelegenheid krijgt om conflicten uit het verleden op te lossen, bijvoorbeeld wanneer men in een institutionele omgeving verblijft die ertoe neigt dergelijke autonome processen bij patiënten te negeren (Molinari en Reichlin 1985; Poulton en Strassberg 1986). Obsessief-defensieve reminiscentie kan gepaard gaan met agitatie, depressie of suicidaliteit (LoGerfo 1980). Door zich te concentreren op de problematische ervaring en door opgekropte gedachten en gevoelens die hierbij naar voren komen alsnog te uiten, zou de oudere toch nog enige rust kunnen vinden in deze laatste levensfase.

Uitgaande van bovengenoemde functies van reminiscentie tracht men in reminiscentietherapie 'door middel van het opnieuw doorleven, structureren, integreren en uitwisselen van herinneringen het intra- en interpersoonlijk functioneren te verbeteren' (Bremers en Engel 1989, p. 130). Hulpmiddelen die daarbij worden gebruikt zijn o.m. autobiografieën, uitstapjes naar lokaties uit het verleden, fotoalbums, knipsel- en plakboeken, materialen/voorwerpen uit vroeger tijden en drama/rollenspel).

Het onderzoek naar het effect van reminiscentietherapie heeft zich tot op heden voornamelijk gericht op thuiswonende gezonde ouderen en op (niet-demente) ouderen wonende in verzorgingstehuizen (Dröes 1991). De onderzoeksresultaten bij ouderen met cognitieve stoornissen blijken nogal te variëren en het onderzoek is vaak anekdotisch van aard. Berghorn en Schäfer (1987), geïntrigeerd door de tegenstrijdige onderzoeksresultaten met betrekking tot reminiscentietherapie, onderzochten of er mogelijk een relatie bestond tussen veranderingen in gedrag, attitude en/of cognitief functioneren enerzijds en bepaalde karakteristieken van de deelnemers aan reminiscentiegroepen anderzijds. De meest voorkomende veranderingen als gevolg van de therapie bleken veranderingen in *attitude*. Positieve effecten traden met name op bij ouderen wier waarden en normen zich *niet* hadden aangepast aan die van het tehuis. De onderzoekers concluderen hieruit dat reminiscentiegroepen voor deze ouderen blijkbaar als een compensatie dienen, omdat door het praten over vroeger aandacht wordt besteed aan *hun* waarden en normen. Dit zou door de patiënt worden ervaren als een tegemoetkoming van de kant van het tehuis, waardoor diens houding ten opzichte van zichzelf en anderen milder zou worden. Ouderen die zich vanuit zichzelf al aanpassen aan de waarden van het instituut (gemeenschapszin, afhankelijkheid), zullen volgens de onderzoekers weinig baat hebben bij reminiscentiegroepen, maar eerder betrokken moeten worden bij gemeenschappelijke (groeps-)activiteiten.

Realiteitsoriëntatietraining

Realiteitsoriëntatietraining (ROT) is oorspronkelijk ontwikkeld door Folsom aan het eind van de jaren vijftig als een revalidatietechniek voor oudere (chronische) psychiatrische patiënten, om de verpleging aan te moedigen meer tijd te besteden aan persoonlijk contact met de patiënten en de patiënten te stimuleren tot activiteit (Folsom 1983). ROT werd met name gezien als een middel ter compensatie van de sensorische en emotionele deprivatie bij langdurige institutionalisatie. Wanneer ROT in de jaren zestig ook bij demente patiënten wordt toegepast, komt de nadruk meer te liggen op het stimuleren van intacte cognitieve functies om aldus de desoriëntatie en verwarring die veroorzaakt wordt door sensorische deprivatie en sociale isolatie te bestrijden. ROT vindt plaats in groepen en door middel van een 24-uursbenadering. Dit laatste betekent dat alle personeelsleden zijn geïnstrueerd om de patiënt gedurende de hele dag te betrekken bij de realiteit. Daarnaast worden in de materiële omgeving ook ondersteunende maatregelen getroffen (wegwijzers, tekstbordjes op deur van toilet en slaapkamer, etc.).

ROT is de laatste twee decennia uitgebreid toegepast en onderzocht in de verschillende behandelingsinstituten (Eysma 1982; Folsom 1983; Holden en Woods 1988). Bij nogal wat studies blijkt de onderzoekspopulatie echter slechts globaal te zijn omschreven ('psychogeriatrische patiënten', 'institutionalized elderly', 'disoriented elderly'), zodat niet direct duidelijk is bij welke

diagnostische groep(en) resultaten kunnen worden verwacht. De onderzochte programma's variëren van drie tot veertien weken en betreffen vooral de RO-klas-methode, in sommige gevallen werd deze gecombineerd met 24-uurs-RO (Gorissen 1985; Reeve en Ivison 1985) of een ruimtelijke oriëntatietraining op de afdeling (Hanley e.a. 1981). In andere gevallen volstond men met 24-uurs-RO en omgevingsmanipulatie (Williams e.a. 1987). Op een enkel onderzoek na werden er gunstige resultaten bereikt met de RO-klassen op oriëntatievragenlijsten c.q. cognitieve tests, zoals de Mini Mental State Examination (Folstein e.a. 1975). Omdat het hier niet alleen gaat om effectstudies met een methodologisch zwakker design (pre-experimenteel en quasi-experimenteel) maar ook om studies met een experimenteel design, mogen we aannemen dat realiteitsoriëntatietraining een effect heeft op het cognitief functioneren dat meer is dan een non-specifiek gevolg van een willekeurige interventie. De effecten zijn echter gering. Bovendien worden de aangeleerde vaardigheden over het algemeen niet *buiten* de trainingssituatie waargenomen. De laatste jaren wordt ROT dan ook haast niet meer in de vorm van de oorspronkelijke klasjes aangeboden. Bij ruimtelijke oriëntatietraining op de afdeling zijn bij *follow-up* na twee weken overigens nog wel meetbare effecten waargenomen (Hanley 1981): sommige patiënten blijken na training inderdaad beter de weg te vinden. De combinatie van 24-uurs-RO met omgevingsmanipulatie heeft een stabiliserend effect op gedragsymptomen, terwijl het cognitief functioneren erdoor wordt bevorderd (Williams 1987). De invloed van ROT op de stemming van de patiënten is tot nog toe nauwelijks onderzocht. De laatste jaren wordt meer en meer gepropageerd om ROT alleen te gebruiken wanneer men hiermee het controlegevoel van de demente patiënt denkt te kunnen versterken. Indien de patiënt zich in zijn beleving heeft teruggetrokken in het verleden, zou een validerende benadering (zie later) eerder zijn aangewezen.

Activiteitengroepen

De doelstellingen van therapeutische groepsactiviteiten kunnen als volgt worden samengevat (Woods en Britton 1977; Kartman 1979; Zachary 1984): *motiveren* (patiënten interesseren voor hun omgeving), *stimuleren* (appelleren aan cognitieve, sociale en lichamelijke mogelijkheden), *socialiseren* (patiënten de gelegenheid bieden om contacten met leeftijdgenoten op te doen, zichzelf te uiten en zinvolle sociale rollen te ontwikkelen), en *leren recreëren* (door het aanbieden van verschillende recreatieve activiteiten, leren dat men zijn [vrije] tijd voor een deel plezierig kan invullen met groepsactiviteiten).

In de literatuur worden verschillende activiteitenprogramma's voor demente ouderen beschreven (zie o.m. Bower 1967; Richman 1969; Dewdney 1973; Bloemendal 1983; Zachary 1984; Zgola 1988). Er worden tevens aanbevelingen gedaan met betrekking tot de aanpassing aan individuele behoeften en mogelijkheden van patiënten met verschillende mate van dementie (Gabelic e.a. 1974; Pierrehumbert e.a. 1978; Charatan 1984; McCrum Griffin en Matthews 1986). Voorbeelden van therapeutische groepsactiviteiten zijn: schilder- en tekengroepen, naai- en handenarbeidclubs, gymnastiekgroepen, Meer-Bewegen-voor-Ouderen-groepen, kook-, muziek-, zang- en zintuigstimuleringsgroepen.

Hoewel deze groepsactiviteiten het grootste deel beslaan van de psychosociale hulpverlening aan oudere patiënten, zijn zij tot op heden relatief weinig onderzocht op hun doelmatigheid bij de verschillende patiëntengroepen. De effectstudies bij ouderen met een seniele dementie zijn van recente datum. Hanley en Peele (1985) evalueerden een activiteitenprogramma bestaande uit *warming-up*-oefeningen, RO-activiteiten, muziek en tafelspel bij ernstig demente patiënten, die twee keer per week een dagklinik bezochten. Zij concludeerden dat muziekactiviteiten waarschijnlijk het succesvolst zijn bij deze patiënten, omdat ze emotionele reacties losmaken. Hierdoor wordt deze patiënten, die zich vaak verbaal niet meer goed kunnen uiten, een andere expressiemogelijkheid geboden. Zij constateerden bij de deelnemers aan het programma een vermindering van dwaalgedrag en een toename van besef van de sociale omgeving en plezier, een verbeterde communicatie, oriëntatie en participatie, een zorgzamer houding tegenover andere groepsleden, meer zelfvertrouwen en meer

zelfwaardering.

McGrowder-Lin en Bhatt (1988) experimenteerden met een activiteiten-programma voor demente patiënten (voornamelijk SDAT), dat dagelijks 1,5 uur in beslag nam en bestond uit muziek, lichamelijke oefening, zintuigstimulatie, dans, en een hapje en een drankje om tot deelname te stimuleren. Ze constateerden bij individuele patiënten onder meer een verbetering van eetlust, een toename van communicatieve vaardigheden en vermogen om deel te nemen aan eenvoudige alledaagse activiteiten en een vermindering van nachtelijke onrust en incontinentie.

Validation

Validation is een ondersteunende methode van psychosociale hulpverlening voor gedesoriënteerde ouderen (Feil 1982, 1989a). Ze wordt met name aanbevolen voor diegenen die in woord en daad blijken zich (tijdelijk) te hebben teruggetrokken in het verleden en hierin emoties ervaren die te maken hebben met onverwerkte conflicten c.q. verliezen uit het verleden. De methode is ten dele gebaseerd op een psychodynamisch *copingperspectief* (zie ook Verwoerd 1981). Zo wordt het proces van zich-terugtrekken opgevat als een (onbewuste) strategie van de dementerende om te ontsnappen aan de pijnlijke werkelijkheid van het heden. Door in de communicatie met de patiënt diens belevingen te exploreren, begrip en empathie hiervoor te tonen en deze direct te bevestigen (zonder ze verder te analyseren of te interpreteren), hoopt men dat de patiënt zich begrepen en geaccepteerd voelt. Door hem deze validerende ondersteuning in het heden te bieden zou de stress verminderen en het gevoel van eigenwaarde zich herstellen (Babins 1988; Morton en Bleathman 1988; Meulmeester e.a. 1989; Kihlgren e.a. 1990).

Naast dit copingperspectief wordt een *ontwikkelingsperspectief* gehanteerd. Uitgangspunt daarbij is de theorie van Erikson (1963), die het vinden van egoïntegriteit als laatste ontwikkelingstaak in de levenscyclus beschouwt. Om conflicten uit het verleden alsnog op te lossen zou men evaluatief reminisceren (zie eerder). Volgens Feil is deze ontwikkelingstaak voor de dementerende, mede gezien zijn cognitieve stoornissen, niet altijd meer goed te vervullen. Toch zullen ook bij deze ouderen, met name wanneer zij zich terugtrekken in het verleden, allerlei emotionele herinneringen naar boven komen. Door de oudere via empathische communicatie de gelegenheid te bieden en te stimuleren behalve de positieve gevoelens ook de conflictueuze gevoelens te uiten, zou de patiënt weliswaar geen inzicht, maar (in ieder geval tijdelijk) opluchting c.q. bevrijding kunnen ervaren ('resolution'). Gevoelens van integriteit kunnen hierdoor worden bevorderd. Volgens Feil (1985) is *resolution* voor gedesoriënteerde ouderen de laatste ontwikkelingstaak voor de dood. Worden zij hierin niet begrepen en gesteund, dan is volgens haar de kans op een verdere verbreking van het contact met de omgeving groot en daarmee tevens de kans op vegeteren.

De methode wordt uitgebreid door Feil in haar boek beschreven (1982, 1989). Ze bevat allereerst een aantal verbale en non-verbale empathische communicatietechnieken. Deze kunnen in de individuele omgang met patiënten worden toegepast en zijn afgestemd op gedesoriënteerde ouderen met verschillende gedragspatronen (door Feil 'stages of confusion' genoemd). Daarnaast geeft de methode aanwijzingen voor het opzetten en begeleiden van zogenoemde Validationgroepen. Deze groepen werken zeer gestructureerd en kennen over het algemeen de volgende onderdelen: een vast openingslied, een gesprek over een onderwerp dat universele gevoelens (angst, verdriet, plezier, liefde) oproept, een bewegingsspel, en een slotlied met koek en/of een drankje.

Resultaten van enkele gecontroleerde effectstudies hebben voorlopig uitgewezen dat 10 tot 11 weken deelname aan een Validationgroep kan leiden tot een verbetering van ADL-functies en een toename van verbale en non-verbale expressie tijdens de groepsbijeenkomsten (Babins 1988; Fritz 1986). Over het generalisatie-effect is tot nog toe weinig bekend, hoewel de praktijkervaringen positief zijn.

Normaliseren van leefpatroon en woonomgeving

De aanpassing van de sociale en materiële omgeving aan de behoefte van demente patiënten betreft twee soorten maatregelen. Zo tracht men aan de ene kant door manipulatie van de omgeving (wegwijzers, verlichting, kleuren, informatieborden, rangschikking van tafels en stoelen, activiteiten e.d.) in te spelen op de (blijvende) fysieke, sociale en cognitieve beperkingen van de patiënt, zodanig dat deze gecompenseerd worden en zogenoemde excess disabilities worden voorkomen. Men creert om de patiënt heen als het ware een prothetische omgeving, waardoor deze ondanks zijn beperkingen in staat wordt gesteld en geactiveerd wordt om zo zelfstandig mogelijk te blijven functioneren. Aan de andere kant worden er allerlei maatregelen getroffen om de institutionele setting als vervangende woonsituatie zo normaal mogelijk te laten zijn, zodat ze door de demente bewoner als een thuis kan worden ervaren. Het voorkomen van hospitalisatieverschijnselen en het verhogen van de levenskwaliteit zijn hier belangrijke doelstellingen (Beerthuizen 1981). Voorbeelden van dergelijke maatregelen in de afgelopen decennia zijn: het normaliseren van de maaltijd, koffie- en theevoorziening; begeleid boodschappen doen en koken; het zoeken naar een omgangsvorm met de individuele patiënt die door hem of haar als vertrouwd wordt ervaren (onder meer door bestudering van de levensgeschiedenis van patiënten); aanpassen van de meubilering/inrichting aan de wensen van de bewoner; creëren van een privé-domein en privacy voor de bewoner; scheppen van een vertrouwde omgeving (foto's, behoud van eigen bezittingen); meer (kleinere) huiskamers op één afdeling; de ruimte indelen in subruimten met een eigen functie (leeshoek, tv-hoek, eethoek), zodat men eerder geneigd is zich te verplaatsen en niet de hele dag op dezelfde stoel blijft zitten; huisdieren, en projecten voor eengezinswoningen (Woods en Britton 1977; Sjoers 1978; Peters en Spätjens 1983; Wattis en Church 1986; Peters en Duine 1987).

Reviews van effectstudies met betrekking tot normaliseringsinitiatieven bij geïnstitutionaliseerde psychogeriatrische patiënten zijn onder meer door Gottesman en Brody (1975), Lawton (1981), Mosher-Ashley (1986-1987), Levy (1987) en Holden en Woods (1988) geschreven. De effecten die hierbij over het algemeen worden waargenomen, kunnen worden samengevat als een toename van activiteit, sociale betrokkenheid, tevredenheid, geluk en controlegevoel, een verbeterde stemming en het bieden van mantelzorg aan andere bewoners. In een enkele studie werd ook een vermindering van incontinentie en gedragsproblemen gevonden (Mishara en Kastenbaum 1973; Mishara 1973). Cognitieve veranderingen (bijv. in geheugen of oriëntatie) of veranderingen in het ADL-functioneren werden niet gevonden. Deze effectstudies zijn alle bij gemengde steekproeven oudere patiënten uitgevoerd, zodat het niet duidelijk is welke effecten worden bereikt bij de verschillende diagnostische groepen.

Conclusies

Uit dit overzicht van psychosociale behandelingsvormen wordt duidelijk dat er de afgelopen twintig jaar in toenemende mate aandacht is ontstaan voor de belevingswereld van de demente oudere. Terwijl in de jaren zeventig nog de nadruk lag op gedragstherapeutische interventies, komen we de laatste jaren steeds meer behandelingsvormen tegen die uitgaan van psychodynamische en interactionele theorieën. Er ontstaat meer begrip voor het vaak bizarre gedrag van demente ouderen. Dit opent nieuwe perspectieven voor de hulpverlening aan deze patiëntengroep.

Ondanks de grote hoeveelheid onderzoek die de afgelopen twintig jaar is gedaan op het terrein van de psychogeriatrische hulpverlening, heeft men zich opvallend weinig gericht op specifieke diagnostische groepen. Het merendeel van de onderzoekers onderzocht gemengde populaties (psycho)geriatrische patiënten van wie de diagnoses veelal alleen summier (of niet) worden vermeld. Omdat in slechts een gering aantal effectstudies gebruik wordt gemaakt van een experimenteel design (pretest-posttest controlgroup design) en er een grote variatie bestaat in de onderzochte variabelen, dienen we

terughoudend te zijn met het trekken van conclusies over de doelmatigheid van individuele interventiemethoden bij de behandeling van specifieke psychosociale problemen. Goed opgezet onderzoek, waarbij zowel ten aanzien van de diagnose als ten aanzien van algemenere psychologische en sociale factoren controlemaatregelen genomen worden, zal hierover in de toekomst uitsluitsel moeten bieden.

Het geheel overziend kunnen we wel concluderen dat de meeste vormen van psychosociale behandeling positieve resultaten te zien geven op cognitief, sociaal dan wel emotioneel gebied. Het therapeutisch nihilisme dat in het verleden de psychogeriatrische zorg zo heeft beheerst lijkt hiermee langzamerhand wel te zijn weerlegd.

Literatuur

Abrahams, J.P., H.F. Wallach en S. Divens (1979), Behavioral improvement in long-term geriatric patients during an age-integrated psychosocial rehabilitation program. *Journal American Geriatric Society*

, 27, p. 218-221.

Åkerlund, B.M., en A. Norberg (1986), Group psychotherapy with demented patients. *Geriatric Nursing*, 7, p. 83-84.

Allen, K.S., en R.P. Steinkohl (1987), Yoga in a geriatric mental clinic. *Activities, Adaptation & Aging*, 9, p. 61-68.

Arenberg, D., en E.A. Robertson-Tchabo (1977), Learning and aging. In: J.E. Birren en K.W. Schaie (red.), *Handbook of the psychology of aging*. Van Nostrand Reinhold, New York, p. 421-449.

Atkins, A.L. (1980), Research finds distortions in diagnosis of elderly. *Psychiatric News*, 15, p. 7-32.

Babins, L. (1988), Conceptual analysis of Validation therapy. *International Journal of Aging and Human Development*, 26, p. 161-168.

Barns, E.K., A. Sack en H. Shore (1973), Guidelines to treatment approaches. *The Gerontologist*, 14, p. 513-527.

Beerthuisen, J. (1981), Het leefbare verpleeghuis. *Intermediair*, 17e jrg., 1/2-9 januari.

Berger, L.F., en M.M. Berger (1973), A holistic group approach to psychogeriatric outpatients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 23, p. 432-444.

Berghorn, F.J., en D.E. Schäfer (1987), Reminiscence intervention in nursing homes: What and who changes? *International Journal Aging and Human Development*, 25, p. 113-127.

Bircher-Beck, L.M. (1983), Kurzpsychotherapie mit psychogeriatrischen Patientengruppen. In: H. Radebold (red.), *Gruppenpsychotherapie im Alter*. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, p. 86-90.

Birchmore, T., en S. Clague (1983), A behavioral approach to reduce shouting. *Nursing Times*, 79, p. 37-39.

- Birkett, D.P., en B. Boltuch (1973), Remotivation therapy. *Journal American Geriatric Society*, 21, p. 368-371.
- Blackman, D.K., C. Gehle en E.M. Pinkston (1979), Modifying eating habits of the institutionalized elderly. *Social Work Research & Abstracts*, 18, p. 18-24.
- Bloemendal, G. (1983), *Demente bejaarden, activiteiten en omgang*. Intro, Nijkerk.
- Bolk-Weisedel, D. (1985), Analytische psychotherapie im höheren Lebensalter. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 127, p. 54-58.
- Bower, H.M. (1967), Sensory stimulation and the treatment of senile dementia. *The medical Journal of Australia*, 1, p. 1113-1119.
- Boylin, W., S.K. Gordon en M.F. Nehrke (1976), Reminiscing and ego integrity in institutionalized elderly males. *The Gerontologist*, 16, p. 118-124.
- Bremers, P.G.V.M., en M. Engel (1985), *In de ban van de herinnering. Een literatuuronderzoek naar reminiscentie bij ouderen*; Doctoraalscriptie, Rijksuniversiteit Utrecht.
- Burgio, L.D., K.L. Burgio, B.T. Engel e.a. (1986), Increasing distance and independence of ambulation in elderly nursing home residents. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 19, p. 357-366.
- Burgio, L.D., B.T. Engel, A. Hawkins e.a. (1990), A staff management system for maintaining improvements in continence with elderly nursing home residents. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23, p. 111-118.
- Burnside, I.M. (1978), *Working with the elderly: Group processes and techniques*. North Scituate, Duxbury.
- Butler, R.N. (1963), The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, p. 65-76.
- Butler, R.N. (1974), Successful aging and the role of the life review. *Journal American Geriatric Society*, 22, p. 529-535.
- Carroll, P.J. (1978), The social hour for geropsychiatric patients. *Journal American Geriatric Society*, 26, p. 32-35.
- Charatan, F.B. (1984), Mental stimulation and deprivation as risk factors in senility. In: A. Rothschild (red.), *Risk factors for senility*. Oxford University Press.
- Chien, C.P. (1971), Psychiatric treatment for geriatric patients: 'Pub' or drug. *American Journal Psychiatry*, 127, p. 110-115.
- Clark, B.A., M.G. Wade, B.H. Massey e.a. (1975), Response of institutionalized geriatric mental patients to a twelve-week program of regular physical activity. *Journal of Gerontology*, 30, p. 565-573.
- Coleman, P. (1986), Issues in the therapeutic use of reminiscence with elderly people. In: I. Hanley en M. Gilhooly (red.), *Psychological therapies for the elderly*. Croom Helm, London.

Coppenolle, H. van (1990), Psychomotor therapy and adapted physical activity: defining the concepts. In: *Better by moving. Proceedings of the 2nd International Symposium Psychomotor Therapy and adapted physical activity. Leuven 1989*. Acco, Leuven/Amersfoort.

Cox, K.G. (1985), Milieu therapy. *Geriatric nursing*, 6, p. 152-154.

Dewdney, I. (1973), An art therapy program for geriatric patients. *American Journal of Art therapy*, 12, p. 249-254.

Diesfeldt, H.F.A., en H. Diesfeldt-Groenendijk (1977), Improving cognitive performance in psychogeriatric patients: the influence of physical exercise. *Age and Aging*, 6, p. 58-64.

Dröes, R.M. (1991), *In Beweging; over psychosociale hulpverlening aan demente ouderen*. Intro, Nijkerk.

Dye, C.J., en J.T. Erber (1981), Two group procedure for the treatment of nursing home patients. *The Gerontologist*, 21, p. 539-544.

Erikson, E.H. (1963), *Childhood and society*. W.W. Norton and Company, New York.

Ernst, P. (1977), Treatment of the aged mentally ill: further unmasking of the effects of a diagnosis of chronic brain syndrome. *Journal American Geriatric Society*, 25, p. 466-469.

Eysma, I.D. (1982), Realiteitsoriëntatietraining: een voorlopige evaluatie. *Tijdschrift Gerontologie & Geriatrie*, 13, p. 107-113.

Fahrenfort, J. (1986), *Psychomotorische therapie; een onderzoek naar het gebruik van bewegings- en lichaamsgeorienteerde methoden in de psychiatrie*. VU-uitgeverij, Amsterdam.

Fann, W.E., en J.C. Wheless (1981), Treatment and amelioration of psychopathologic affective states in the dementias of late life. In: N.E. Miller en G.D. Cohen (red.), *Clinical Aspects of Alzheimer's Disease* (Aging, Vol. 15), Raven Press, New York.

Feil, N. (1967), Group therapy in a home for the aged. *The Gerontologist*, 7, 192-195.

Feil, N. (1982), *V/F Validation: the Feil method*. Feil Productions, Cleveland, Ohio.

Feil, N. (1985), Resolution: The final life task. *Journal of Humanistic Psychology*, 25, p. 91-105.

Feil, N. (1989), *Validation. Een nieuwe benadering in de omgang met demente bejaarden*. Versluys, Almere.

Folsom, J.C. (1983), Reality orientation. In: B. Reisberg (red.), *Alzheimer's Disease*. The Free Press, New York/London.

Folstein, M.F., S.E. Folstein en P.R. McHugh (1975), Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, p. 189-198.

Fritz, P.A. (1986), *The language of resolution among the old-old*. Speech Communication Association Convention, Chicago, Illinois.

- Gabelic, I., D. Breitenfeld, M. Grubisic e.a. (1974), Musiktherapie im geriatrischen Klub. *Anali Klinicke Bolnice*, 13, p. 258-263.
- Gilewski, M.J. (1986), Group therapy with cognitively impaired older adults. *Clinical Gerontologist*, 5, p. 281-296.
- Goldberg, W.G., en J.J. Fitzpatrick (1980), Movement therapy with the aged. *Nursing Research*, 29, p. 339-346.
- Goldfarb, A.I., en H. Turner (1953), Psychotherapy of aged persons. II Utilization and effectiveness of brief therapy. *American Journal Psychiatry*, 109, p. 916-921.
- Gorissen, J.P. (1985), Een onderzoek naar het effect van realiteitsoriëntatie-training op een groep psychogeriatrische patiënten. *Tijdschrift Gerontologie & Geriatrie*, 16, p. 235-239.
- Götestam, K.G. (1980), Behavioral and psychodynamic psychotherapy with the elderly. In: J. Birren en B. Sloane (red.), *Handbook of mental health and aging*. Englewood Cliffs, Prentice Hall, p. 775-805.
- Götestam, K.G., en L. Melin (1990), The effect of prompting and reinforcement of activity in elderly demented inpatients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 31, p. 2-8.
- Gottesman, L., en E. Brody (1975), Psychosocial intervention programs within the institutional setting. In: S. Sherwood (red.), *Long-term care*. Spectrum Publ. Inc., New York.
- Haber, D. (1988), A health promotion program in ten nursing homes. *Activities, Adaptation and Aging*, 11, p. 75-84.
- Hanley, I.G. (1981), The use of signposts and active training to modify ward disorientation in elderly patients. *Journal Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 12, p. 241-247.
- Hanley, I.G., R.J. McGuire en W.D. Boyd (1981), Reality orientation and dementia: A controlled trial of two approaches. *British Journal Psychiatry*, 138, p. 10-14.
- Hanley, O., en K. Peele (1985), An active occupational therapy programme for the severely demented patient in a psychogeriatric day hospital. *Occupational Therapy* 48, p. 336-338.
- Held, M., P.M. Rasohoff en P. Goehner (1984), A comprehensive treatment program for severely impaired geriatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, p. 156-160.
- Holden, U.P., en R.T. Woods (1988), *Reality Orientation; psychological approaches to the 'confused' elderly*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Hungenaert, R., en R. Schaekers (1982), Psychomotorische therapie voor psychogeriatrische patiënten. *Vlaams Tijdschrift voor Psychomotorische therapie*, 9, p. 190-206.
- Hussian, R.A. (1988), Modification of behaviors in dementia via stimulus manipulation. *Clinical Gerontologist*, 8, p. 37-43.
- Ingebretsen, R. (1977), Psychotherapy with the elderly. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 14, p. 319-332.

- Janssen, J.A., en D.L. Giberson (1988), Remotivation Therapy. *Journal of Gerontological Nursing*, 14, p. 31-34.
- Johnson, D.R., S.L. Sandel en M.B. Margolis (1982), Principles of group treatment in a nursing home. *The Journal of Long-term Care Administration*, p. 19-24.
- Joraschky, P. (1986), Psychotherapie im höheren Lebensalter. *Nervenheilkunde*, 5, p. 186-189.
- Karl, C.A. (1982), The effect of an exercise program on self-care activities for the institutionalised elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 8, p. 282-285.
- Kartman, L.L. (1979), Therapeutic group activities in nursing homes. *Health and Social Work*, 4, p. 135-144.
- Kaminsky, M. (1984), The uses of reminiscence: a discussion of the formative literature. *Journal of Gerontological Social Work*, 7, p. 137-156.
- Kihlgren, M., A. Hallgren, A. Norberg e.a. (1990), Effects of the training of integrity-promoting care on the interaction at a long-term ward. *Scandinavian Journal Caring Science*, 4, p. 21-28.
- Knight, B., en H. Buijssen (1989), *Psychotherapie met oudere volwassenen*. Intro, Nijkerk.
- Koevoets, G., P. van den Heede en R. Vervloet (1979), De psychogeriatrische patiënt in psychomotorische therapie. *Vlaams Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 6, 23-25.
- Kouwenhoven, M. (1977), Meer bewegen voor geronto-psychiatrische patiënten. *Tijdschrift Psychomotorische Therapie*, 4, p. 151-175.
- Krebs-Roubicek, E.M. (1989), Group therapy with demented elderly. *Progressive Clinical Biological Research*, 317, p. 1261-1272.
- Lawton, M.P. (1981), Sensory Deprivation and the effect of the environment on management of the patient with senile dementia. In: N.E. Miller en G.D. Cohen (red.), *Clinical aspects of Alzheimer's Disease and Senile dementia* (Aging, 15), Raven Press, New York.
- Lazarus, L.W. (1980), Self psychology and psychotherapy with the elderly; theory and practice. *Journal Geriatric Psychiatry*, 13, p. 69-88.
- Lazarus, L.W., en J. Sadavoy (1988), Psychotherapy with the elderly. In: L.W. Lazarus (red.), *Essentials of Geriatric Psychiatry*. Springer Publ. Comp., New York, p. 147-173.
- Leszcz, M., E. Feigenbaum, J. Sadavoy e.a. (1985), A men's group: psychotherapy of elderly men. *International Journal Group psychotherapy*, 35, p. 177-196.
- Leuchter, A.F., en L.F. Jarvik (1987), Drug treatment of dementia. In: Burrows, Norman en Davies (red.), *Antimanics, anticonvulsants and other drugs in psychiatry*. Elsevier Science Publishers BV, 371-384.
- Levy, L.L. (1987), Psychosocial intervention and dementia, Part 1: State of the art, future directions. *Occupational Therapy in Mental Health*, 7, p. 69-107.

- Lewis, C.N. (1971), Reminiscence and self-concept in old age. *Journal of Gerontology*, 26, p. 240-243.
- Lewis, P. (1987), Therapeutic change in groups; an interactional perspective. *Small Group Behavior*, 18, p. 548-556.
- Lewis, M.I., en R.N. Butler (1974), Life review therapy. *Geriatrics*, 29, p. 165-173.
- Lieberman, M.A., en J.M. Falk (1971), The remembered past as a source of data for research on the life cycle. *Human Development*, 14, p. 132-141.
- Linden, M.E. (1953), Group psychotherapy with institutionalized senile women: study in gerontologic human relations. *International Journal of Group Psychotherapy*, 3, p. 150-170.
- Liton, J., en S.C. Olstein (1969), Therapeutic aspects of reminiscence. *Social Casework*, 50, p. 263-268.
- LoGerfo, M. (1980), Three ways of reminiscence in theory and practice. *International Journal Aging and Human Development*, 12, p. 39-48.
- Maletta, G.J. (1988), Management of behavior problems in elderly patients with Alzheimer's disease and other dementias. *Clinics in Geriatric Medicine*, 4, p. 719-747.
- Manaster, A. (1972), Therapy with the senile geriatric patient. *International Journal of Group Psychotherapy*, 22, p. 250-257.
- McGrowder-Lin, R., en A. Bhatt (1988), A wanderer's lounge program for nursing home residents with Alzheimer's Disease. *The Gerontologist*, 28, p. 607-609.
- McCrum Griffin, R., en M.H. Matthews (1986), The selection of activities: a dual responsibility. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 4, 105-112.
- Meerlo, J.A.M. (1971), Ervaringen met psychotherapie bij bejaarden. *Nederlands Tijdschrift voor Gerontologie*, 2, p. 160-169.
- Meichenbaum, D. (1974), Self-instructional strategy training: a cognitive prosthesis for the aged. *Human Development*, 17, p. 273-280.
- Menks, F., S. Sittler, D. Weaver e.a. (1977), A psychogeriatric activity group in a rural community. *The American Journal of Occupational Therapy*, 31, p. 381-384.
- Merriam, S. (1980), The concept and function of Reminiscence: a review of the research. *The Gerontologist*, 20, p. 604-609.
- Meulmeester, F., D. Moes en A. Bijlsma (1989), Validation, een andere benadering van dementie. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 43, p. 673-677.
- Mishara, B.L. (1973), Self-injurious behavior and environmental change in the institutionalized elderly. *International Journal Aging and Human Development*, 4, p. 133-145.
- Mishara, B.L., en R. Kastenbaum (1973), Self-injurious behavior and environmental change in the institutionalized elderly. *International Journal Aging and Human Development*, 4, p. 133-145.

- Molinari, V., en R.E. Reichlin (1985), Life review reminiscence in the elderly: a review of the literature. *International Journal Aging and Human Development*, 20, p. 81-92.
- Molloy, D.W., D.A. Beerschoten, M.J. Borrie e.a. (1988b), Acute effects of exercise on neuropsychological function in elderly subjects. *Journal American Geriatric Society*, 36, p. 29-33.
- Molloy, D.W., L. Delaquerriere Richardson en R.G. Grilly (1988a), The effects of a three-month exercise programme on neuropsychological function in elderly institutionalized woman: a randomised controlled trial. *Age and Aging*, 17, p. 303-310.
- Morton, I., en C. Bleathman (1988), Reality Orientation: Does it matter whether it's tuesday or friday? *Nursing Times*, 84, p. 25-27.
- Mosher-Ashley, P.M. (1986-87), Procedural and methodological parameters in behavioral-gerontological research: a review. *International Journal Aging and Human Development*, 24, p. 189-229.
- Myers, W.A. (1984), *Dynamic therapy of the older patient*. Jason Aronson Inc., New York.
- Nash, D.L., J. Broome en S. Stone (1987), Behavior modification of pica in a geriatric patient. *Journal American Geriatric Society*, 35, p. 79-80.
- Norberg, A., en E. Athlin (1989), Eating problems in severely demented patients. *Nursing Clin. of North America*, 24, p. 781-789.
- Nouws, A. (1988), Een cursus geheugentraining voor ouderen; een eerste beschrijving van opzet, organisatie en mogelijke effecten. *Tijdschrift Gerontologie & Geriatrie*, 19, p. 211-214.
- Oberleder, M. (1970), Crisistherapy in mental breakdown of the ageing. *The Gerontologist*, 10, p. 11-114.
- Peters, H.J.M., en T.J. Duine (1987), Het project 'Genormaliseerd Wonen' van verpleeghuis 'De Landrijt' te Eindhoven. Enkele uitkomsten van een experiment in de psychogeriatrische zorg. *Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie*, 18, p. 187-191.
- Peters, H.J.M., en J.G.A. Spätjens (1983), 'Normaal' wonen en leven ook mogelijk voor psychogeriatrische patiënten. *Het Ziekenhuis*, 13, p. 738-742.
- Petzold, H. (1985), *Mit alten Menschen arbeiten; Bildungsarbeit, Psychotherapie, Soziotherapie*. Verlag J. Pfeiffer, München.
- Pierrehumbert, B., J.G. Boula, A. Mouflin e.a. (1978), *Journal Social Psychiatry*, 13, p. 85-92.
- Pinkston, E.M., en N.L. Linsk (1988), *Care of the elderly: A family approach*. Pergamon Press Inc., New York/Oxford.
- Poulton, J.L., en D.S. Strassberg (1986), The therapeutic use of reminiscence. *International Journal Group Psychotherapy*, 36, p. 381-398.
- Powell, R.R. (1974), Psychological effects of exercise therapy upon institutionalized geriatric mental patients. *Journal of Gerontology*, 29, p. 157-161.

- Powell, L., D. Felce en J. Jenkins e.a. (1979), Increasing engagement in a home for the elderly by providing and indoor gardening activity. *Behavior Research & Therapy*, 17, p. 127-135.
- Probst, M. (1980), Beschouwingen rond psychomotorische therapie bij psychogeriatrische patiënten. *Vlaams Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 7, p. 28-39.
- Radebold, H. (1983), *Gruppenpsychotherapie im Alter*. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, p. 64-74.
- Radebold, H. (1989a), Psycho- und soziotherapeutische Behandlungsverfahren. In: D. Platt (red.), *Handbuch der Gerontologie*, Band V: Neurologie, Psychiatrie, Gustaf Fischer Verlag, Stuttgart/New York, p. 418-444.
- Radebold, H. (1989b), Psychotherapie. In: K. Kisker, H. Lauter, J. Meijer e.a. (red.), *Alterpsychiatrie 8: Psychiatrie der Gegenwart*. Springer Verlag, Berlijn, p. 313-347.
- Reeve, W., en D. Ivison (1985), Use of environmental manipulation and classroom and modified informal reality orientation with institutionalized, confused elderly patients. *Age and Aging*, 14, p. 119-121.
- Reifler, B.V., E. Larson, L. Teri e.a. (1986), Dementia of the Alzheimer's Type and depression. *Journal American Geriatric Society*, 34, p. 855-859.
- Revere, V., en S.S. Tobin (1980-81), Myth and reality: the older persons' relationship to his past. *International Journal Aging and Human Development*, 12, p. 15-26.
- Richman, L. (1969), Sensory training for geriatric patients. *The American Journal of Occupational Therapy*, 23, p. 252-257.
- Rijsdorp, K. (1977), *Gymnologie*. Het Spectrum, Utrecht/Antwerpen.
- Rimm, D.C., en J.C. Masters (1974), *Behavior therapy: techniques and empirical findings*. Academic Press, New York.
- Rinke, C.L., J.J. Williams en K.E. Lloyd (1978), The effects of prompting and reinforcement on self-bathing by elderly residents of a nursing home. *Behavior Therapy*, 9, p. 873-881.
- Romaniuk, M., en J.G. Romaniuk (1981), Looking back: an analysis of reminiscence functions and triggers. *Experimental Aging Research*, 7, p. 477-489.
- Ronde, C. de, en J. Kamm (1990), *Over geheugen gesproken; een cursus voor ouderen*. Intervakgroep Sociale Gerontologie, Katholieke Universiteit Nijmegen, Intro, Nijkerk.
- Rossaert, I. (1989), Reminiscentie: leven en werken met herinneringen. *Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie*, 20, p. 167-168.
- Rovner, B.W., J. Lucas-Blaustein, M.F. Folstein e.a. (1990), Stability over one year in patients admitted to a nursing home dementia unit. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, p. 77-82.
- Sadavoy, J., en A. Robinson (1989), Psychotherapy and the cognitively impaired elderly. In: D.K. Conn, A. Grek, J. Sadavoy (red.), *Psychiatric consequences of brain disease in the elderly*. Plenum Press, New York, p. 101-135.

Sandel, S.L. (1987), Expressive group therapy with severely confused patients. *Activities, Adaptation and Aging*, 9, p. 117-128.

Saul, S.R., en S. Saul (1974), Group psychotherapy in a proprietary nursing home. *Gerontologist*, 14, p. 446-450.

Schnelle, J.F., B. Traugher, D.B. Morgan e.a. (1983), Management of geriatric incontinence in nursing homes. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 16, p. 235-241.

Schwab, M., J. Rader en J. Doan (1985), Relieving the anxiety and fear in dementia. *Journal Gerontological Nursing*, 11, p. 8-15.

Shoham, H., en S. Neuschatz (1985), Group therapy with senile patients. *Social Work*, p. 69-72.

Sjoers, J. (1978), Vakantiehuisjes en zelf koken; experimenten in een psychogeriatrisch verpleeghuis. *Tijdschrift voor bejaarden-, kraam-, en ziekenverzorging*, 11, p. 427-430.

Sparacino, J. (1978-79), Individual psychotherapy with the aged: A selective review. *International Journal Aging and Human Development*, 9, p. 197-220.

Stamford, B.A., W. Hambacher en A. Fallica (1974), Effects of daily physical exercise on the psychiatric state of institutionalized geriatric mental patients. *Research Quarterly American Association for Health, Physical Education and Recreation*, 45, p. 34-41.

Stetter, F., en W. Stuhlman (1987), Autogenes Training bei gerontopsychiatrischen Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie*, 20, p. 236-241.

Storandt, M. (1978), Introduction to section 3: Therapy with the aged. In: M. Storandt, I.C. Siegler en M.F. Elias (red.), *The clinical psychology of aging*. Plenum Press, New York, p. 197-198.

Taft, L.B., en M.F. Nehrke (1990), Reminiscence, life review and ego integrity in nursing home residents. *International Journal Aging and Human Development*, 30, p. 189-196.

Tarman, V.I. (1988), Autobiography: the negotiation of a lifetime. *International Journal Aging and Human Development*, 27, p. 171-191.

Thornton, S., en J. Brotchie (1987), Reminiscence: A critical review of the empirical literature. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, p. 93-111.

Thralow, J.U., en C.G. Watson (1974), Using elementary school students. *The American Journal of Occupational Therapy*, 28, p. 469-473.

Toepfer, C.T., A.T. Bichnell en D.D. Shaw (1974), Remotivation as behavior therapy. *The Gerontologist*, 14, p. 451-453.

Tolbert, B.M. (1984), Reality Orientation and remotivation in a long-term-care facility. *Nursing & Health Care*, 5, p. 40-44.

Tross, S., en J.E. Blum (1988), A review of group therapy with the older adult: practice and research. In: B.W. MacLennan, S. Saul, M.B. Weiner e.a. (red.), *Group psychotherapies for the elderly*. American Group Psychotherapy Ass., Monograph Series (5), International Universities Press, Madison, Conn.

- Vaccaro, F. (1988), Succesfull operant conditioning procedures with an institutionalized aggressive geriatric patient. *International Journal Aging and Human Development*, 26, p. 71-79.
- Verwoerd, A. (1981), Individual psychotherapy in senile dementia. In: N.E. Miller en G.D. Cohen (red.), *Clinical aspects of Alzheimer's disease and senile dementia* (Aging, 15). Raven Press, New York.
- Vink, M.T. (1991), *Geheugentraining voor ouderen*. Geriatrie Informatorium, Samson/Stafleu, Alphen a/d Rijn-Brussel, 23, D1130, p. 1-13.
- Wächtler, C. (1983), Analytisch orientierte Gruppentherapie in einer psychogeriatrischen Tagesklinik. In: H. Radebold (red.) *Gruppenpsychotherapie im Alter*. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, p. 64-74.
- Wallen, V. (1970), Motivation therapy with the aging geriatric veteran patient. *Military Medicine*, 135, p. 1007-1010.
- Warmelink, C. (1990), Leren anders met het geheugen om te gaan. *Leeftijd*, 2, p. 28-30.
- Wattis, J.P., en M. Church (1986), Neuropsychological assessment and the environment. In: Wattis, J.P. en M. Church (red.), *Practical psychiatry of old age*. Croom Helm, London, p. 141-167.
- Welden, S., en J.A. Yesavage (1982), Behavioral improvement with relaxation training in senile dementia. *Clinical Gerontologist*, 1, 45-49.
- Whalley, L.J. (1989), Drug treatments of dementia. *British Journal of Psychiatry*, 155, p. 595-611.
- Williams, R., W. Reeve, D. Ivison e.a. (1987), Use of environmental manipulation and modified informal reality orientation with institutionalized, confused elderly subjects: a replication. *Age and Aging*, 16, p. 315-318.
- Williams, M., H. Robach en J. Pro (1980), A geriatrics 'growth group'. *Group*, 4, p. 43-49.
- Wisner, E. en M. Green (1986), Treatment of a demented patients' anger with cognitive-behavioral strategies. *Psychological Reports*, 59, p. 447-450.
- Wolff, K. (1971), Individual psychotherapy with geriatric patients. *Psychosomatics*, 12, p. 89-93.
- Woods, R.T., en P.G. Britton (1977), Psychological approaches to the treatment of the elderly. *Age and Aging*, 6, p. 104-112.
- Woods, R.T., en P.G. Britton (1985), *Clinical psychology with the elderly*. Croom Helm, London/Australia.
- Wragg, R.E., en D.V. Jeste (1988), Neuroleptics and alternative treatments. *Psychiatric Clinics of North America*, 11, p. 195-213.
- Yates, J. (1987), Project pup: the percieved benefits to nursing home residents. *Anthrozoös*, 1, p. 188-192.
- Yesavage, J.A. (1984), Relaxation and memory training in 39 elderly patients. *American Journal of Psychiatry*, 141, p. 778-781.

Yesavage, J.A. en T.B. Karasu (1982), Psychotherapy with elderly patients. *American Journal of Psychotherapy*, 36, p. 41-55.

Zachary, R.A. (1984), Day care within an institution. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 3, p. 61-67.

Zgola, J.M. (1988), *Doing things; a guide to programming activities for persons with Alzheimer's disease and related disorders*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore/London.

Zwanikken, W., en Janssens, M. (1977), Psychotherapie voor ouderen; een literatuur overzicht. *Nederlands Tijdschrift Gerontologie*, 8, p. 124-133.

Summary: Psychosocial treatment for demented elderly patients

In this article an overview is given of ten different methods of psychosocial treatment for dementia patients, such as psychotherapy, psychomotor therapy, behavior modification, remotivation and resocialisation therapy, reminiscence groups, reality orientation training, activity groups, Validation and normalisation of the living pattern and the environment.

It becomes clear that in the past two decennia there is an increasing interest for the experiences of the elderly person. Whereas in the seventies most interventions were behavior therapeutic, in the recent years more and more treatment methods are based on psychodynamic and interactional theories. There is an increasing comprehension for the often bizar behavior of demented elderly people. This opens perspectives for the treatment of this group of patients.

De auteur is als senior-onderzoeker verbonden aan de vakgroep psychiatrie van de Vrije Universiteit, Valeriusplein 9, 1075 BG Amsterdam.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 9-9-1994.