

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



THEMANUMMER

*CGT bij oudere
volwassenen*

JAARGANG 54 NUMMER 4 DECEMBER 2021

Het tijdschrift *Gedragstherapie* wordt uitgegeven door Uitgeverij Boom in opdracht van Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie, waarin participeren de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie en de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie. Het tijdschrift verschijnt viermaal per jaar: in maart, juni, september & december

Doelstelling

Tijdschrift *Gedragstherapie* heeft als doelstelling het publiceren van wetenschappelijk onderzoek (inclusief psychometrisch onderzoek), theoretische artikelen, literatuuroverzichten, case-studies en boekbesprekingen op het gebied van cognitieve gedragstherapie.

Redactie

Elske Salemink, *hoofredacteur*
Elise Debeer
Hermien Elgersma
Arnold van Emmerik
Kristof Hoorelbeke
Jaap Lancee
Miriam Lommen
Margreet Oorschot
Sara Scheveneels
Sandra Verbeken
Janneke Wolters, *redactiesecretaris*

Redactieraad

dr. Anika Bexkens, prof. dr. Claudy Bockting,
prof. dr. Paul Boelen, prof. dr. Theo K.
Bouman, prof. dr. Caroline Braet, dr.
Suzanne van Bronswijk, dr. Vincent van
Bruggen, prof. dr. Iris Engelhard, dr. Klaske
Glashouwer, prof. dr. Dirk Hermans, prof.
dr. Jan de Houwer, prof. dr. Jos de Keijser,
dr. Ellen R. Klaassens, dr. Rianne de Kleine,
em. prof. dr. Kees Korrelboom, prof. dr.
Ernst Koster, prof. dr. Marije van der Lee,
prof. dr. Sandra Mulkens, prof. dr. Saskia
van der Oord, dr. Kaya Peerdeman, prof. dr.
Rudi De Raedt, prof. dr. Filip Raes, dr.
Jeffrey Roelofs, prof. dr. Agnes Scholing,
prof. dr. Christiaan Schotte, prof. dr. Anne
Speckens, prof. dr. Philip Spinhoven, prof.
dr. Johan Vlaeyen, dr. Marisol Voncken,
prof. dr. Reinout Wiers, dr. Lidewij Wolters

Redactieadres

Suikerplein 65
1013 CJ Amsterdam
redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl

Website

www.tijdschriftgedragstherapie.nl
tv.g.boomtijdschriften.nl

Uitgever

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam

Advertenties

klantenservice@boompsychologie.nl

Typografische verzorging

LINE UP boek en media bv, Groningen
(opmaak)
René van der Vooren, Amsterdam
(basisontwerp)

© 2021

Boom uitgevers Amsterdam/
Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie

Abonnementenadministratie

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam
(020) 520 0120
abonnementen@bua.nl

Abonnementen

Leden en deelnemers van de VGCT en van de VVGT ontvangen *Gedragstherapie*, inclusief toegang tot het digitale archief, als onderdeel van hun lid- of deelnemerschap.

Voor de actuele prijzen en mogelijke abonnementsvormen, zie:
www.tijdschriftgedragstherapie.nl.

Abonnementenwetgeving

Vanwege de aard en inhoud van de uitgave wordt u geacht het abonnement in het kader van uw beroep of bedrijf te ontvangen en niet als consument op te treden in de zin van de artikelen art. 236 en 237 boek 6 BW. Mocht dit anders zijn, dan bent u gehouden dit binnen één maand na abonneren per e-mail, telefonisch, schriftelijk of anderszins bij de abonnementenadministratie van de



.....

Met veel plezier kondig ik dit themanummer over cognitieve gedragstherapie voor oudere volwassenen aan. In de wandelgangen en op congressen verneem ik vaak dat themanummers zeer gewaardeerd worden, en ik hoop van harte dat de uitgave die nu voor je ligt, ook zo gewaardeerd zal worden door jullie.

Dit nummer richt zich op ouderen. Voor velen mogelijk een minder bekende doelgroep vanuit het werkperspectief en vandaar ook dat het als onderwerp gekozen is natuurlijk. Voor mij persoonlijk is het een onderwerp dat privé juist heel bekend is. Ik groeide op met een vader die als fysiotherapeut in een verpleeghuis werkte en hoorde via hem vele enthousiaste en bevlogen verhalen over deze doelgroep. Laten besloten mijn beide zussen ook met ouderen te gaan werken; de een als fysiotherapeut, de ander als gz-psycholoog. Dus er kwamen nog meer verhalen over ouderen op familiefeestjes.

Gert-Jan Hendriks en Richard Oude Voshaar zijn de drijvende kracht geweest achter dit themanummer. Zij hebben het geïnitieerd, uitgedacht, auteurs benaderd en gezorgd dat er nu zo'n mooi en samenhangend nummer is. Het start met twee bijdragen over diagnostiek en vervolgens komen er maar liefst zes bijdragen over diverse behandelingen, waaronder gedragsactivatie, cognitieve therapie, life review en ook schematherapie bij ouderen. Ik ga dit fraaie nummer in elk geval zeker goed lezen, zodat ik er meer kennis over heb in de werkcontext, maar vooral ook om indruk te maken op mijn vader en zussen.

Op deze plaats dank ik alle auteurs die een bijdrage hebben geleverd en met name ook Gert-Jan Hendriks en Richard Oude Voshaar. Zij beginnen het themanummer met een voorwoord.

Elske Salemink
Hoofdredacteur

.....

Het laatste nummer van *Gedragstherapie* na een bewogen 2021 is een themanummer, en wel over CGT bij oudere volwassenen. In dit nummer staat het snelst groeiende deel van de Nederlandse populatie centraal, de oudere volwassenen. In Nederland zullen in 2030 meer dan 4 miljoen inwoners 65 jaar of ouder zijn, en hiervan zijn er naar schatting 1,2 miljoen ouder dan 80 jaar. Dit wordt ook wel de ‘dubbele vergrijzing’ genoemd. Deze veroudering van de bevolking leidt tot grote uitdagingen op vele sociaal-maatschappelijke terreinen, en dus ook op ons terrein, de geestelijke gezondheidszorg. In dit themanummer nemen wij, Richard Oude Voshaar en Gert-Jan Hendriks, de gastredacteuren van dit nummer, u mee in verschillen en overeenkomsten tussen patiënten ouder dan 65 jaar en jonger dan 65 jaar wat betreft diagnostiek en psychologische behandelingen van de meest voorkomende psychische stoornissen.

We starten met een bijdrage van onszelf over verschillen in diagnostiek en presentatie van angststoornissen en depressies. De herkenning van angststoornissen en depressies bij ouderen is complexer en gebrekiger dan bij 18-65-jarige volwassenen met deze stoornissen en draagt mede bij aan een lagere verwijzratio voor gerichte psychologische behandelingen. We vervolgen met een bijdrage van Bas van Alphen die een aantal praktische handvatten aanreikt voor de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Daarna beschrijven Noortje Janssen en Marcus Huibers hoe gedragsactivatie ingezet kan worden bij de behandeling van ouderen met depressieve klachten. Zij constateren dat deze zeer geschikt is voor toepassing door de verpleegkundig ondersteuner in de huisartsenpraktijk. Ouderen komen gemiddeld vaker bij de huisarts, met somatische klachten, dan jongere volwassenen. We vervolgen met een bijdrage van Tanja Su, Noortje Janssen en Patricia van Oppen over hoe de gebruikelijke cognitieve gedragstherapie voor depressieve stoornissen met enige aanpassingen effectief ingezet kan worden bij ouderen. Life Review, ook wel reminiscentietherapie genoemd, is een bewezen effectieve, gestructureerde, korte psychologische behandeling waarbij het narratief van de depressieve oudere patiënt centraal staat. Gerben Westerhof en Ernst Bohlmeier beschrijven op inzichtelijke, aansprekende wijze deze interventie. Gert-Jan Hendriks, Noortje Janssen, Rosanne van den Berg en Richard Oude Voshaar vervolgen met een overzicht van de effecten van cognitieve gedragstherapie bij ouderen met angst- en dwangstoornissen en PTSS, en benadrukken dat er geen enkele reden is om op voorhand de reguliere CGT op grond van enkel de leeftijd aan te passen. Denise Hanssen en Dorine van Driel laten zien dat cognitief-gedragsthera-

peutische interventies zich prima lenen voor toepassing bij ouderen met zowel verklaarde als onverklaarde somatische problematiek. We sluiten af met beschrijving van de toepassing van schematherapie bij ouderen met persoonlijkheidsproblematiek door Silvia van Dijk en Martine Veenstra. Hun uitgebreide casusbeschrijving illustreert hoe ook op oudere leeftijd hardnekkige, maladaptieve patronen met psychotherapie kunnen verbeteren.

Met dit themanummer hopen wij een lans te breken voor systematische toepassing van de gebruikelijke psychologische interventies bij de meest voorkomende psychische stoornissen op oudere leeftijd.

Veel leesplezier!

Gert-Jan Hendriks
Richard Oude Voshaar
gastredacteurs

Diagnostiek bij ouderen met angststoornissen en depressies

GERT-JAN HENDRIKS & RICHARD OUDE VOSHAAR

Samenvatting

Angststoornissen en depressies zijn ook bij ouderen de meest prevalentie psychische stoornissen. De herkenning ervan lijkt echter complexer dan bij 18- tot 65-jarigen met deze stoornissen. Ziektebelasting en beperkingen in het functioneren zijn ook bij ouderen onverminderd groot. Toch is de verwijzingsratio voor een gerichte eerste psychologische behandeling een factor 3 tot 4 lager dan op grond van prevalentie verwacht mag worden. Dit blijkt uit diverse studies. De belangrijkste factoren die dit veroorzaken zijn stereotiepe opvattingen over ouderen, en veranderingen in de presentatie en fenomenologie van klachten en symptomen. Hierdoor kan de zorgprofessional op een dwaalspoor worden gebracht. Het doel van deze bijdrage is inzicht verschaffen in de factoren die diagnostiek en behandeling belemmeren. Hiermee krijgt de zorgprofessional handvatten om de klinische besluitvorming bij ouderen met angststoornissen en depressies te optimaliseren.

Trefwoorden: diagnostiek, ouderen, angststoornissen, depressies

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Zowel bij angststoornissen als depressies doen zich met de leeftijd samenhangende veranderingen voor in de presentatie van klachten en symptomen.
- ▶ Stereotiepe opvattingen en vooroordelen over ouderen kunnen de klinische besluitvorming ongunstig beïnvloeden.
- ▶ Bewustwording van stereotiepe opvattingen, vooroordelen en met de leeftijd samenhangende veranderingen in de fenomenologie van angststoornissen en depressies is nodig om het risico op onderdiagnostiek en onderbehandeling te verminderen bij ouderen met deze stoornissen.

INLEIDING

.....

De meest prevalentie psychische stoornissen gedurende het leven zijn angststoornissen en depressieve stoornissen. Er is echter sprake van leeftijdsgerelateerde verschillen in prevalentie, incidentie, ontstaansleeftijd (*age of onset*), presentatie, fenomenologie en zorggebruik. In deze bijdrage over diagnostiek bij ouderen met angststoornissen en depressies nemen we de lezer mee in deze verschillen. Centraal daarbij staat dat ouderen met deze stoornissen in vergelijking met hun jongere tegenhangers een grotere kans hebben op onderdiagnostiek en onderbehandeling. We bespreken een aantal factoren die hieraan bijdragen, met als doel instrumenten aan te reiken om deze stoornissen bij ouderen beter te herkennen en daarmee ook gericht te behandelen.

Voor de goede orde merken we op dat wij met ‘ouderen’ de groep volwassenen van 65 jaar en ouder bedoelen. Echter, in de wetenschappelijke literatuur wordt de ondergrens voor ‘ouderen’ wisselend bij 55 tot 65 jaar gelegd. De lezer dient zich er bewust van te zijn dat het merendeel van de beschikbare literatuur doorgaans de groep ‘jongere’ ouderen betreft, namelijk in het leeftijdsgebied tussen 55 en 75 jaar.

ONDERDIAGNOSTIEK EN ONDERBEHANDELING ZIJN BIJ OUDEREN DE
REGEL

.....

Prevalentie

.....

Diverse epidemiologische studies wijzen uit dat zowel angststoornissen als depressies ook bij ouderen de meest prevalentie stoornissen zijn. In de Verenigde Staten vond de National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R) een *lifetime* prevalentie voor angststoornissen en depressies van respectievelijk 15% en 12% (Kessler et al., 2005). De Europese MentDis_ICF65+ studie vond *lifetime* prevalenties voor angststoornissen en depressies van respectievelijk 25% en 14% (Andreas et al., 2017). Na correctie voor de specifieke fobie (die meestal beperkte lijdensdruk geeft en weinig invloed heeft op het functioneren) is de *lifetime* prevalentie voor angststoornissen nog steeds meer dan 16%. Men dient hierbij wel rekening te houden met verschillen in onderzoeksmethodologie, waardoor epidemiologische studies onderling verschillende prevalentiecijfers kunnen rapporteren.

Onderbehandeling

207

Ondanks de hoge prevalentie krijgen de meeste oudere patiënten met angststoornissen of depressies geen gerichte behandeling. Een opvallend contrast met de groep 18- tot 65-jarigen is dat ouderen een factor 3 tot 4 minder vaak verwezen worden voor gerichte behandeling van een depressieve of angststoornis. Dit is over de afgelopen 20 jaar een tamelijk consistent patroon. Het werd voor het eerst duidelijk in grote epidemiologische studies in de Verenigde Staten (Mackenzie et al., 2012; Wang et al., 2005). Dit patroon werd ook duidelijk bij het grote project Improving Access to Psychological Therapy (IAPT) in het Verenigd Koninkrijk. Het aantal ouderen met depressies en angststoornissen dat voor gerichte psychologische behandeling werd verwezen was 6% van dat van 18- tot 65-jarigen met deze stoornissen. Dat is een factor 3 lager dan op basis van prevalentie verwacht mocht worden (Pettit et al., 2017). Een dataset van Indigo (generalistische basis-ggz) die wij voor nadere analyse tot onze beschikking hebben gekregen, laat voor ouderen een identiek verwijspatroon zien als het IAPT-project.

Onderdiagnostiek

Een potentieel belangrijke verklaring voor deze bevindingen is een gebrekkige herkenning van depressies en angststoornissen bij ouderen, in vergelijking met de jongere volwassenen. Ongeveer twee derde van de depressieve oudere patiënten wordt in de eerste lijn niet als zodanig herkend en krijgt dus ook geen gerichte behandeling (Licht-Strunk et al., 2009). Bij ouderen met angststoornissen lijkt dit zelfs nog sterker het geval te zijn. Zij hebben een nog veel lagere kans op een gerichte behandeling, vergeleken met depressieve ouderen. Zo blijkt uit data van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) dat slechts 7% van de ouderen met een angststoornis een antidepressivum krijgt voorgeschreven en 14% wordt verwezen voor psychologische behandeling (Schuurmans et al., 2005).

DIFFERENTIATIE TUSSEN ANGSTSTOORNISSEN EN DEPRESSIES IS BELANGRIJK

De eerdergenoemde NCS-R-studie toonde aan dat angststoornissen en depressies verschillen wat betreft ontstaansleeftijd (Kessler et al., 2005). Ongeveer 75% van de angststoornissen ontstaat voor het 21ste levensjaar, waarbij de mediane ontstaansleeftijd op 11 jaar ligt. Slechts 1% van de angststoornissen ontstaat na het 65ste levensjaar. Het beeld bij depressies is anders. De mediane ontstaansleeftijd daarvan ligt op 30 jaar, terwijl 75% van

de depressies zich voor de eerste keer manifesteert vóór het 43ste levensjaar en toch nog zo'n 5% na het 65ste levensjaar.

Er bestaat de neiging om angststoornissen en depressies bij ouderen niet meer van elkaar te onderscheiden en te spreken van een 'gemengd angst-depressief syndroom' (Flint, 2005). Inderdaad is comorbiditeit van angststoornissen en depressies vaak de regel (Penninx et al., 2021). LASA-data hebben echter laten zien dat de prevalentie van gemengd angst-depressieve syndromen lager is dan vooraf werd verondersteld (Schoevers et al., 2000). Hoewel angststoornissen en depressies bij ouderen vaak gezamenlijk voorkwamen, bleken er meer verschillen dan overeenkomsten (Beekman et al., 2000; van Balkom et al., 2000). Van de ouderen met angststoornissen had 25% een comorbide depressie en ongeveer de helft van de ouderen met een depressie had een comorbide angststoornis. Ook het risicoprofiel bleek te verschillen. Ouderen met depressies werden gekenmerkt door een hogere ontstaansleeftijd en ervoeren minder zelfregie. Het risicoprofiel bij ouderen met een angststoornis was complexer, met meer premorbide kwetsbaarheid en actuele sociaal-maatschappelijke stressoren. Recente bevindingen van de Nederlandse Studie naar Depressie bij Ouderen (NESDO) bevestigen dat het belangrijk is om depressies en specifieke angststoornissen bij ouderen van elkaar te onderscheiden, en dat het beloop ongunstiger is wanneer dit niet gebeurt (van der Veen et al., 2014, 2015).

ANGSTSTOORNISSEN EN DEPRESSIES BIJ OUDEREN ZIJN GEEN GERING GEZONDHEIDSPROBLEEM

.....

Hoewel men soms veronderstelt dat met het vorderen van de leeftijd ook de ernst van angststoornissen en depressies afneemt, wordt dit niet gestaafd door onderzoek. De ziektelast is ook bij ouderen met angststoornissen en depressies onverminderd groot (Grenier et al., 2011; Hohls et al., 2018; Vos et al., 2012). De eerdergenoemde frequent voorkomende comorbiditeit van angststoornissen en depressies bij ouderen draagt evident bij aan deze ziektelast (Hek et al., 2011; King-Kallimanis et al., 2009; van Balkom et al., 2000). Op oudere leeftijd is er een groter risico op somatische problematiek, wat ook weer het risico op angst en depressiviteit vergroot (El-Gabalawy et al., 2011). Ook hier lijkt sprake te zijn van een wederkerige relatie. Wanneer er zich op oudere leeftijd een angststoornis of depressie voordoet, neemt het risico op cardiovasculaire ziekte toe (Huffman et al., 2008), is het beloop van oncologische therapie ongunstiger (Hasegawa et al., 2019; Klaassen et al., 2019) en is er ook een hoger overlijdensrisico (Brenes et al., 2007; van Hout et al., 2004). Ook zonder zulke somatische comorbiditeit draagt het hebben van angststoornissen en depressies op oudere leeftijd bij aan verminderde kwaliteit van leven en hogere gezondheidszorgkosten, en ligt de levenskwa-

liteit zelfs lager dan die in geval van somatische morbiditeit (Hohls et al., 2018; Puvill et al., 2016; Simning & Seplaki, 2020).

MET DE LEEFTIJD SAMENHANGENDE VARIABLEN DIE DE DIAGNOSTIEK COMPLICEREN

.....

Het is zowel opmerkelijk als ongewenst dat ondanks de hoge prevalentie van angststoornissen en depressies bij ouderen er relatief weinig ouderen met deze stoornissen een gerichte psychologische behandeling krijgen. Het lijkt daarom aannemelijk dat er factoren zijn die het diagnostische en verwijzingsproces bemoeilijken. Er zijn in dit verband twee variabelen die eruit springen: (1) factoren die samenhangen met leeftijdsdiscriminatie en stereotiepe opvattingen over ouderen en het proces van ouder worden, en (2) factoren die samenhangen met leeftijdgerelateerde veranderingen in presentatie en fenomenologie. Deze twee variabelen worden in de nu volgende paragrafen besproken.

Leeftijdsdiscriminatie en stereotypering (ageism)

.....

Vooroordelen, discriminatie op grond van leeftijd en negatieve stereotiepe opvattingen over ouderen worden ook wel samengevat onder de term *ageism* (Ayalon & Tesch-Römer, 2017). Dit kan ongemerkt voorkomen bij hulpverleners in zowel de eerstelijnszorg als de ggz, bij ouderen zelf en in hun sociale omgeving. Ageism kan ertoe leiden dat klachten van ouderen ten onrechte als passend bij de leeftijd worden geïnterpreteerd, waardoor de juiste diagnose wordt gemist (Burroughs et al., 2006; Chew-Graham et al., 2012; Licht-Strunk et al., 2009; Wolitzky-Taylor et al., 2010) of een hogere leeftijd als ongeschikt wordt beschouwd voor toepassing van veranderingsgerichte psychotherapie (Chew-Graham et al., 2012; Kessler et al., 2015). Verder kan ageism leiden tot onderdiagnostiek en de klinische besluitvorming ongunstig beïnvloeden. Dat dit fenomeen wijdverbreid is, maar grotendeels onder de radar blijft, was voor de Wereldgezondheidsorganisatie reden om er een webpagina over in te richten (WHO, 2021).

Een van de belangrijkste onderzoekers op dit terrein is Becca Levy, de grondlegger van de Stereo Embodiment Theory (SET) (Levy, 2009). De belangrijkste pijlers van SET zijn het ontstaan en de internalisatie van stereotiepe opvattingen op jonge leeftijd die op oudere leeftijd geactiveerd kunnen worden. Zo bleek uit onderzoek bij 80 Facebook-groepen ($n = \pm 25.000$ personen, gemiddelde leeftijd 29 jaar) dat negatieve opvattingen over leeftijd en ouderen al op jonge leeftijd algemeen en wijdverbreid waren, en sterk discriminerende kenmerken hadden (Levy et al., 2014). Experimenteel onderzoek uit de groep van Levy vond dat het negatief dan wel positief primen van leeftijd de prestaties van oudere proefpersonen op een geheugen- of fysieke

taak in dezelfde richting beïnvloedde (Levy & Leifheit-Limson, 2009). Deze studies zijn slechts twee voorbeelden die de theorie van Levy onderbouwen.

Een meta-analyse uit 2020 over de effecten van ageïsme toonde negatieve effecten op gezondheid en welbevinden aan. Verminderde toegankelijkheid van gezondheidszorg, verminderde toegankelijkheid tot werk en een negatieve impact op zowel de mentale als de fysieke gezondheid waren de belangrijkste effecten (Chang et al., 2020). De impact van deze effecten wordt onderschat en draagt tevens substantieel bij aan hogere zorgkosten, die met zo'n 15% blijken toe te nemen (Levy et al., 2020).

Er zijn een aantal studies die laten zien dat ageïsme een duidelijke rol speelt bij ouderen met depressie. Een overzichtsstudie bij huisartsen in het Verenigd Koninkrijk gericht op verwijzing van ouderen met depressieve klachten voor behandeling, bracht duidelijke knelpunten naar voren in de diagnostiek, herkenning en het verwijsbeleid (Frost et al., 2019). Samengevat waren de belangrijkste bevindingen dat huisartsen ertoe neigden depressiviteit op oudere leeftijd toe te schrijven aan sociaal isolement en eenzaamheid, en dat ze een gemis ervoeren aan gerichte interventies om dit te doorbreken. Tevens werd depressiviteit in verband gebracht met (en als een begrijpelijke reactie beschouwd op) het verlies van de partner, een ernstige ziekte (bijvoorbeeld kanker), of toenemende fysieke fragiliteit en achteruitgang in het algemeen functioneren. Dat sociaal isolement en eenzaamheid ook een gevolg kunnen zijn van een eventuele depressieve stoornis werd niet overwogen. Evenmin werd overwogen dat een depressie geluxeerd kan worden door het verlies van de partner of afnemende somatische gezondheid en toenemende fragiliteit. Daarnaast was evident dat vanwege beperkte consulttijd en drukte op reguliere spreekuren somatische kwesties de meeste aandacht kregen, zeker wanneer er sprake was van verhoogde fysieke kwetsbaarheid, waardoor gerichte screening op depressiviteit uitbleef.

Ook bij ggz-professionals, zelfs als zij werkzaam zijn binnen de ouderenpsychiatrie, kunnen zich ongemerkt vertekeningen voordoen in de klinische besluitvorming. Een Duitse onderzoeksgroep vond dat psychotherapeuten zich lieten leiden door leeftijd en daarmee samenhangende interne opvattingen bij de keuze van het type psychotherapie en de prognose. Men veronderstelde bij ouderen met depressies meer rigiditeit, minder mogelijkheden tot verandering en minder inzicht in de eigen problematiek, en schatte de kans op een goede behandeluitkomst ongunstiger in dan bij hun jongere tegenhangers (Kessler & Blachetta, 2020; Kessler & Schneider, 2019).

Hoewel bij ouderen met angststoornissen geen onderzoek is gedaan naar ageïsme, lijkt het aannemelijk dat ook bij hen vergelijkbare fenomenen spelen. Er lijkt ten aanzien van ouderen een meer algemene neiging te bestaan om symptomen en klachten die samenhangen met angststoornissen te beschouwen als ondergeschikt aan depressieve klachten (van der Veen et al., 2021). Huisartsen in het Verenigd Koninkrijk lijken sowieso terughoudend te zijn in het stellen van een diagnose binnen het domein van de angststoornissen.

nissen, omdat zij bang zijn daarmee de patiënt te stigmatiseren, terwijl patiënten het juist op prijs stellen als een duidelijke diagnose wordt gesteld (Archer et al., 2021). Dit sluit aan bij Nederlandse bevindingen onder 18- tot 65-jarigen, waarbij er een grote praktijkvariatie onder huisartsen gevonden wordt. In het algemeen worden angstsymptomen de laatste jaren wel beter herkend, maar in de huisartspraktijk veelal specifiek gedocumenteerd als algemeen psychisch probleem (Janssen et al., 2012). Echter, als huisartsen moeilijkheden ondervinden bij de herkenning van specifieke angststoornissen bij jongere volwassenen, dan is aannemelijk dat dit ook – en misschien nog wel sterker – het geval zal zijn bij ouderen met angststoornissen.

Bovenstaande bevindingen maken duidelijk dat stereotiepe beelden en vertekeningen over ouderen ongemerkt het klinisch besluitvormingsproces kunnen beïnvloeden. Het is dus belangrijk dat hier aandacht voor komt in onderwijs zowel aan universiteiten als op beroepsopleidingen voor zorgprofessionals.

Belemmeringen in de herkenning en diagnostiek

Een tweede factor die onderdiagnostiek en onderbehandeling van ouderen met angststoornissen en depressies in de hand kan werken, is de met de leeftijd samenhangende verandering in de presentatie van klachten en symptomen. Kennis van deze leeftijdgerelateerde fenomenologische veranderingen is nuttig om de diagnostiek bij ouderen te optimaliseren en om samen met hen tot betere klinische besluiten te komen.

Vergeleken met 18- tot 65-jarigen herkennen ouderen angst- en depressieve symptomen minder goed bij zichzelf (Wetherell et al., 2009). Een depressieve oudere presenteert zich bij de huisarts vaak met een lichamelijke klacht (zoals vermoeidheid, pijn of geheugenverlies) of met een algemene achteruitgang in het functioneren (zoals verlies van zelfzorg, slecht eten en drinken, of medicatie-ontrouw). Veel ouderen zijn zich niet bewust dat dergelijke klachten een symptoom kunnen zijn van een onderliggende depressieve stoornis. Binnen de groep ouderen blijkt weer dat zij angstsymptomen, zoals duizeligheid of hartkloppingen, minder goed bij zichzelf herkennen dan depressieve symptomen. Ruim 65% van met angststoornissen samenhangende symptomen wordt door ouderen niet als zodanig herkend (Wetherell et al., 2009). Samen met de neiging om angst- en depressieve symptomen te accepteren als passend bij de levensfase, kan dit verklaren waarom ouderen er minder op gericht zijn om hulp te vragen bij angst- en depressieve klachten. Daarnaast kan er sprake zijn van een met de leeftijd samenhangende veranderende fenomenologie van angststoornissen en depressies die het risico op over- en onderdiagnostiek vergroot.

Bij de bespreking van de stoornisspecifieke, leeftijdgerelateerde verschillen en overeenkomsten in de diagnostiek en fenomenologie van angststoornissen en depressies worden we belemmerd door het schaarse onderzoek dat

ernaar is verricht. Wat betreft angststoornissen hebben we ervoor gekozen om beschikbare gegevens uit de literatuur per angststoornis te beschrijven. Wat betreft depressieve stoornissen is dit niet mogelijk. Echter, bij de bestudering van depressies bij oudere volwassenen is er (in tegenstelling tot angststoornissen) wel het nodige onderzoek voorhanden over de relatie met cognitieve achteruitgang, fysieke achteruitgang en kwetsbaarheid, en over hiermee mogelijk samenhangende doodswensen. Hieronder volgt daar een korte beschrijving van.

LEEFTIJDGERELATEERDE OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN BIJ ANGSTSTOORNISSEN

.....

Duidelijk is dat bij ouderen vaker somatische ziekten voorkomen die angstsymptomen kunnen maskeren, zoals hart- en vaatziekten of chronische longaandoeningen (Wolitzky-Taylor et al., 2010). Zo kunnen hartkloppingen, druk op de borst, benauwdheid en duizeligheid zich voordoen bij hart- en vaatziekten en longaandoeningen, maar tevens deel uitmaken van de angstsymptomatologie van een paniekstoornis of de begeleidende paniekaanvallen bij een andere angststoornis. Echter, ook met angststoornissen samenhangende emotionele symptomen, zoals piekeren, overmatige bezorgdheid en vrees, worden in vergelijking met jongere volwassenen minder snel toegeschreven aan een angststoornis (zie ook: Wetherell et al., 2009). Daarnaast gaan veel somatische ziekten gepaard met reactieve, bij de somatische ziekte passende en reële angst en bezorgdheid. Onderscheid maken met pathologische angst en bezorgdheid kan dan soms lastig zijn.

Een ander belangrijk verschil met jongere volwassenen is dat ouderen naarmate hun leeftijd vordert een grotere kans lopen op cognitieve achteruitgang. Dit kan leiden tot meer zorgen en onzekerheid, en een gevoeligheid tot overmatig piekeren uitlokken, of zelfs tot paniekaanvallen leiden, wanneer het overzicht over alledaagse situaties, zoals het plannen van huishoudelijke activiteiten, afneemt. Verschillende cohortstudies hebben aangetoond dat angststoornissen gepaard gaan met een verhoogd risico op dementie. De empirische gegevens wijzen er echter meer op dat angst een prodromaal verschijnsel is bij dementie, in plaats van oorzakelijk geassocieerd met een beginnend dementieel proces (Gulpers et al., 2016).

Normale biologische veroudering, in combinatie met psycho-emotionele rijping, kan de fysiologische, emotionele en cognitieve representatie van angststoornissen beïnvloeden, en leiden tot verschillen in symptomatologie tussen oudere en jongere volwassenen met angststoornissen. Over het algemeen neemt bij ouderen de intensiteit van zowel fysiologische, emotionele als cognitieve aspecten van de angststoornis af, in vergelijking met de jongere leeftijdsgroepen. De schaarse studies die dit soort leeftijdsspecifieke symptoomverschillen hebben onderzocht zijn echter grotendeels uitge-

voerd onder niet-klinische populaties (Gould & Edelstein, 2010). Hierdoor kan de presentatie van angststoornissen minder uitgesproken zijn (Wolitzky-Taylor et al., 2010). Ook in de spreekkamer onderscheiden ouderen met angststoornissen zich van hun jongere tegenhangers. Zij verwoorden specifieke angstsensaties en daarmee samenhangende cognities minder vlot, en spreken er eerder in algemene, enigszins diffuse termen over, zoals ‘nervositeit’, ‘onrust’, en dergelijke. Een algemene richtlijn om de ernst van een angststoornis goed in te schatten is om vooral te kijken naar beperkingen in het dagelijks functioneren en vermijdingsgedrag. Deze blijken namelijk niet af te nemen in vergelijking met jongere leeftijdsgroepen (Hendriks et al., 2014).

Gegeneraliseerde-angststoornis

Bij ouderen met een gegeneraliseerde-angststoornis (GAS) is veruit het meeste onderzoek verricht naar leeftijdsverschillen wat betreft symptomatologie en representatie. Gemiddeld genomen neemt het aantal symptomen met het ouder worden af (Miloyan, Byrne et al., 2014). Concentratieproblemen, maag-darmklachten en duizeligheid komen bij ouderen met een GAS vaker voor dan bij jongeren. Ook de piekerthema's verschillen. Ouderen met een GAS piekeren vooral overmatig over gezondheid en hun naaste familie. Onder jongere volwassenen met een GAS wordt vooral overmatig gepeikerd over geldzaken, werk en relaties.

Paniekstoornis en agorafobie

Het onderzoek dat verricht is bij ouderen met paniekstoornissen en agorafobie benoemt vooral de afname in fysiologische symptomatologie als een belangrijk argument om te veronderstellen dat met het ouder worden de ernst afneemt (Flint et al., 1998; Hendriks et al., 2010; Sheikh et al., 2004). Op een klachtspecifieke zelfinvulvragenlijst werd inderdaad gevonden dat ouderen minder op controleverlies georiënteerde angstcognities vermeldden (zoals de angst om gek te worden, de controle te verliezen, zich belachelijk te maken of flauw te vallen) dan jongere volwassenen (Hendriks et al., 2010). Echter, wij vonden dat de ernst van vermijdingsgedrag – dat beschouwd kan worden als een maat voor ernst en impact van deze stoornissen – niet verandert met de leeftijd (Hendriks et al., 2014). Het is dus aan te raden vermijdingspatronen goed uit te vragen, teneinde een betere indruk te krijgen van de ziektelast.

Sociale-angststoornis

De centrale criteria voor sociale angst lijken niet onderhevig aan leeftijdsinvloeden. Wel lijkt de ernst van sociale angst af te nemen met het ouder

worden (Miloyan, Bulley et al., 2014). Een vroege ontstaansleeftijd (die vaak voorkomt bij sociale angst), in combinatie met een chronisch beloop, is belangrijk om te onderscheiden, en wel vanwege de overlap met de vermijding-persoonlijkheidsstoornis (Friborg et al., 2013). De enige prospectieve studie naar sociale-angststoornissen bij ouderen concludeert dat het beloop bij ouderen niet altijd chronisch hoeft te zijn. De helft van de ouderen met sociale angst blijkt deze stoornis na 5 jaar niet meer te hebben. Echter, met een incidentie van 2% en een prevalentie van 4% blijft sociale angst ook op oudere leeftijd een prevalentie angststoornis (Karlsson et al., 2010). Bij ouderen met sociale angst dient men alert te zijn op beperkingen in het dagelijks functioneren, vooral om (onnodige) eenzaamheid en sociaal isolement te voorkomen.

Specifieke fobie

Zowel de ernst als de prevalentie van de specifieke fobie blijkt bij ouderen te zijn gehalveerd omstreeks het 80ste levensjaar. Dit is vooral het geval bij fobieën die gepaard gaan met heftige angstreacties zonder grote sociale impact (Sigström et al., 2016). Dit sluit aan bij wat hierboven is opgemerkt over een leeftijdgerelateerde afname van de angstfysiologie.

Valangst

Valangst is een met oudere leeftijd samenhangende overmatige zorg en vrees om te vallen. De aandoening komt voor bij ongeveer 30% van de ouderen die nog nooit zijn gevallen en bij zo'n 50% van hen die een recente valpartij hebben meegemaakt (Parry et al., 2016). Centraal hierbij staan anticipatieangst, onzekerheid en gebrek aan zelfvertrouwen tijdens het lopen. Dit luxueert sociale vermijding en agorafobie, en vermijding van zelfstandig lopen en wandelen. Door vermijding en onnodig gebruik van wandelstok of rollator neemt de loopmotoriek af.

Angst voor dementie

Een andere met hogere leeftijd samenhangende angststoornis is de ongerechtvaardigde angst voor cognitieve achteruitgang en dementie. Die wordt gekenmerkt door een catastroferende interpretatie van normale vergeetachtigheid, waar overmatig over wordt gepiekerd. Als er bovendien depressieve klachten voorkomen, neemt ook de overmatige zorg om dement te worden toe. Opvallend genoeg lijken deze zorgen juist bij oudere ouderen weer af te nemen (Cutler & Brăgaru, 2015, 2017).

TABEL 1 *Leeftijdgerelateerde fenomenologische verschillen bij angststoornissen*

	18 tot 65 jaar	65 jaar en ouder
Algemeen	Minder emotionele controle	Meer emotionele controle
	Meer fysiologische arousal	Minder fysiologische arousal
	Fysieke angst is een negatieve predictor	Cognitieve angst is een negatieve predictor
	Vermijding is meer invaliderend	Sociale steun compenseert beperkingen
	Meer psychische comorbiditeit	Meer somatische comorbiditeit
Paniekstoornis en agorafobie	Paniek aanvallen meer prominent	Minder specifieke angstcognities Vermijding is betere ernstmaat
Sociale-angststoornis	Vaker ernstiger	Ernst neemt af Vermijding niet verwarren met eenzaamheid
Gegeneraliseerde-angststoornis	Piekeren over geld, werk en relaties	Piekeren over gezondheid en dierbaren Meer algemene fysieke klachten (zoals duizeligheid) Meer maag-darmklachten
Specifieke fobie	Hoogste prevalentie	Ernst en prevalentie nemen af
Angsten alleen bij ouderen		Angst voor geheugenverlies Angst om te vallen

LEEFTIJDGERELATEERDE OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN BIJ DEPRESSIES

.....

Ook bij depressieve stoornissen is het onderzoek naar leeftijdgerelateerde verschillen in de presentatie en fenomenologie ervan relatief beperkt. Een meta-analyse uit 2012 includeerde slechts 11 studies met in totaal ruim 2.000 proefpersonen (Hegeman et al., 2012). De leeftijdsgrens tussen oud en jong varieerde van 50 tot 65 jaar, waarbij een leeftijdsgrens van 60 tot 65 jaar het meest voorkwam. Er bleek een partieel verschil te zijn in de presentatie en rapportage van symptomen tussen jongere en oudere volwassenen met een depressieve stoornis. Ouderen rapporteerden in vergelijking met jongere depressieve patiënten meer maag-darmsymptomen, meer algehele lichamelijke klachten, meer fysieke onrust en meer angst voor een ernstige ziekte.

Daarentegen rapporteerden zij minder libidoverlies en minder schuldgevoelens dan hun jongere tegenhangers. Later onderzoek onder dezelfde groep vond dat als een depressie samengaat met ernstige somatische morbiditeit, er een risico is dat de somatische symptomen deels onjuist worden geïnterpreteerd, en wel als passend bij de depressie, in plaats van als aanwijzing voor de ernst van de somatische stoornis. De ernst van de depressieve stoornis kan dan juist worden overschat (Hegeman et al., 2015). Het is bij de diagnostiek van depressieve ouderen dus belangrijk om te controleren en desnoods te corrigeren voor de ernst van de somatische ziektelast.

Een recente Nederlandse studie onder zo'n 1.400 personen van 18 tot 88 jaar vond dat gedurende de levensloop de ernst van depressieve stoornissen gemiddeld genomen gelijk blijft. Wel waren er leeftijdgerelateerde verschillen bij 20 van de 30 items van de Zelfinvullijst Depressieve Symptomen (Inventory for Depressive Symptoms – Self Report; IDS-SR) (Schaakxs et al., 2017). Oudere depressieve patiënten hadden vooral vaker last van vroeger ontwaken, in- en doorslaapstoornissen, dagschommelingen, minder goed kunnen genieten, waren pessimistischer over de toekomst en hadden meer somatische symptomen. Met het ouder worden namen prikkelbaarheid, interpersoonlijke sensitiviteit, verminderde concentratie, twijfelzucht, angstsymptomen en zelfkritiek af. Bij jongere patiënten stonden juist een gedeprimeerde stemming, suïcidale ideaties, paniek en fobische klachten, zelfkritiek, lusteloosheid en prikkelbaarheid sterker op de voorgrond.

TABEL 2 *Leeftijdgerelateerde fenomenologische verschillen bij depressies*

18 tot 65 jaar	65 jaar en ouder
▶ Gedeprimeerdheid en prikkelbaarheid staan centraal ▶ Meer lusteloosheid ▶ Vaker suïcidale ideaties ▶ Vaker paniekaanvallen ▶ Vaker fobische klachten ▶ Meer zelfkritiek	▶ Meer algemene lichamelijke klachten ▶ Meer agitatie ▶ Meer maag-darmsymptomen ▶ Meer hypochondrie ▶ Meer slaapstoornissen ▶ Meer anhedonie ▶ Minder prikkelbaarheid ▶ Minder concentratieverlies ▶ Minder twijfelzucht

In de dagelijkse klinische praktijk verdienen een aantal aspecten extra aandacht in de diagnostiek van de ouderdomsdepressie, te weten: (1) interferentie met lichamelijke veroudering (fragiliteit), (2) cognitieve achteruitgang, en (3) doodswensen.

Lichamelijke veroudering en fragiliteit

217

Mensen die uiteindelijk ‘sterven aan ouderdom’ zullen in de laatste jaren van hun leven onvermijdelijk fragiel worden. Fragiliteit wordt gekenmerkt door achteruitgang van verschillende fysiologische systemen, waardoor ouderen sneller lichamelijk en mentaal decompenseren bij een (soms kleine) stressor (Hoogendijk et al., 2019). Deze geleidelijke lichamelijke achteruitgang is geassocieerd met vermindering in welbevinden, levenssatisfactie en algemene gezondheid (Cohen-Mansfield et al., 2018). Meerdere longitudinale studies hebben aangetoond dat fragiliteit niet alleen een risicofactor is voor depressie, maar depressie ook een risicofactor is voor fragiliteit (Soyсал et al., 2017). Meta-analyse van crossectionele studies laat zien dat 39% van alle kwetsbare ouderen depressief is, terwijl omgekeerd 40% van alle depressieve ouderen fragiel is (Soyсал et al., 2017). Lastig is dat veel depressieve symptomen ook een kenmerk of symptoom van fragiliteit kunnen zijn. Dit maakt het in de praktijk soms moeilijk om bij de oudste ouderen een depressie te onderscheiden van ‘pure ouderdom’. Toch is dit onderscheid belangrijk, omdat antidepressiva het valrisico verhogen en dit valrisico nog eens exponentieel toeneemt wanneer een depressieve oudere fysiek fragiel is (Lin et al., 2021). In de praktijk kan het daarom belangrijk zijn om goed door te vragen op de aanwezigheid van depressogene cognities. Zo blijkt 30% tot 40% van de kwetsbare ouderen cognities te hebben die hun gevoel van eigenwaarde onderuithalen (Andrew et al., 2012). In combinatie met fysieke symptomen van vermoeidheid en uitputting kan een diagnose depressie dan (te) snel gesteld worden.

Cognitieve achteruitgang

Naar schatting kampt 30% van de depressieve ouderen met cognitieve beperkingen, waaronder een vermindering van executieve functies als *fluency*, responsinhibitie, probleemoplossend vermogen, cognitieve flexibiliteit, werkgeheugen en ideomotorische planning (Lim et al., 2013). Wanneer executieve functiestoornissen prominent aanwezig zijn, wordt gesproken van een *depression executive dysfunctioning* (DED)-syndroom. De verklaring hiervoor wordt gezocht in een disfunctie van de zogeheten frontostriatale hersencircuits, bijvoorbeeld als gevolg van vasculaire hersenschade of Parkinson-plus-syndromen, waarbij de subcorticale hersenstructuren zijn aangedaan. De relatie met vasculaire hersenschade heeft eind jaren negentig geleid tot het concept van de ‘vasculaire depressie’. De hypothese was dat cerebrovasculaire schade ouderen kwetsbaar maakt voor het ontwikkelen van een depressieve stoornis, maar die ook direct kan uitlokken en onderhouden. Hoewel deze hypothese nog steeds overeind staat, is de overlap met het DED-syndroom groot (Taylor et al., 2013). In de praktijk blijkt dat

DED-syndroom en vasculaire depressie niet strak af te grenzen zijn van de ‘traditionele’ depressieve stoornis. Feitelijk zijn cerebrovasculaire schade en schade aan de frontostriatale circuits te beschouwen als risicofactoren die in meer of mindere mate kunnen meespelen bij het krijgen van een depressie (vergelijkbaar met psychologische kwetsbaarheden als neuroticisme). In vergelijking met een ‘klassieke’ depressieve stoornis, staan bij het DED-syndroom en de vasculaire depressie apathie, anhedonie, psychomotore vertraging, functionele beperkingen en een verminderd zelfinzicht meer op de voorgrond, terwijl een depressieve stemming, depressogene cognities, suïciditeit en vegetatieve symptomen juist minder prominent aanwezig zijn (Alexopoulos, 2019).

Doodswensen

Zoals hierboven beschreven, rapporteren depressieve ouderen minder vaak suïcidale ideaties dan depressieve jongvolwassenen. Desondanks verdient het beoordelen van suïcidale ideaties bij depressieve ouderen een prominente plaats in de diagnostiek. In de westerse wereld komt suïcide het meest voor bij de oudste leeftijdsgroepen. Tot 2000 gold dit ook voor Nederland, maar sindsdien is het aantal zelfdodingen gedaald onder de oudste ouderen. Het aantal schommelt jaarlijks rond de 15 per 100.000 Nederlanders van middelbare leeftijd, jongere ouderen en oudste ouderen (CBS, 2021). Mogelijke verklaringen voor deze afname zijn ten eerste de hoge kwaliteit van de palliatieve en ouderenzorg in Nederland, ten tweede de mogelijkheden tot euthanasie en hulp bij zelfdoding. De meest voorkomende samenhangende problematiek met suïcide is de depressieve stoornis, en dit verband is sterker bij ouderen dan bij jongeren (Troya et al., 2019). Bovendien blijkt dat ouderen voorafgaand aan een voltooid suïcide minder suïcidale gestes laten zien. Wanneer volwassenen zich op de eerste hulp presenteren met zelfbeschadigend gedrag, blijkt de kans op herhaling af te nemen met de leeftijd, maar de kans op herhaling met een dodelijke afloop juist toe te nemen (Oude Voshaar et al., 2011). Samenvattend kan geconcludeerd worden dat suïciditeit onder depressieve ouderen weliswaar minder frequent voorkomt dan onder depressieve jongeren, maar dat de ernst van dit symptoom juist groter is bij ouderen.

DIAGNOSTISCHE INSTRUMENTEN

Het is evident dat semigestructureerde klinische interviews behulpzaam zijn bij het optimaliseren van het diagnostische proces. Zonder deze interviews is klinisch wetenschappelijk patiëntenonderzoek ondenkbaar. Daarom adviseren we de anamnese aan te vullen met bijvoorbeeld het Structured Clinical Interview for DSM-5-disorders (SCID-5), of het minder tijdrovende Mini In-

ternational Neuropsychiatric Interview (MINI). Van dit laatste interview is echter nog geen Nederlandstalige versie voor de DSM-5 beschikbaar. Verder moet worden opgemerkt dat deze interviews niet zijn gevalideerd voor oudere populaties. Dit is op voorhand geen nadeel. Deze interviews zijn slechts gedeeltelijk voorgesorteerd en geven de onderzoeker dus de gelegenheid aanvullende verduidelijkende vragen te stellen. Bij ouderen kan dat extra belangrijk zijn, omdat zij moeite kunnen hebben met het verwoorden van psychische klachten (Wolitzky-Taylor et al., 2010).

Juist bij screening met deze interviews is het belangrijk dat de clinicus zich bewust is van de specifieke valkuilen in de diagnostiek en fenomenologie bij ouderen met angststoornissen of depressies, zoals die in het voorafgaande zijn besproken. Een praktische aanbeveling is om goed door te vragen op beperkingen in het algehele functioneren, in het verrichten van huishoudelijke taken, en beperkingen op het sociale en interactionele vlak. Zo vond een grote Nederlandse cohortstudie bij ouderen met angststoornissen, depressies of somatisch-symptoomstoornissen een drievoudige toename van de detectie van angststoornissen bij ouderen bij toepassing van een specifiek voor ouderen en DSM-5 aangepaste versie van de MINI (ongepubliceerd; zie voor beschrijving van de aangepaste MINI: Oude Voshaar et al., 2019). Dit sluit aan bij eerdere bevindingen van een Canadese bevolkingsstudie, waarbij werd gecontroleerd voor de eerdergenoemde functionele beperkingen (Grenier et al., 2011).

Voor het routinematig evalueren van behandel-effecten kan er worden gebruikgemaakt van zelfrapportagevragenlijsten of korte interviews. Er zijn tal van algemene vragenlijsten en korte interviews voor specifieke angststoornissen beschikbaar. De meeste van deze vragenlijsten zijn niet gevalideerd voor populaties van 65-plussers. Wanneer er geen voor ouderen gevalideerde instrumenten beschikbaar zijn, zal men voor het routinematig evalueren tijdens de behandeling terug moeten vallen op instrumenten die voor 18- tot 65-jarigen gevalideerd zijn. Het bespreken van deze instrumenten valt buiten het kader van dit artikel. Wij beperken ons daarom tot voor ouderen gevalideerde instrumenten.

Het voor toepassing bij ouderen met angststoornissen best gevalideerde instrument om algemene angst te meten is de Geriatric Anxiety Inventory (GAI; Therrien & Hunsley, 2012). De GAI heeft 20 items met een cut-offscore van > 8 om angststoornissen te detecteren. Belangrijke beperking van de GAI is het ontbreken van items om tijdens de behandeling vermijdingsgedrag in kaart te brengen en te monitoren.

Van de beschikbare stoornisspecifieke vragenlijsten bij angststoornissen zijn er twee gevalideerd voor toepassing bij ouderen. Voor gegeneraliseerd-angststoornis is dat de Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Crittendon & Hopko, 2006). Voor specifieke situaties en activiteiten is het de Fear Questionnaire (Fuentes & Cox, 2000). Bij toepassing van de FQ kan in tegenstelling tot de GAI ook meer gericht op vermijdingsgedrag worden

geëvalueerd. In vergelijking met jongere populaties lijkt de FQ bij ouderen minder geschikt voor sociale angst (Fuentes & Cox, 2000).

De Geriatric Depression Scale (GDS) is het meest geschikte zelfrapportage-instrument om depressieve symptomatologie bij ouderen te monitoren. De kortere varianten van de GDS – met 10 of 15 items – hebben betere psychometrische eigenschappen dan de oorspronkelijke GDS van 30 items (Krishnamoorthy et al., 2020). Landelijk wordt ook de Inventory of Depressive Symptoms – Self Report (IDS-SR) steeds meer gebruikt. Als observatie-instrument is de Montgomery-Åsberg Depression Ratingscale (MADRS) de eerste keuze. De veelgebruikte Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) heeft als nadeel dat vanwege het relatief grote aantal somatische items somatische comorbiditeit de ernst van de depressieve symptomatologie kan vertekenen.

CONCLUSIE

.....

Hoewel de prevalentie van angststoornissen en depressies bij ouderen is afgenomen ten opzichte van hun jongere tegenhangers, blijven deze stoornissen het meest prevalent boven de leeftijd van 65 jaar. Een belangrijk verschil met jongere volwassenen is dat ouderen een relatief groot risico lopen om geen gerichte behandeling te krijgen. De oorzaak hiervoor lijkt te liggen in een (combinatie van een) aantal factoren. Gebrekkige herkenning, leeftijdsdiscriminatie en negatieve leeftijdspecifieke stereotiepe opvattingen (bij zowel hulpverleners, de sociale omgeving als de oudere zelf) dragen bij aan deze onderbehandeling. Op oudere leeftijd kan er een verschuiving of verandering van symptomatologie optreden die de diagnostiek bemoeilijkt. Bij ouderen met een depressie staat enerzijds een meer somatische presentatie op de voorgrond, anderzijds hoeft een toename van somatische morbiditeit niet per se de ernst van de depressie te vergroten. Onderzoek bij ouderen met angststoornissen wordt gecompliceerd door het feit dat dit nog schaarser is dan onderzoek naar ouderen met depressieve stoornissen. Bovendien zijn de gebruikte vragenlijsten over het algemeen uitsluitend gevalideerd bij populaties in de leeftijd van 18 tot 65 jaar. De beschikbare studies lijken een tendens te laten zien van een afname van de veelal cognitieve en emotionele items van deze vragenlijsten. Dit zou beschouwd kunnen worden als een afname in de ernst van angststoornissen naarmate de leeftijd vordert. Echter, er zijn ook aanwijzingen dat de ziektelast de kwaliteit van leven vergelijkbaar sterk en negatief beïnvloedt als bij jongere volwassenen met angststoornissen. Daarom is het belangrijk om vooral te kijken naar vermijdingspatronen en interferentie met het algemeen sociaal-maatschappelijk functioneren, teneinde ernst en impact van angststoornissen bij ouderen goed te beoordelen. Ook adviseren we ouderen met angststoornissen of depressies systematisch te screenen met een semigestructureerd klinisch in-

terview, en het behandelbeloop in elk geval periodiek en klachtenspecifiek te evalueren met de GAI en de IDS-SR, bijvoorbeeld elke 12 weken.

We hopen met deze bijdrage zorgprofessionals in de generalistische basis-ggz, maar ook in de specialistische ggz, handvatten te hebben aangereikt om het diagnostische proces en de klinische besluitvorming te optimaliseren.

221

Gert-Jan Hendriks is psychiater, werkzaam bij Pro Persona, en bijzonder hoogleraar behandeling angststoornissen en depressie bij ouderen aan de Radboud Universiteit Nijmegen.

Richard Oude Voshaar is psychiater, werkzaam bij UMC Groningen, en hoogleraar ouderenpsychiatrie.

Correspondentieadres: Gert-Jan Hendriks, Pro Persona, Postbus 7049, 6503 GM Nijmegen. E-mail: g.hendriks@propersona.nl.

Summary *Diagnostics for elder adults with anxiety disorders and depression*

Both anxiety disorders and depression are the most prevalent mental disorders in later life. However, in later life recognition of these disorders seems more complex, compared to 18- to 65-year olds with these disorders. The burden of disease and the functional impairment of anxiety disorders and depression remains high in the elderly. Nevertheless, the referral ratio for a first targeted psychological treatment decreased by a factor of 3-4 than would be expected regarding the prevalence of these disorders in later life. This has been shown in various studies. The most important factors causing this are stereotypical views of older adults, and a changed presentation and phenomenology. This can lead the health care professional astray. The aim of this article is to provide insight into the factors that hamper diagnosis and treatment. This provides health care professionals with tools to optimise clinical decision-making in older adults with anxiety disorders and depression.

Keywords *diagnosis, elderly, anxiety disorders, depression*

Literatuur

- Alexopoulos, G. S. (2019). Mechanisms and treatment of late-life depression. *Translational Psychiatry*, 9, 188.
- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., Ausín, B., Canuto, A., Crawford, M., Da Ronch, C., Grassi, L., HersHKovitz, Y., Muñoz, M., Quirk, A., Rotenstein, O., Santos-Olmo, A. B., Shalev, A., Strehle, J., Weber, K., ... Härter, M. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis_ ICF65+ study. *British Journal of Psychiatry*, 210, 125-131.
- Andrew, M. K., Fisk, J. D., & Rockwood, K. (2012). Psychological well-being in relation to frailty: A frailty identity crisis? *International Psychogeriatrics*, 24, 1347-1353.
- Archer, C., Kessler, D., Wiles, N., & Turner, K. (2021). GPs' and patients' views on the value of diagnosing anxiety disorders in primary care: A qualitative interview study. *British Journal of General Practice*, 71, e450-e457.

- Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (2017). Taking a closer look at ageism: Self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. *European Journal of Ageing, 14*, 1-4.
- Beekman, A. T., de Beurs, E., van Balkom, A. J., Deeg, D. J., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry, 157*, 89-95.
- Brenes, G. A., Kritchevsky, S. B., Mehta, K. M., Yaffe, K., Simonsick, E. M., Ayo-nayon, H. N., Rosano, C., Rubin, S. M., Satterfield, S., & Penninx, B. W. (2007). Scared to death: Results from the Health, Aging, and Body Composition study. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 15*, 262-265.
- Burroughs, H., Lovell, K., Morley, M., Baldwin, R., Burns, A., & Chew-Graham, C. (2006). 'Justifiable depression': How primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Family Practice, 23*, 369-377.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (18 augustus 2021). *Zelfdoding in Nederland: Een overzicht vanaf 1950*. www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2021/zelfdoding-in-nederland-een-overzicht-vanaf-1950?one-page=true
- Chang, E. S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S. Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS One, 15*, e0220857.
- Chew-Graham, C., Kovandžić, M., Gask, L., Burroughs, H., Clarke, P., Sanderson, H., & Dowrick, C. (2012). Why may older people with depression not present to primary care? Messages from secondary analysis of qualitative data. *Health and Social Care in the Community, 20*, 52-60.
- Cohen-Mansfield, J., Skornick-Bouchbinder, M., & Brill, S. (2018). Trajectories of end of life: A systematic review. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 73*, 564-572.
- Crittendon, J., & Hopko, D. R. (2006). Assessing worry in older and younger adults: Psychometric properties of an abbreviated Penn State Worry Questionnaire (PSWQ-A). *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 1036-1054.
- Cutler, S. J., & Brägaru, C. (2015). Long-term and short-term predictors of worries about getting Alzheimer's disease. *European Journal of Ageing, 12*, 341-351.
- Cutler, S. J., & Brägaru, C. (2017). Do worries about cognitive functioning and concerns about developing Alzheimer's disease affect psychological well-being? *Journal of Aging and Health, 29*, 1271-1287.
- El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S., Shooshtari, S., & Sareen, J. (2011). Comorbid physical health conditions and anxiety disorders: A population-based exploration of prevalence and health outcomes among older adults. *General Hospital Psychiatry, 33*, 556-564.
- Flint, A. J. (2005). Anxiety and its disorders in late life: Moving the field forward. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 13*, 3-6.
- Flint, A. J., Koszycki, D., Vaccarino, F. J., Cadieux, A., Boulenger, J. P., & Bradwejn, J. (1998). Effect of aging on cholecystokinin-induced panic. *American Journal of Psychiatry, 155*, 283-285.
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Overgård, K. T., & Rosenvinge, J. H. (2013). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research. *Journal of Affective Disorders, 145*, 143-155.
- Frost, R., Beattie, A., Bhanu, C., Walters, K., & Ben-Shlomo, Y. (2019). Management of depression and referral of older people to psychological therapies: A systematic review of qualitative studies. *British Journal of General Practice, 69*, e171-e181.

- Fuentes, K., & Cox, B. (2000). Assessment of anxiety in older adults: A community-based survey and comparison with younger adults. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 297-309.
- Gould, C. E., & Edelstein, B. A. (2010). Worry, emotion control, and anxiety control in older and young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 759-766.
- Grenier, S., Prévile, M., Boyer, R., O'Connor, K., Béland, S. G., Potvin, O., Hudon, C., Brassard, J., & Scientific Committee of the ESA Study. (2011). The impact of DSM-IV symptom and clinical significance criteria on the prevalence estimates of subthreshold and threshold anxiety in the older adult population. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 316-326.
- Gulpers, B., Ramakers, I., Hamel, R., Köhler, S., Oude Voshaar, R., & Verhey, F. (2016). Anxiety as a predictor for cognitive decline and dementia: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 823-842.
- Hasegawa, T., Okuyama, T., Uchida, M., Aiki, S., Imai, F., Nishioka, M., Suzuki, N., Iida, S., Komatsu, H., Kusumoto, S., Ri, M., Osaga, S., & Akechi, T. (2019). Depressive symptoms during the first month of chemotherapy and survival in patients with hematological malignancies: A prospective cohort study. *Psycho-Oncology*, 28, 1687-1694.
- Hegeman, J. M., de Waal, M. W., Comijs, H. C., Kok, R. M., & van der Mast, R. C. (2015). Depression in later life: A more somatic presentation? *Journal of Affective Disorders*, 170, 196-202.
- Hegeman, J. M., Kok, R. M., van der Mast, R. C., & Giltay, E. J. (2012). Phenomenology of depression in older compared with younger adults: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200, 275-281.
- Hek, K., Tiemeier, H., Newson, R. S., Luijendijk, H. J., Hofman, A., & Mulder, C. L. (2011). Anxiety disorders and comorbid depression in community dwelling older adults. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 20, 157-168.
- Hendriks, G. J., Kampman, M., Keijsers, G. P., Hoogduin, C. A., & Voshaar, R. C. (2014). Cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia in older people: A comparison with younger patients. *Depression and Anxiety*, 31, 669-677.
- Hendriks, G. J., Keijsers, G. P., Kampman, M., Voshaar, R. C., & Hoogduin, C. A. (2010). Agoraphobic cognitions in old and young patients with panic disorder. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 1155-1158.
- Hohls, J. K., König, H. H., Raynik, Y. I., & Hajek, A. (2018). A systematic review of the association of anxiety with health care utilization and costs in people aged 65 years and older. *Journal of Affective Disorders*, 232, 163-176.
- Hoogendijk, E. O., Afilalo, J., Ensrud, K. E., Kowal, P., Onder, G., & Fried, L. P. (2019). Frailty: Implications for clinical practice and public health. *Lancet*, 394, 1365-1375.
- Huffman, J. C., Smith, F. A., Blais, M. A., Januzzi, J. L., & Fricchione, G. L. (2008). Anxiety, independent of depressive symptoms, is associated with in-hospital cardiac complications after acute myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 557-563.
- Janssen, E. H., van de Ven, P. M., Terluin, B., Verhaak, P. F., van Marwijk, H. W., Smolders, M., van der Meer, K., Penninx, B. W., & van Hout, H. P. (2012). Recognition of anxiety disorders by family physicians after rigorous medical record case extraction: Results of the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *General Hospital Psychiatry*, 34, 460-467.
- Karlsson, B., Sigström, R., Waern, M., Ostling, S., Gustafson, D., & Skoog, I. (2010). The prognosis and incidence of social phobia in an elderly population.

- A 5-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 4-10.
- Kessler, E. M., Agines, S., & Bowen, C. E. (2015). Attitudes towards seeking mental health services among older adults: Personal and contextual correlates. *Aging & Mental Health*, 19, 182-191.
- Kessler, E. M., & Blachetta, C. (2020). Age cues in patients' descriptions influence treatment attitudes. *Aging & Mental Health*, 24, 193-196.
- Kessler, E. M., & Schneider, T. (2019). Do treatment attitudes and decisions of psychotherapists-in-training depend on a patient's age? *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 74, 620-624.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- King-Kallimanis, B., Gum, A. M., & Kohn, R. (2009). Comorbidity of depressive and anxiety disorders for older Americans in the National Comorbidity Survey-Replication. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 782-792.
- Klaassen, Z., Wallis, C. J. D., Goldberg, H., Chandrasekar, T., Sayyid, R. K., Williams, S. B., Moses, K. A., Terris, M. K., Nam, R. K., Urbach, D., Austin, P. C., Kurdyak, P., & Kulkarni, G. S. (2019). The impact of psychiatric utilisation prior to cancer diagnosis on survival of solid organ malignancies. *British Journal of Cancer*, 120, 840-847.
- Krishnamoorthy, Y., Rajaa, S., & Rehman, T. (2020). Diagnostic accuracy of various forms of geriatric depression scale for screening of depression among older adults: Systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87, 104002.
- Levy, B. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 332-336.
- Levy, B. R., Chung, P. H., Bedford, T., & Navrazhina, K. (2014). Facebook as a site for negative age stereotypes. *Gerontologist*, 54, 172-176.
- Levy, B. R., & Leifheit-Limson, E. (2009). The stereotype-matching effect: Greater influence on functioning when age stereotypes correspond to outcomes. *Psychology and Aging*, 24, 230-233.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Chang, E. S., Kan-noth, S., & Wang, S. Y. (2020). Ageism amplifies cost and prevalence of health conditions. *Gerontologist*, 60, 174-181.
- Licht-Strunk, E., Beekman, A. T., de Haan, M., & van Marwijk, H. W. (2009). The prognosis of undetected depression in older general practice patients. A one year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 114, 310-315.
- Lim, J., Oh, I. K., Han, C., Huh, Y. J., Jung, I. K., Patkar, A. A., Steffens, D. C., & Jang, B. H. (2013). Sensitivity of cognitive tests in four cognitive domains in discriminating MDD patients from healthy controls: A meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, 25, 1543-1557.
- Lin, S. M., Borges, M. K., de Siqueira, A. S. S., Biella, M. M., Jacob-Filho, W., Cesari, M., Oude Voshaar, R. C., & Aprahamian, I. (2021). Serotonin receptor inhibitor is associated with falls independent of frailty in older adults. *Aging & Mental Health*, 25, 219-224.
- Mackenzie, C. S., Reynolds, K., Cairney, J., Streiner, D. L., & Sareen, J. (2012). Disorder-specific mental health service use for mood and anxiety disorders: Associations with age, sex, and psychiatric comorbidity. *Depression and Anxiety*, 29, 234-242.
- Miloyan, B., Bulley, A., Pachana, N. A., & Byrne, G. J. (2014). Social phobia symptoms across the adult lifespan. *Journal of Affective Disorders*, 168, 86-90.
- Miloyan, B., Byrne, G. J., & Pachana, N. A. (2014). Age-related changes in general-

- ized anxiety disorder symptoms. *International Psychogeriatrics*, 26, 565-572.
- Oude Voshaar, R. C., Cooper, J., Murphy, E., Steeg, S., Kapur, N., & Purandare, N. B. (2011). First episode of self-harm in older age: A report from the 10-year prospective Manchester Self-Harm project. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 737-743.
- Oude Voshaar, R. C., Dhondt, T. D. F., Fluiter, M., Naarding, P., Wassink, S., Smeets, M. M. J., Pelzers, L. P. R. M., Lugtenburg, A., Veenstra, M., Marijnissen, R. M., Hendriks, G. J., Verlinde, L. A., Schoevers, R. A., & van den Brink, R. H. S. (2019). Study design of the Routine Outcome Monitoring for Geriatric Psychiatry & Science (ROM-GPS) project: A cohort study of older patients with affective disorders referred for specialised geriatric mental health care. *BMC Psychiatry*, 19, 182.
- Parry, S. W., Bamford, C., Deary, V., Finch, T. L., Gray, J., MacDonald, C., McMeekin, P., Sabin, N. J., Steen, I. N., Whitney, S. L., & McColl, E. M. (2016). Cognitive-behavioural therapy-based intervention to reduce fear of falling in older people: Therapy development and randomised controlled trial – the Strategies for Increasing Independence, Confidence and Energy (STRIDE) study. *Health Technology Assessment*, 20, 1-206.
- Penninx, B. W. J. H., Eikelenboom, M., Giltay, E. J., van Hemert, A. M., Riese, H., Schoevers, R. A., & Beekman, A. T. F. (2021). Cohort profile of the longitudinal Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA) on etiology, course and consequences of depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 287, 69-77.
- Pettit, S., Qureshi, A., Lee, W., Stirzaker, A., Gibson, A., Henley, W., & Byng, R. (2017). Variation in referral and access to new psychological therapy services by age: An empirical quantitative study. *British Journal of General Practice*, 67, e453-e459.
- Puvill, T., Lindenberg, J., de Craen, A. J., Slaets, J. P., & Westendorp, R. G. (2016). Impact of physical and mental health on life satisfaction in old age: A population based observational study. *BMC Geriatrics*, 16, 194.
- Schaakxs, R., Comijs, H. C., Lamers, F., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2017). Age-related variability in the presentation of symptoms of major depressive disorder. *Psychological Medicine*, 47, 543-552.
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Geerlings, M. I., Jonker, C., & van Tilburg, W. (2000). Risk factors for depression in later life: Results of a prospective community based study (AMSTEL). *Journal of Affective Disorders*, 59, 127-137.
- Schuurmans, J., Comijs, H. C., Beekman, A. T., de Beurs, E., Deeg, D. J., Emmelkamp, P. M., & van Dyck, R. (2005). The outcome of anxiety disorders in older people at 6-year follow-up: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 420-428.
- Sheikh, J. I., Swales, P. J., Carlson, E. B., & Lindley, S. E. (2004). Aging and panic disorder: Phenomenology, comorbidity, and risk factors. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 102-109.
- Sigström, R., Skoog, I., Karlsson, B., Nilsson, J., & Östling, S. (2016). Nine-year follow-up of specific phobia in a population sample of older people. *Depression and Anxiety*, 33, 339-346.
- Simning, A., & Seplaki, C. L. (2020). Association of the cumulative burden of late-life anxiety and depressive symptoms with functional impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35, 80-90.
- Soysal, P., Veronese, N., Thompson, T., Kahl, K. G., Fernandes, B. S., Prina, A. M., Solmi, M., Schofield, P., Koyanagi, A., Tseng, P. T., Lin, P. Y., Chu, C. S.,

- Cosco, T. D., Cesari, M., Carvalho, A. F., & Stubbs, B. (2017). Relationship between depression and frailty in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 36, 78-87.
- Taylor, W. D., Aizenstein, H. J., & Alexopoulos, G. S. (2013). The vascular depression hypothesis: Mechanisms linking vascular disease with depression. *Molecular Psychiatry*, 18, 963-974.
- Therrien, Z., & Hunsley, J. (2012). Assessment of anxiety in older adults: A systematic review of commonly used measures. *Aging & Mental Health*, 16, 1-16.
- Troya, M. I., Babatunde, O., Polidano, K., Bartlam, B., McCloskey, E., Dikomititis, L., & Chew-Graham, C. A. (2019). Self-harm in older adults: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 214, 186-200.
- van Balkom, A. J., Beekman, A. T., de Beurs, E., Deeg, D. J., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in The Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 37-45.
- van der Veen, D. C., Comijs, H. C., van Zelst, W. H., Schoevers, R. A., & Oude Voshaar, R. C. (2014). Defining anxious depression in later life: A scaring heterogeneity in results. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1375-1378.
- van der Veen, D. C., Gulpers, B., van Zelst, W., Köhler, S., Comijs, H. C., Schoevers, R. A., & Oude Voshaar, R. C. (2021). Anxiety in late-life depression: Determinants of the course of anxiety and complete remission. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29, 336-347.
- van der Veen, D. C., van Zelst, W. H., Schoevers, R. A., Comijs, H. C., & Voshaar, R. C. (2015). Comorbid anxiety disorders in late-life depression: Results of a cohort study. *International Psychogeriatrics*, 27, 1157-1165.
- van Hout, H. P., Beekman, A. T., de Beurs, E., Comijs, H., van Marwijk, H., de Haan, M., van Tilburg, W., & Deeg, D. J. (2004). Anxiety and the risk of death in older men and women. *British Journal of Psychiatry*, 185, 399-404.
- Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., Shibuya, K., Salomon, J. A., Abdalla, S., Aboyans, V., Abraham, J., Ackerman, I., Aggarwal, R., Ahn, S. Y., Ali, M. K., Alvarado, M., Anderson, H. R., Anderson, L. M., Andrews, K. G., ... Memish, Z. A. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2163-2196.
- Wang, P. S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 603-613.
- Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). (18 maart 2021). *Ageing: Ageism*. www.who.int/news-room/q-a-detail/ageing-ageism
- Wetherell, J. L., Petkus, A. J., McChesney, K., Stein, M. B., Judd, P. H., Rockwell, E., Sewell, D. D., & Patterson, T. L. (2009). Older adults are less accurate than younger adults at identifying symptoms of anxiety and depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 623-626.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27, 190-211.

Persoonlijkheids- diagnostiek bij ouderen

227

BAS VAN ALPHEN

Samenvatting

In dit artikel komen de uitdagingen van het verrichten van persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen aan de orde, zoals de suboptimale toepasbaarheid van de DSM-5-criteria voor persoonlijkheidsstoornissen, de complexiteit van de differentiatie tussen chronische psychische stoornissen, het beperkt aantal gevalideerde persoonlijkheidsvragenlijsten en -interviews voor ouderenpopulaties, en de aanpassingen in de afname van het meetinstrumentarium. Uitgangspunten voor persoonlijkheidsonderzoek bij ouderen vormen de herziene *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen*, longitudinale collaterale informatiebronnen (zoals weergegeven in de LEAD-procedure), en de invloed van somatische, cognitieve en psychische factoren op het persoonlijkheidsfunctioneren. Ingegaan wordt op specifieke screeningsinstrumenten om persoonlijkheidspathologie bij ouderen te detecteren, alsmede op de leeftijdsneutraliteit van persoonlijkheidsvragenlijsten en -interviews, en de meerwaarde van een gefaseerde testdiagnostische aanpak bij ouderen.

Trefwoorden: persoonlijkheidsdiagnostiek, ouderen, leeftijdsneutraliteit

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Bij persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen dient extra aandacht uit te gaan naar de invloed van cognitieve en somatische stoornissen op het persoonlijkheidsfunctioneren.
- ▶ Testdiagnostiek impliceert het gebruik van persoonlijkheidsvragenlijsten of -interviews die voldoende leeftijdsneutraal zijn om over- of onderdiagnostiek te voorkomen.
- ▶ Vanwege de beperkte psychische of somatische belastbaarheid bij (oudere) ouderen is fasering in de testdiagnostiek aangewezen, en dient het assessment zo kort mogelijk en wat betreft formulering van de items zo eenvoudig mogelijk gehouden te worden.

INLEIDING

.....

In Nederland verscheen in 2008 de eerste *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen*, met als kernboodschap dat persoonlijkheidsstoornissen zijn te behandelen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008). In deze richtlijn werden ouderen buiten beschouwing gelaten (van Alphen et al., 2009). Anno 2021 verschijnt de herziene *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen* met als kernthema ‘verbreding’. Dit betreft zowel inhoudelijke verbreding naar meer eenvoudige en generieke behandelmodellen, als verbreding naar (antisociale) problematiek en doelgroepen, zoals jongeren en ouderen (*Commentaarversie MDR Persoonlijkheidsstoornissen*, 2021). Aandacht voor ouderen in genoemde herziene richtlijn doet recht aan het belang van het thema. Zo is de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen hoog: in de algemene bevolking kan die oplopen tot 15%, bij poliklinische patiënten tot 33% en bij klinische patiënten zelfs tot 80% (Penders et al., 2020). Ouderen met persoonlijkheidsstoornissen ervaren in vergelijking met hun leeftijdsgenoten minder levenskwaliteit, meer somatische en psychische problematiek, en reageren sterker op leeftijdsgerelateerde stressoren, zoals het verlies van naasten (Condello et al., 2003; Schuster et al., 2013). Daarnaast tonen eerste empirische studies aan dat ouderen met persoonlijkheidsstoornissen kunnen profiteren van psychotherapeutische behandelingen (Penders et al., 2020). Daarom is het adequaat vaststellen van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen van groot belang. Dit artikel gaat in op de actuele diagnostische stand van zaken bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen, waarbij de herziene *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen* het kader vormt.

UITGANGSPUNTEN

.....

Persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen impliceert een tweetal uitgangspunten. Ten eerste vormt conform de herziene *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen* de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen (sectie II) van de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) het uitgangspunt. Daarbij worden, naast de algemene definitie van een persoonlijkheidsstoornis, tien afzonderlijke persoonlijkheidsstoornissen gespecificeerd, verdeeld over drie clusters (A, B en C) en een restcategorie (die bestaat uit andere persoonlijkheidsstoornissen). In tabel 1 is de clusterindeling en definiëring van de specifieke DSM-5-persoonlijkheidsstoornissen weergegeven.

Ten tweede wordt bij persoonlijkheidsdiagnostiek uitgegaan van de LEAD-procedure (Spitzer, 1983). ‘LEAD’ staat voor *longitudinal, expert and all data*. In deze procedure worden verschillende longitudinale informatiebronnen gehanteerd, zoals observatiegegevens, biografische gegevens, in-

TABEL 1 *Indeling en definiëring DSM-5-persoonlijkheidsstoornissen (APA, 2014)*

Cluster	Persoonlijkheidsstoornis	Definiëring
Cluster A	Paranoïde-persoonlijkheidsstoornis	Wantrouwen en achterdocht ten opzichte van anderen, waardoor hun beweegredenen worden geïnterpreteerd als kwaadwillig
	Schizoïde-persoonlijkheidsstoornis	Afstandelijkheid in sociale relaties en beperkingen in het uiten van emoties in sociale situaties
	Schizotypische-persoonlijkheidsstoornis	Sociale beperkingen gekenmerkt door een acuut gevoel van ongemak bij en een verminderd vermogen tot het aangaan van intieme relaties, en ook door gedachten en perceptuele vervormingen en eigenaardigheden in het gedrag
Cluster B	Antisociale-persoonlijkheidsstoornis	Gebrek aan achting voor en schending van rechten van anderen
	Borderline-persoonlijkheidsstoornis	Instabiliteit in relaties, zelfbeeld en gevoelens, evenals duidelijke impulsiviteit
	Histrionische-persoonlijkheidsstoornis	Buitensporige emotionaliteit en aandacht vragen
	Narcistische-persoonlijkheidsstoornis	Grootheidsgelofte, behoefte aan bewondering en gebrek aan inlevingsvermogen
Cluster C	Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis	Geremdheid in gezelschap, gevoel van tekortschieten en overgevoeligheid voor een negatief oordeel
	Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis	Buitensporige behoefte aan verzorgd worden, wat leidt tot onderworpen en vastklampend gedrag en de angst in de steek te worden gelaten
	Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis	Preoccupatie met ordelijkheid en beheersing van psychische en sociale processen ten koste van soepelheid, openheid en efficiëntie
Andere persoonlijkheidsstoornissen	1 Als er sprake is van een persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening (bijvoorbeeld epilepsie van de temporaalkwab). 2 Als niet wordt voldaan aan de criteria van een van de tien specifieke persoonlijkheidsstoornissen, maar wel aan de algemene diagnostische criteria voor een persoonlijkheidsstoornis. De clinicus kan er vervolgens voor kiezen te noteren wat de specifieke reden is dat het klinisch beeld niet aan de criteria voor een van de specifieke persoonlijkheidsstoornissen voldoet (andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis); 3 of om niet de reden te specificeren (ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis).	

formantengegevens, testgegevens en dossiergegevens, alsmede de ervaringen die behandelaren met de patiënt hebben. In een expertteam worden bij iedere patiënt de uitkomsten van de collaterale informatiebronnen geëvalueerd om tot een consensusdiagnose te komen. Hoewel de LEAD-procedure tijdsintensief is en operationele richtlijnen ontbreken, blijken de temporele stabiliteit en predictieve validiteit hoger uit te vallen dan bij diagnoses die verkregen zijn door verschillende semigestructureerde interviews (Verheul et al., 2008). Bovendien sluit het longitudinale accent van de LEAD-procedure goed aan op de herziene *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen*, die expliciet vermeldt dat het persoonlijkheidsfunctioneren beschouwd dient te worden vanuit een levensloop- en daarmee longitudinaal perspectief (*Commentaarversie MDR Persoonlijkheidsstoornissen*, 2021). Ouderen hebben hier wellicht een streepje voor, en wel vanwege hun lange levensgeschiedenis. Daardoor wordt doorgaans retrospectief voldoende informatie verkregen om zicht te krijgen op patronen die vaak lang bestaan, maar die als gevolg van veranderende (sociale) context ook kunnen wisselen wat betreft ernst (van Alphen, 2006).

SCREENINGSINSTRUMENTEN

.....

In zowel een Delphi-studie door Nederlandse en Belgische experts (van Alphen et al., 2012) als een Delphi-studie door experts uit de Verenigde Staten (Rosowsky et al., 2018) kwam naar voren dat er behoefte is aan een kort en eenvoudig instrument om persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen vast te stellen. De Gerontologische Persoonlijkheidsstoornissen Schaal (GPS; van Alphen et al., 2006) werd ontwikkeld en gevalideerd in de ggz voor ouderen, en tevens gevalideerd voor 65-plussers in de huisartsenpraktijk (Penders et al., 2015) en klinische geriatrie (Meeuwissen-van Pol et al., 2020). De GPS screent op de aanwezigheid of afwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis op basis van 16 items (zeven items over habituele gedragingen en negen items over specifieke biografische gegevens). De GPS bestaat uit een zelfrapportageversie (patiëntversie) en een versie waar een informant de items in derde persoon beantwoordt (informantversie). In de valideringsstudie in de ggz bleek de diagnostische validiteit redelijk voor de GPS-patiëntversie, met een sensitiviteit en specificiteit van 70%; bij de GPS-informantversie was de specificiteit 78%, maar de sensitiviteit beperkt (48%) (van Alphen et al., 2006). In de klinische geriatrie werd de GPS-informantenversie onderzocht en een hoge sensitiviteit (91%) bij een redelijke specificiteit (67%) gevonden (Meeuwissen-van Pol et al., 2020). In de huisartsenpraktijk bleek de GPS-informantenversie eveneens goed inzetbaar, met een sensitiviteit van 78% en een specificiteit van 65% (Penders et al., 2015).

Een ander screeningsinstrument dat is ontwikkeld vanuit de ouderenzorg is de Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst (HAP; Barendse &

Thissen, 2006). Deze informantenvragenlijst bestaat uit 62 vragen, en is gevalideerd en genormeerd voor het screenen op specifieke maladaptieve persoonlijkheidstrekken bij ouderen in de verpleeghuissector, de ggz en eerstelijnspsychologenpraktijken. De interne betrouwbaarheid, test-her-testbetrouwbaarheid, factorstructuur en concurrente validiteit van de tien inhoudsschalen zijn goed (Barendse et al., 2013). De schalen zijn: sociaal afzijdig gedrag, onzeker gedrag, kwetsbaarheid in de omgang, somatiserend gedrag, wanordelijk gedrag, rigide gedrag, perfectionistisch gedrag, moeilijk in de omgang, zelfingenomen gedrag, en grillig en impulsief gedrag. Verder zijn er vier controleschalen om de validiteit van de antwoorden na te gaan. Aangezien de HAP wordt ingevuld door een informant, kan het instrument ook afgenomen worden wanneer zelfbeoordeling niet mogelijk is, bijvoorbeeld vanwege ernstige cognitieve of depressieve problematiek (Rossi et al., 2020).

Kortom, de GPS en HAP hebben als screeningsinstrumenten een complementaire functie: de GPS focust op het opsporen of uitsluiten van persoonlijkheidspathologie, terwijl bij de HAP de nadruk ligt op de typering van persoonlijkheidspathologie. Beide instrumenten (met een totale afnameduur van respectievelijk 2-3 minuten en 10 minuten) dragen bij aan de indicatiestelling voor persoonlijkheidsdiagnostiek.

PERSOONLIJKHEIDSDIAGNOSTIEK

.....

Gedragsobservaties, diagnostische gesprekken, heteroanamnese en assessment vormen de belangrijkste informatiebronnen bij persoonlijkheidsdiagnostiek en voor exploratie van de hulpvraag. Conform de LEAD-procedure worden collaterale informatiebronnen geïntegreerd om te komen tot een (classificerende) diagnose. Ten aanzien van de gedragsobservatie kan gedacht worden aan situaties in de spreekkamer of op de afdeling die gerelateerd zijn aan introvert of extravert gedrag. De nadruk in de diagnostische gesprekken zal vooral komen te liggen op zowel de actuele als de biografische (hetero)anamnese. Die moet de hulpverlener relateren aan de temporele stabiliteit van disfunctionele cognities, de affectlabiliteit, interpersoonlijk disfunctioneren, impulsiviteit en compulsies. Tevens gaat in de hetero-anamnese de aandacht uit naar het uitsluiten van een persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening (van Alphen et al., 2014). Belangrijke gespreksonderwerpen zijn verder de omgang met veroudering, emotionele veranderingen, de biologische en imaginaire leeftijd, en de veranderende omgang met intimiteit en seksualiteit (van Dijk et al., 2018). Daarnaast is er oog voor leeftijdsspecifieke uitingen van persoonlijkheidsproblematiek. Vooral cluster B-persoonlijkheidsstoornissen manifesteren zich bij ouderen doorgaans anders: er is sprake van minder impulsief en non-verbaal agressief gedrag, en van meer passief-agressieve, somatise-

rende en depressieve uitingen (van Alphen et al., 2015). Naast veranderende uitingvormen die het gevolg zijn van biopsychosociale veroudering, zijn er situationele veranderingen, zoals pensionering of het verlies van naasten.

Leeftijdsspecifieke criteria van DSM-persoonlijkheidsstoornissen compliceren het gebruik van dit classificatiemodel bij ouderen. Zo blijkt uit een grote epidemiologische studie in de algemene bevolking dat 29% van de DSM-criteria voor persoonlijkheidsstoornissen onvoldoende toepasbaar zijn op de leef- en beleavingswereld van ouderen (Balsis et al., 2007). Beperkingen vanwege deze leeftijdsspecificiteit hebben ook consequenties voor vragenlijsten en interviews die uitgaan van DSM-persoonlijkheidsstoornissen.

VRAGENLIJSTEN EN INTERVIEWS

.....

In de herziene *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen* wordt uitgegaan van vragenlijsten en interviews met een 'categoriaal-classificerend' karakter of met een 'dimensionaal-diagnostisch' karakter. Zelfrapportage-instrumenten worden doorgaans toegepast als screener bij categoriaal-classificerende diagnostiek, terwijl semigestructureerde interviews de meest aangewezen bronnen zijn om tot een diagnostische (DSM-)classificatie te komen. Aandachtspunt bij classificerende diagnostiek is dat zelfrapportage-instrumenten doorgaans meer kans op overdiagnostiek vertonen dan semigestructureerde interviews. Dimensionaal-diagnostische instrumenten genereren vooral informatie ten behoeve van de indicatiestelling voor behandeling. Vanwege de beperkte psychische en somatische belastbaarheid van ouderen wordt aanbevolen om de testdiagnostiek gefaseerd te verrichten, met relatief korte, eenvoudige en voor ouderen gevalideerde instrumenten (*Commentaarversie MDR Persoonlijkheidsstoornissen*, 2021).

De leeftijdsneutraliteit van vragenlijsten en interviews is een belangrijk uitgangspunt. Met *differential item functioning analyses* (DIF-analyses) meet men in hoeverre er bij gelijke somscores op subschalen verschillen in itemscores per subschaal worden gevonden tussen leeftijdsgroepen. Er is sprake van een grote DIF bij ten minste 25% differentiatie en van een kleine DIF bij minder dan 10% (Penfield & Algina, 2006). In tabel 2 wordt een overzicht gegeven van de leeftijdsneutraliteit van verschillende persoonlijkheidsvragenlijsten en -interviews.

Het gestructureerd klinisch interview voor DSM-5-persoonlijkheidsstoornissen (SCID-5-P; Arntz et al., 2016) wordt in het algemeen gezien als gouden standaard voor het classificeren van DSM-persoonlijkheidsstoornissen. De voorganger van de SCID-5-P met nagenoeg identieke items is de SCID-II (Weertman et al., 1996). Laatstgenoemd instrument is zeer recent onderzocht op leeftijdsneutraliteit. In deze studie blijkt dat er slechts 2,1% DIF wordt aangetoond (van Alphen et al., in voorbereiding).

TABEL 2 *Leeftijdsneutraliteit van persoonlijkheidsvragenlijsten en -interviews*

Test	Leeftijds-neutraliteit	Populatie	Referentie
SCID-II	97,9%	Nederlandse (top)specialistische ggz <i>n</i> = 152 (21-85 jaar)	van Alphen et al., in voorbereiding
SIPP-SF	94%	Algemene Belgische bevolking <i>n</i> = 381 (17-99 jaar)	Rossi et al., 2017
NEO-PI-R	93%-95%	Algemene Belgische bevolking <i>n</i> = 845 (18-92 jaar)	Van den Broeck et al., 2012
YSQ-NL	97%	Belgische klinische ggz <i>n</i> = 321 (18-75 jaar)	Pauwels et al., 2014
ADP-IV	97,5%-95%	Belgische klinische ggz <i>n</i> = 321 (18-75 jaar)	Debast et al., 2015
PID-5	85%	Algemene Belgische bevolking Belgische ggz <i>n</i> = 464 (17-99 jaar)	Van den Broeck et al., 2012
PID-5-BF	75%	Algemene Belgische bevolking <i>n</i> = 552 (17-99 jaar)	Debast et al., 2017

Noot. ADP-IV = Assessment van DSM Persoonlijkheidsstoornissen-IV; NEO-PI-R = NEO Personality Inventory – Revised; PID-5(-BF) = DSM-5-persoonlijkheidsvragenlijst (verkorte vorm); SCID-II = gestructureerd klinisch interview voor DSM-persoonlijkheidsstoornissen; SIPP-SF = Severity Indices of Personality Problems – Short Form; YSQ-NL = Young Schema Questionnaire Nederlandse versie.

Een alternatief is de Assessment van DSM Persoonlijkheidsstoornissen-IV (ADP-IV; Schotte & De Doncker, 1994), een Nederlandstalige zelfrapportagevragenlijst (94 items) gebaseerd op de DSM-persoonlijkheidsstoornissen, die een brug vormt tussen categoriale en dimensionale diagnostiek van persoonlijkheidspathologie. De items sluiten nauw aan bij de DSM-5-criteria, maar de ADP-IV neemt een meer leeftijdsneutraal perspectief aan, en wel door te verwijzen naar kenmerken die aanwezig zijn in de vroege volwassenheid en die zich uiten in verschillende persoonlijke en sociale situaties. De patiënt beoordeelt elk item op basis van de eigen levenservaringen en komt zo tot een evaluatie over de levensloop. De leeftijdsneutraliteit van de ADP-IV is ook empirisch bevestigd bij ouderen (Debast et al., 2015). Nadeel is dat ouderen de ADP-IV als lastig kunnen ervaren, zowel qua formulering als scoring van de items (Rossi et al., 2020). Zo dient ieder item tweemaal gescoord te worden: (1) een *trait score* op een zevenpuntsschaal om een DSM-criterium te meten, en (2) een *distress score* op een driepuntsschaal om na te gaan in hoeverre de oudere er last van heeft.

De Severity Indices of Personality Problems – Short Form (SIPP-SF) is ontwikkeld vanuit de originele Severity Indices of Personality Problems van in totaal 118 items (SIPP-118; Verheul et al., 2008) en is gevalideerd voor ouderen in de Nederlandse ggz (van Reijswoud et al., 2020). De SIPP-SF bestaat uit 60 items, die vijf domeinen van persoonlijkheidsdisfunctie in kaart brengen, te weten: zelfcontrole, identiteitsintegratie, verantwoordelijkheid, relationele capaciteiten en sociale concordantie. Hoe hoger de schaalscores, hoe meer adaptief functioneren aanwezig is. De SIPP-SF bleek voldoende leeftijdsneutraal (Rossi et al., 2017). Kortom, de SIPP-SF is een relatief kort en voor ouderen gevalideerd instrument, dat goed bruikbaar is voor diagnostische doeleinden of effectmeting.

Maladaptieve persoonlijkheidstrekken (negatieve affectiviteit, afstandelijkheid, antagonisme, ongeremdheid, psychoticisme) kunnen gediagnosticeerd worden met de DSM-5-persoonlijkheidsvragenlijst (PID-5-NL; van der Heijden et al., 2011). Het instrument is voldoende leeftijdsneutraal (Van den Broeck et al., 2012). Nadeel is de relatief lange afnametijd vanwege de 220 items. Vooral bij klinische populaties, waarin ouderen meer fysieke beperkingen en multimorbiditeit vertonen dan relatief vitalere ouderen uit de algemene populatie, kan de PID-5-afname lastig zijn (Rossi et al., 2020). Bij de korte zelfrapportageversie van de PID-5 (25 items) was 25% van de items niet leeftijdsneutraal; in het bijzonder de items op de schaal ‘psychoticisme’ vertoonden aanzienlijke DIF (Debast et al., 2017).

Om persoonlijkheidstrekken op adaptief niveau te diagnosticeren, is het vijffactorenmodel een optie. Het vijfactorenmodel is geoperationaliseerd door de NEO-PI-R (Hoekstra & De Fruyt, 2014), met de domeinen ‘extraversie’, ‘neuroticisme’, ‘altruïsme’, ‘consciëntieusheid’ en ‘openheid’, en bijhorende facetten. De 240 NEO-PI-R-items zijn hoofdzakelijk leeftijdsneutraal, met de kanttekening dat het domein ‘extraversie’ en het facet ‘medeleven’ bij ouderen minder inhoudsvaliditeit vertonen, bijvoorbeeld omdat ouderen minder roekeloos en impulsief gedrag vertonen (Van den Broeck et al., 2012).

Schemadomeinen meten is mogelijk met de Nederlandstalige versie van de Young Schema Questionnaire (YSQ-NL; Sterk & Rijkeboer, 1997). De YSQ (205 items) bestaat uit de volgende 16 schalen: Afhankelijkheid/onbekwaamheid, Sociale ongewenstheid, Mislukking, Sociaal isolement/vervreemding, Minderwaardigheid/schaamte, Verlating/instabiliteit, Emotionele verwaarlozing, Wantrouwen/misbruik, Gebrek aan zelfbeheersing/zelfdiscipline, Zich rechten toe-eigenen, Meedogenloze normen/overmatig kritisch, Emotionele geremdheid, Zelfopoffering, Onderwerping, Verstrengeing, en Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar. De items en schalen van de YSQ zijn leeftijdsneutraal, met uitzondering van Zich rechten toe-eigenen. Op deze schaal scoren ouderen vooral lager bij items die verwijzen naar impulsiviteit (Pauwels et al., 2014).

Samenvattend is het huidige leeftijdsneutraliteitsonderzoek een wezenlijke stap richting het betrouwbaar meten van persoonlijkheidstrekken en

-stoornissen. Echter, generalisatie van bovenstaande uitkomsten, inclusief de resultaten zoals weergegeven in tabel 2, zijn vooralsnog beperkt mogelijk, gezien de relatief kleine en specifieke samples.

Overige persoonlijkheidstests ontwikkeld en/of gevalideerd voor ouderen zijn de Gerontologische Apperceptie Test (GAT; Wolk, 1971) en het ontwikkelingsprofiel (Abraham, 2005). De GAT is een projectieve apperceptietest, ontwikkeld om thema's die relevant zijn op oudere leeftijd te meten, zoals afhankelijkheid, angst voor isolement, en verlies van mobiliteit en seksualiteit. Op basis van scoringscriteria en normen wordt een beeld verkregen van psychodynamische aspecten, zoals angsten, impulsen, zelfbeelden en percepties van anderen. Het semigestructureerde interview van het ontwikkelingsprofiel is aangepast aan de beleavingswereld van ouderen en brengt hun psychosociale mogelijkheden en beperkingen in kaart.

Tijdens een intake in de specialistische ggz werd vastgesteld dat een patiënte (78 jaar) geen evidente cognitieve stoornissen heeft en evenmin een gestoorde realiteitszin. Wel was er sprake van een reactief-depressieve stemming op veranderende en tevens stressvolle situaties, zoals verminderde visus en mobiliteit. Een ander veroorzaakte buitensporige bezorgdheid, rusteloosheid, prikkelbaarheid en een slaapstoornis in het kader van een gegeneraliseerde-angststoornis (GAS). In het verleden was bij deze patiënte ook al eens GAS vastgesteld, waarna ze suboptimaal werd behandeld met cognitieve gedragstherapie. In de intakefase werd tevens gescreend op het persoonlijkheids(dis)functioneren van de patiënte, met behulp van de GPS en de HAP. De GPS wees op de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis. De HAP leverde een internaliserend profiel op met vooral onzekerheid in de omgang, waarbij het ontbreekt aan zelfingenomen of impulsief gedrag. De uitkomsten van beide screeners waren aanleiding voor voortgezet persoonlijkheidsonderzoek. Patiënte werd ten behoeve van diagnostiek en behandeling verwezen naar het topklinisch centrum voor ouderen met persoonlijkheidsstoornissen. Aldaar kwam uit het persoonlijkheidsonderzoek (met behulp van auto- en heterobiografische gegevens) naar voren dat patiënte uit angst negatief beoordeeld te worden altijd zeer geremd is in sociale situaties, zoals vroeger in de klas, in aanwezigheid van familieleden of tegenover buurtbewoners. Zelf gaf ze als oorzaak aan dat in haar kindertijd zowel haar vader als haar moeder zich zeer negatief uitte, bijvoorbeeld over haar schoolprestaties, terwijl ze toch redelijke cijfers haalde en nooit een klas doubleerde. Deze houding van haar ouders maakte haar onzeker, pessimistisch en geremd in het ondernemen van nieuwe activiteiten.

Vervolgens werden de persoonlijkheidskenmerken van de patiënte geobjectiveerd met de meetinstrumenten SCID-5-P, SIPP-SF en PID-5. Op de SCID-5-P werd bevestigd dat het bij haar om persoonlijkheidspathologie gaat met vooral vermijdende trekken. De SIPP-SF liet vooral afwijkende scores zien op identiteitsintegratie en relationele capaciteiten. Dat overlapte deels met de PID-5, waar hoge scores werden gezien op de facetten ongerustheid, sociale teruggetrokkenheid en vermindering van intimiteit.

Naast deze zwakteanalyse kwamen uit de sterkteanalyse een bovengemiddelde intelligentie en consciëntieusheid naar voren, evenals voldoende motivatie voor inzichtgevend psychotherapie, een adequaat steunsysteem (haar kinderen), en voldoende ziektebesef en -inzicht. Cognitieve gedragstherapie gericht op de GAS leverde eerder een beperkt resultaat op. Daarom werd – mede gezien de combinatie GAS en cluster C-persoonlijkheidspathologie – ingezet op individuele schematherapie. De met YSQ in kaart gebrachte disfunctionele schema's 'tekortschieten/schaamte' en 'negativisme/pessimisme' werden vervolgens de aanknopingspunten in de schematherapie.

KLINISCHE TOEPASBAARHEID

.....

Belangrijk is dat persoonlijkheidsvragenlijsten en -interviews voor ouderen niet alleen valide en betrouwbaar dienen te zijn, maar ook praktisch toepasbaar. Dit betekent met name dat er rekening wordt gehouden met de afnameduur en de formulering van items. Gezien de beperkte aandachts-spanne en het relatief lage opleidingsniveau van vooral oudere ouderen, is het aangewezen om het assessment zo kort en wat betreft formulering van de items zo eenvoudig mogelijk te houden. Fasering in de testdiagnostiek (zoals weergegeven in tabel 3) kan de praktische toepasbaarheid bij (oude-) ouderen bevorderen.

CONCLUSIE

.....

Persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen staat voor een aantal uitdagingen, zoals: (1) de suboptimale toepasbaarheid van de DSM-5-criteria voor persoonlijkheidsstoornissen, (2) de complexiteit van de differentiatie tussen verschillende chronische psychische stoornissen, (3) het beperkt aantal gevalideerde persoonlijkheidsvragenlijsten en -interviews voor ouderenpopulaties, en (4) de aanpassingen in de afname van het meetinstrumentarium. Een gefaseerde diagnostische aanpak draagt eraan bij dat ouderen zo weinig mogelijk belast worden. De verbreding naar ouderen in de herziene *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen* doet recht aan de specifieke manifestatie, differentiaaldiagnostiek en assessmentkenmerken van ouderen.

Tot slot heeft ouder worden ook voordelen voor het diagnostische proces. Zo vormt de levensloop een belangrijke diagnostische bron voor een gedegen sterkte-zwakteanalyse van het persoonlijkheidsfunctioneren. Bovendien zijn er steeds meer aanwijzingen dat ouderen even goed van psychotherapie kunnen profiteren als jongere cohorten. Dit geldt niet alleen voor stemmings- en angststoornissen, inclusief psychotrauma, maar ook voor persoonlijkheidsstoornissen. Een gerichte indicatiestelling voor behandeling op basis van gedegen persoonlijkheidsonderzoek is dan ook van cruciaal belang.

TABEL 3 Gefaseerde testdiagnostiek in de ggz voor (oudere) ouderen

Fase	Instrument	Omschrijving
1. Screening	GPS	Indicatie persoonlijkheidsstoornis op basis van habituele gedragingen en biografische aspecten, vanuit gerontologische context
	HAP	In kaart brengen van maladaptieve persoonlijkheidstrekken
2. Voortgezette testdiagnostiek	SCID-II/SCID-5-P	Aanwezigheid van specifieke DSM-IV-/DSM-5-persoonlijkheidsstoornissen
	ADP-IV	Aanwezigheid van specifieke DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen
	SIPP-SF	Verdere differentiatie persoonlijkheidspathologie in termen van persoonlijkheidsfunctioneren
	PID-5(-BF)	Verdere differentiatie van persoonlijkheidspathologie in termen van maladaptieve persoonlijkheidstrekken
	NEO-PI-R	Uitgebreid beeld van adaptieve persoonlijkheidstrekken (NEO-FFI voor domeinniveau)
3. Specifieke testdiagnostiek (bijvoorbeeld in het kader van inzichtgevende psychotherapie)	YSQ	Schemadomeinen verhelderen in het kader van individuele of groepsschematherapie
	Ontwikkelingsprofiel, GAT	Exploreren van psychodynamische aspecten (angsten, impulsen, zelfbeelden, percepties van anderen, enzovoort)

237

Noot. ADP-IV = Assessment van DSM Persoonlijkheidsstoornissen-IV; GAT = Gerontologische Aperceptie Test; GPS = Gerontologische Persoonlijkheidsstoornissen Schaal; HAP = Hetero-Anamnestische Persoonlijkheidsvragenlijst; NEO-PI-R = NEO Personality Inventory – Revised; PID-5(-BF) = DSM-5-persoonlijkheidsvragenlijst (verkorte vorm); SCID-II/SCID-5-P = gestructureerd klinisch interview voor DSM-persoonlijkheidsstoornissen; SIPP-SF = Severity Indices of Personality Problems – Short Form; YSQ-NL = Young Schema Questionnaire Nederlandse versie.

Bas van Alphen is als gezondheidszorgpsycholoog en manager verbonden aan het Topklinisch centrum voor ouderen met persoonlijkheidsstoornissen, Mondriaan Ouderen, Heerlen/Maastricht; als hoogleraar aan de Vrije Universiteit Brussel, Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen, Onderzoeksgroep Persoonlijkheid en Psychopathologie; en als hoogleraar aan de School of Social and Behavioral Sciences, Department of Medical and Clinical Psychology, Tilburg University. Tevens is hij hoofdopleider van de opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog bij RINO Zuid. *Correspondentieadres:* Kleine Looiersstraat 31, 6211 JL, Maastricht. E-mail: b.van.alphen@mondriaan.eu.

Summary *Personality assessment in the elderly*

In this article, the challenges of personality assessment in the elderly are discussed, such as the suboptimal applicability of the DSM-5 criteria for personality disorders, the complexity of the differentiation between chronic mental disorders, the limited number of validated personality questionnaires and interviews for elderly populations, as well as the adjustments in the use of the measuring instruments. Starting points for personality assessment in the elderly are the revised *Multidisciplinary guideline for personality disorders*, longitudinal collateral sources of information, as presented in the LEAD procedure, and the influence of somatic, cognitive and psychological factors on personality functioning. Specific screening instruments to detect personality pathology in the elderly are discussed, as well as the age neutrality of personality questionnaires and interviews, and the added value of a step wise diagnostic approach in the elderly.

Keywords *personality assessment, the elderly, age neutrality*

Literatuur

- Abraham, R. E. (2005). *Het ontwikkelingsprofiel in de praktijk*. Van Gorcum.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5): Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Uitgeverij Boom.
- Arntz, A., Kamphuis, J. H., & Derks, J. L. (2016). *Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 persoonlijkheidsstoornissen*. Uitgeverij Boom.
- Balsis, S., Gleason, M. E. J., Woods, C. M., & Oltmanns, T. F. (2007). An item response theory analysis of DSM-IV personality disorder criteria across younger and older age groups. *Psychology and Aging*, 22, 171-185.
- Barendse, H. P. J., Rossi, G., & van Alphen, S. P. J. (2013). Personality disorders in older adults: Expert opinion as a first step towards evaluating the criterion validity of an informant questionnaire (HAP). *International Psychogeriatrics*, 15, 1-2.
- Barendse, H. P. J., & Thissen, A. J. C. (2006). *Handleiding van de Hetero-Anamnestiche Persoonlijkhedsvragenlijst (HAP)*. Barendse & Thissen.
- Commentaarversie Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkhedsstoornissen. (2021). Trimbo-instituut.
- Condello, C., Padoani, W., Uguzzoni, U., Caon, F., & De Leo, D. (2003). Personality disorders and self-perceived quality of life in an elderly psychiatric outpatient population. *Psychopathology*, 36, 78-83.
- Debast, I., Rossi, G., & van Alphen, S. P. J. (2017). Construct validity of the DSM-5 section III maladaptive trait domains in older adults. *Journal of Personality Disorders*, 31, 1-18.
- Debast, I., Rossi, G., van Alphen, S. P. J., Pauwels, E., Claes, L., Dierckx, E., Peuskens, H., Santens, E., & Schotte, C. K. W. (2015). Age neutrality of categorically and dimensionally measured DSM-5 section II personality disorder symptoms. *Journal Personality Assessment*, 97, 321-29.
- Hoekstra, H., & De Fruyt, F. (2014). *NEO-PI-3 en NEO-FFI handleiding*. Hogrefe Publishers.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2008). *Multidisciplinaire richt-*

- lijn persoonlijkheidsstoornissen*. Trim-bos-instituut.
- Meeuwissen-van Pol, E., Rossi, G., De Weerd-Spaetgens, C. M. E. E., & van Alphen, S. P. J. (2020). Screening of personality disorders in a geriatric medicine population. *European Geriatric Medicine*, 11, 289-295.
- Pauwels, E., Claes, L., Dierckx, E., Debast, I., van Alphen, S. P. J., Rossi, G., Schotte, C. K. W., Santens, E., & Peuskens, H. (2014). Age neutrality of the Young Schema Questionnaire in patients with a substance use disorder. *International Psychogeriatrics*, 26, 1317-1326.
- Penders, K. A. P., Duimel-Peeters, I. G. P., Metsemakers, J. F. M., van Alphen, S. P. J. (2020). Personality disorders in older adults: A review of epidemiology, assessment and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 22, 14.
- Penders, K. A. P., Duimel-Peters, I. G. P., Rossi, G., Metsemakers, J. F. M., & van Alphen, S. P. J., (2015). The diagnostic accuracy of the Gerontological Personality disorder Scale (GPS) in Dutch general practice. *Aging and Mental Health*, 16, 1-11.
- Penfield, R. D., & Algina, J. (2006). A generalized DIF effect variance estimator for measuring unsigned differential test functioning in mixed format tests. *Journal of Educational Measurement*, 43, 295-312.
- Rosowsky, E., Young, A. S., Malloy, M. C., van Alphen, S. P. J., & Ellison, J. M. (2018). A cross-validation Delphi method approach to the diagnosis and treatment of personality disorders in older adults. *Aging and Mental Health*, 22, 371-378.
- Rossi, G., Debast, I., van Alphen, S. P. J. (2017). Measuring personality functioning in older adults: Construct validity of the Severity Indices of Personality Functioning – Short Form (SIPP-SF). *Aging and Mental Health*, 21, 703-711.
- Rossi, G., Debast, I., & van Alphen, S. P. J. (2020). Gestandaardiseerd meten van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: De huidige stand. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 51. doi: 10.36613/tgg.1875-6832/2020.02.03
- Schotte, C., & De Doncker, D. (1994). *ADP-IV Vragenlijst*. Universitair Ziekenhuis Antwerpen.
- Schuster, J.-P., Hoertel, N., Le Strat, Y., Manetti, A., & Limosin, F. (2013). Personality disorders in older adults: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 757-768.
- Spitzer, R. L. (1983). Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24, 399-411.
- Sterk, F., & Rijkeboer, M. (1997). *YSQ-NL: Young Schema Questionnaire Vragenlijst Nederland*. Ambulatorium, Universiteit Utrecht.
- van Alphen, S. P. J. (2006). *Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: Een bijdrage aan de ontwikkeling van een screeningsinstrument* (Academisch proefschrift). Radboud Universiteit.
- van Alphen, S. P. J., Bolwerk, N., Videler, A. C., Tummers, J. H. A., van Royen, R. J. J., Barendse, H. P. J., Verheul, R., & Rosowsky, E. (2012). Age-related aspects and clinical implementations of diagnosis and treatment of personality disorders in older adults. *Clinical Gerontologist*, 1, 27-41.
- van Alphen, S. P. J., Engelen, G. J. J. A., Kuin, Y., Hooijink, H. J. A., & Derksen, J. J. L. (2006). A preliminary study of the diagnostic accuracy of the Gerontological Personality disorders Scale (GPS). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 862-868.
- van Alphen, S. P. J., Rossi, G., Dierckx, E., & Oude Voshaar, R. C. (2014). DSM-5-classificatie van persoonlijk-

- heidsstoornissen bij ouderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 816-820.
- van Alphen, S. P. J., van der Werff, S., van Reijswoud, B. E., Orbons, I., Videler, A. C., I., Debast, I., & Rossi, G. (in voorbereiding). Age-neutrality of the SCID-II: Differential item functioning in younger adults (aged 20-45) and older adults (aged 65+).
- van Alphen, S. P. J., van Dijk, S. D. M., Videler, A. C., Dierckx, E., Bouckaert, F., Rossi, G., & Oude Voshaar, R. C. (2015). Personality disorders in older adults: Emerging research issues. *Current Psychiatry Reports*, 17, 538-545.
- van Alphen, S. P. J., Videler, A. C., van Royen, R. J. J., & Verhey, F. R. J. (2009). Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen nader gespecificeerd voor ouderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 249-253.
- Van den Broeck, J., Rossi, G., Dierckx, E., & De Clercq, B. (2012). Age-neutrality of the NEO-PI-R: Potential differential item functioning in older versus younger adults. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 361-369.
- van der Heijden, P., Ingenhoven, T., Berghuis, H., & Rossi, G. (2011). *DSM-5 persoonlijkheidsvragenlijst (PID-5-NL): Nederlandstalige bewerking van: The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) – Adult (American Psychiatric Association)*. Boom.
- van Dijk, S. D. M., Derksen, J. J. L., Bouckaert, F., & van Alphen, S. P. J. (2018). Descriptieve & structurele diagnostiek. In S. P. J. van Alphen, R. C. Oude Voshaar, F. Bouckaert, & A. C. Videler (red.), *Handboek persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen* (pp. 37-51). De Tijdstroom.
- van Reijswoud, B. E., Debast, I., Videler, A. C., Rossi, G., Lobbestael, J., & van Alphen, S. P. J. (2020). Severity Indices of Personality Problems-Short Form (SIPP-SF) in old age psychiatry: Reliability and validity. *Journal of Personality Assessment*, 8, 1-9.
- Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C. C., Dolan, C., Busschbach, J. J. V., van der Kroft, P. J. A., Bateman, A. W., & Foa, P. (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): Development, factor structure, reliability, and validity. *Psychological Assessment*, 20, 23-34.
- Weertman, A., Arntz, A., & Kerkhofs, M. (1996). *Gestructureerd klinisch interview voor DSM-IV As II persoonlijkheidsstoornissen (SCID II)*. Swets & Zeitlinger.
- Wolk, R. L. (1971). *The Gerontological Apperception Test*. Human Sciences Press.

Gedragsactivatie bij ouderen? Doen!

NOORTJE JANSSEN  MARCUS HUIBERS

'Ik zou willen uitschreeuwen dat ouderen wél nog kunnen veranderen!' (vrouw, 78 jaar)

Samenvatting

Depressie op latere leeftijd hangt samen met meer ziekte, sterfte en risico op comorbide stoornissen, maar wordt niet altijd effectief behandeld. Gedragsactivatie is een laagdrempelige, eenvoudig uit te voeren en effectieve psychologische behandeling voor depressie. Om de effectiviteit en toegankelijkheid van de psychische zorg voor depressieve ouderen te vergroten, zou gedragsactivatie meer kunnen worden ingezet in zowel de huisartsenpraktijk als de ggz. Zorgverleners dienen zich daarbij bewust te zijn van de vooroordelen die succesvolle behandeling van depressieve ouderen in de weg staan.

Trefwoorden: depressie, gedragsactivatie, ouderen, ageism

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Depressie bij ouderen wordt niet altijd herkend en behandeld.
- ▶ Gedragsactivatie is een effectieve behandeling voor ouderen met een depressie.
- ▶ Vooroordelen over ouderdom kunnen effectieve behandeling in de weg staan.

INLEIDING

Veel ouderen kampen met depressieve klachten. Al voor de coronapandemie vonden studies in Nederland prevalenties van depressie bij ouderen tussen de 13,7 en 19,4% (Castro-Costa et al., 2007; Licht-Strunk et al., 2005). Een recente meta-analyse liet bovendien zien dat de wereldwijde prevalentie van depressie onder de volwassen bevolking verzevenvoudigde tijdens de COVID-

19-pandemie (Bueno-Notivol et al., 2021). Hoewel prevalentiecijfers voor ouderen nog ontbreken, lijkt de pandemie ook bij hen de mentale gezondheid te hebben beïnvloed (Tsamakidis et al., 2021). Depressie op latere leeftijd hangt samen met een toegenomen kans op ziekte en overlijden, wat onder andere kan worden verklaard uit een ongezonde leefstijl en gebruik van medicatie (van den Berg et al., 2021). Ook zijn de zorgkosten voor mensen met een depressieve stoornis hoog (Bock et al., 2017). Toch worden ouderen vaak niet voldoende behandeld voor hun klachten (Kok & Reynolds, 2017).

Huisartsen hebben als eerstelijns zorgverleners een belangrijke rol bij het herkennen en behandelen van depressieve klachten bij ouderen. De richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) geeft aan dat voorlichting, dagstructurering en activiteitenplanning de eerste behandelstappen zijn (van Gelderen et al., 2019). Gedragsactivatie (GA), de psychologische behandeling die gestoeld is op deze principes, is effectief en kosteneffectief bij volwassenen, en steeds meer onderzoek laat zien dat dit bij ouderen ook het geval is (Gilbody et al., 2017; Orgeta et al., 2017; Richards et al., 2016). De meta-analyse van Orgeta en collega's (2017) laat zien dat GA leidt tot een klinisch relevante afname van depressieve klachten bij thuiswonende ouderen en ook veelbelovend is als behandeling aan huis voor mensen in een woonzorgcentrum. De afgelopen, door COVID-19 gedomineerde jaren hebben het belang van GA-strategieën blootgelegd. Waar mensen eerder houvast hadden aan hobby's en sociaal contact, werden ze tijdens de pandemie op zichzelf aangewezen. In tijden van *social distancing* zijn vaardigheden en handvatten om zelf de dag naar tevredenheid in te delen en daarmee depressieve klachten tegen te gaan, cruciaal geworden (Smith et al., 2020). Voor ouderen geldt dit wellicht nog meer, omdat zij minder vaak kunnen terugvallen op werk, zorgtaken en sociale activiteiten. Toch worden in de praktijk de meeste ouderen behandeld met antidepressiva (Verhaak et al., 2012). Dit terwijl de (langetermijn)gevaars van antidepressiva reëel zijn (Holvast et al., 2017). Omdat depressie bij ouderen vaak samengaat met andere somatische aandoeningen, is de kans op interacties met andere medicijnen bijvoorbeeld aanzienlijk: twee derde van de aan ouderen voorgeschreven medicijnen kan interacteren met antidepressiva (Mark et al., 2011).

GEDRAGSACTIVATIE: HET MODEL

.....

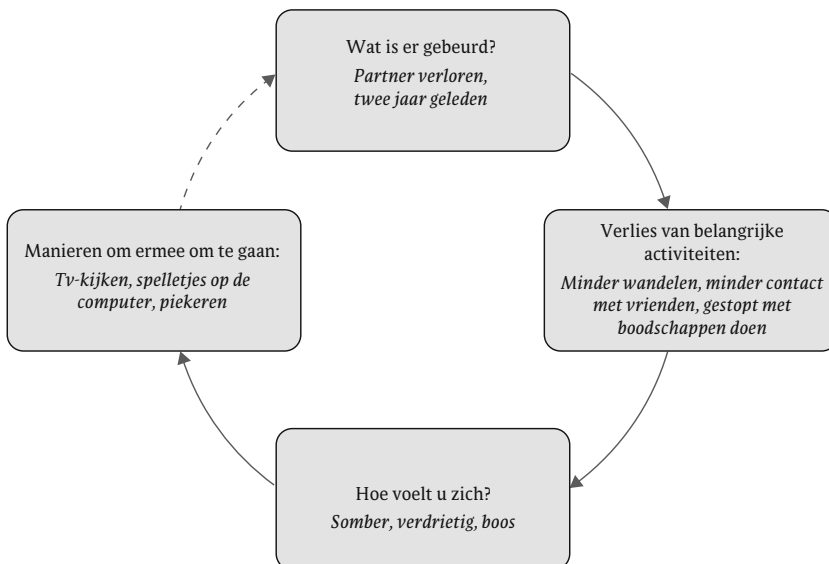
Depressie vermindert het vermogen om in te schatten of een activiteit belonend zal zijn (Dichter et al., 2009). Depressieve patiënten vermijden daardoor vaak potentieel plezierige activiteiten. GA is erop gestoeld om de patiënt de relatie tussen *voelen* en *doen* te laten ervaren, herkennen en inzetten. In een GA-behandeling staat daarom 'van buiten naar binnen redeneren' centraal. Dat betekent dat niet het gevoel vooraf, maar een planning leidend is in de keuze om een activiteit te doen. De behandelaar is daarbij een coach, die de patiënt een

aantal weken begeleidt om hem deze rationale eigen te maken. Het doel is om actiever te worden en daarmee een positief bekrachtigende omgeving te creëren. Activiteitenplanning wordt als middel ingezet om dat doel te bereiken.

Casus

Meneer van Loon (een fictieve naam) is 82 jaar oud. Hij heeft ruim twee jaar geleden zijn partner verloren en is daarna niet meer de oude geworden. Hij geeft aan dat hij het lastig vindt om van het leven te genieten nu hij weduwnaar is. Waar hij en zijn partner vroeger 'alles' samen deden, ervaart hij nu een enorme leegte. Met zijn vrouw verloor hij ook zijn wandelmaatje. Hij komt daardoor steeds minder buiten. Ook spreekt hij steeds minder met vrienden af, omdat hij zichzelf als gastheer ongeschikt vindt. Verder maakt hij gebruik van een maaltijdbezorgingsservice, wat de meeste tripjes naar de supermarkt overbodig maakt. De hierdoor vrijgekomen tijd vult hij deels met tv-kijken en spelletjes op de computer.

Gaandeweg gaat meneer van Loon meer en meer piekeren, en wordt hij somber en verdrietig. Op sommige dagen blijft hij de hele dag in bed liggen. 'Wat heeft het allemaal nog voor zin om te leven?' spookt het geregeld door zijn hoofd. Met deze klachten meldt hij zich bij de praktijkondersteuner-ggz (POH-GGZ), die een GA-traject opstart.



FIGUUR 1 Functionele analyse van meneer van Loon

Een GA-behandeling start met een functionele analyse, waarin de relatie tussen gedrag en gevoel in een model in kaart wordt gebracht. De POH-GGZ maakt samen met meneer van Loon een functionele analyse als in figuur 1. Hierdoor ziet meneer van Loon in dat het verlies van zijn partner weliswaar

aanleiding heeft gegeven tot zijn sombere gevoel, maar dat zijn huidige gedrag deze gevoelens in stand houdt. Gedragsactivatie richt zich op deze vicieuze cirkel tussen gevoel en gedrag. De POH-GGZ legt uit dat, hoewel het verdriet over zijn partner er mag zijn, de kans bestaat dat meneer van Loon door zich anders te gedragen, zich anders gaat voelen.

Ter voorbereiding op het huiswerk van de komende week vult de POH-GGZ aan het eind van de sessie samen met meneer van Loon een dagboekpagina in. In dit dagboek gaat meneer van Loon de komende weken noteren wat hij heeft gedaan en hoe hij zich daarbij voelde. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen plezier (bijvoorbeeld telefoneren met een vriend) en voldoening (bijvoorbeeld de afwas gedaan hebben). Om inzicht te krijgen in zijn patronen registreert meneer van Loon de eerste week dagelijks wat hij gedaan heeft en hoe dat voelde.

In de daaropvolgende sessies wordt elke week het activiteitendagboek van de week ervoor besproken. Naast het registreren van zijn activiteiten start meneer van Loon vervolgens ook met het plannen van voldoening of plezier gevende activiteiten. Samen bepalen meneer van Loon en de

POH-GGZ welke stappen hij elke week kan zetten. Een lijst van plezierige activiteiten die toegevoegd is aan het werkboek kan hierbij ondersteunend zijn.

In de daaropvolgende weken ontdekt meneer van Loon een patroon. Hoewel zijn gevoel zegt dat hij te moe is om een wandeling te maken en beter op de bank kan blijven zitten, heeft zijn ervaring en het registreren ervan hem doen inzien dat hij zich na een wandeling beter voelt dan na een ochtend op de bank. Aan de hand van een 'plezierige-activiteitenlijst' en een inventarisatie van wat hem vroeger plezier bezorgde, pakt hij een aantal hobby's opnieuw op. Hij begint opnieuw met schilderen, heeft weer een wandelmaatje gevonden en kookt af en toe zelf. Een enkele week doet hij te veel en is hij erg moe.

Samen met de POH-GGZ zoekt meneer van Loon naar een goede balans tussen rust en actief zijn. Hoewel hij zich over het algemeen beter is gaan voelen, blijft hij de momenten alleen thuis lastig vinden. Daarom komt in sessie 5 'piekeren als gedrag' aan bod. De POH-GGZ legt uit dat piekeren, net als wandelen en eten, gedrag is waarvoor je kunt kiezen. Meneer van Loon bouwt een piekerkwartier in en probeert de rest van de tijd zijn gedachten er vriendelijk op te wijzen dat er nu even geen ruimte voor is.

Voor de achtste sessie maakt meneer van Loon een opzet voor een *terugvalpreventieplan*. Aan de hand van een formulier schrijft hij zijn valkuilen op, denkt hij na over hoe hij terugval kan herkennen, en wat hij moet doen om terugval te voorkomen. Dit plan maakt hij samen met de POH-GGZ in de laatste sessie compleet. Na een aantal wekelijkse gesprekken gaat meneer van Loon de geleerde technieken zelf proberen voort te zetten.

GEDRAGSACTIVATIE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

.....

Volgens de *NHG-Standaard Depressie* is ‘activering’ een van de eerste behandelstappen. De huisarts stelt samen met de patiënt een plan voor dagstructurering op, en samen worden er plezierige activiteiten en plichten ingepland. De huisarts adviseert bovendien om dagelijks naar buiten te gaan, gezond te eten, sociale contacten te onderhouden en te bewegen (van Gelderen et al., 2019). Hoewel belangrijke aspecten van GA in deze standaard benoemd worden, is deze aanpak niet te vergelijken met de hierboven beschreven geprotocolleerde GA die in eerder onderzoek effectief is gebleken (Martell et al., 2001). Het grootste verschil zit hem in de vaste structuur van de afspraken, en in de aandacht voor en nadruk op de rationale van GA.

Voor behandeling in de huisartsenpraktijk is het GA-protocol van Martell en collega’s (2013) aangepast naar een format van acht korte sessies. De POH-GGZ wordt gezien als de behandelaar die deze behandeling het beste op zich kan nemen (Ekers et al., 2011). Om GA goed uit te voeren is goede training onontbeerlijk voor deze POH’s-GGZ. Onderzoek laat zien dat een dergelijke training in enkele dagen gegeven kan worden (Ekers et al., 2011). GA is bij ouderen effectief gebleken bij losstaande behandeling en als onderdeel van een *collaborative care model* dat gericht is op optimale samenwerking tussen huisarts en andere zorgverleners om de behandeling van depressie te optimaliseren (Gilbody et al., 2017; Orgeta et al., 2017).

GEDRAGSACTIVATIE IN DE GGZ

.....

Het meeste onderzoek naar de effectiviteit van GA in de ggz is uitgevoerd onder volwassenen. De behandeling doet bij deze doelgroep wat betreft effectiviteit niet onder voor cognitieve gedragstherapie of antidepressiva, en is effectiever dan gebruikelijke zorg en wachtlijstcontroles (Dimidjian et al., 2006; Ekers et al., 2014; Jacobson et al., 1996). Hoewel ouderen de drempel naar de ggz vaak als hoger ervaren, zijn er ook voor deze doelgroep voordelen aan het op grotere schaal toepassen van GA binnen de ggz. Het leent zich bijvoorbeeld voor een korte, door een getrainde sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (spv’er) uitgevoerde behandeling in de generalistische basis-ggz, of als basis voor terugvalpreventie na de actieve behandel fase vanuit de tweede lijn.

ERVARINGEN UIT DE PRAKTIJK

.....

Momenteel zijn we bezig de data van de eerste Nederlandse gerandomiseerde behandelstudie naar de (kosten)effectiviteit van gedragsactivatie op depres-

sieve klachten bij ouderen in de huisartsenpraktijk te analyseren (Janssen et al., 2017). Tijdens de dataverzameling van deze studie hebben we nauw contact gehad met huisartsen en praktijkondersteuners, en de patiënten geïnterviewd. De interviews met patiënten zijn gecodeerd met ATLAS.ti om terugkomende thema's te detecteren (Friese, 2019). Aan de hand van een aantal stellingen zullen we de thema's die leven onder zorgverleners en patiënten bespreken. We hopen hiermee wat meer inzicht te geven in hoe gedragsactivatie voor ouderen met depressieve klachten er in de praktijk uit zou kunnen zien.

Allereerst een vraag van een huisarts: 'Mijn patiënt is 75 jaar oud. Hij is regelmatig somber, maar dat komt omdat hij weduwnaar is. Hij heeft verschillende fysieke aandoeningen en een slechte conditie. Heeft deze behandeling nog wel zin?' Onder deze vraag gaan ten minste twee aannamen schuil: (1) somberheid hoort erbij, en (2) comorbiditeit en ouderdom zijn redenen om niet voor GA te kiezen.

Somberheid hoort erbij

Ouderen denken vaak dat depressieve gevoelens een natuurlijk onderdeel van het ouder worden zijn (Zivin et al., 2013). Deze veronderstelling komt mogelijk voort uit vooroordelen die mensen hebben over ouderen en ouder worden. De houding waaruit deze vooroordelen voortvloeien wordt ook wel *ageism* genoemd, vrij vertaald 'leeftijdscriminatie'. Ageism kan gedefinieerd kan worden als 'vooroordelen over of discriminatie van mensen op basis van hun leeftijd' (Nelson, 2005). In de tweede helft van de vorige eeuw was het Butler (1980) die hier voor het eerst aandacht voor had. Hij gaf aan dat ageism zich op verschillende manieren manifesteert: een negatieve houding tegenover ouderen en ouder worden, discriminatie of het onheus bejegenen van ouderen, en het implementeren van beleid en gewoonten die negatieve stereotypen over ouderen bevestigen (Butler, 1980; Lyons et al., 2018). Deze vooringenomen of gekleurde ideeën over ouderen of ouder worden kunnen ook voorkomen bij ouderen zelf en hoeven niet altijd expliciet aanwezig te zijn (São José et al., 2019). De impliciete veronderstelling dat somberheid een normaal onderdeel is van het leven als men ouder wordt, weerhoudt ouderen ervan om hulp te zoeken en zorgverleners om die hulp te bieden. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat zorgverleners de fysieke gezondheid van ouderen vaak vooropstellen en hun psychische gezondheidsklachten onderschatten (Butler, 1980; Muir-Cochrane et al., 2014). Ouderen zijn op hun beurt bang om gestigmatiseerd te worden als ze hulp zoeken en geloven vaak dat hun symptomen horen bij het ouder worden (Wuthrich & Frei, 2015). Symptomen die kunnen duiden op een depressie, zoals een gebrek aan energie, slaapproblemen en cognitieve achteruitgang, worden door ouderen soms onterecht toegeschreven aan ouderdom, terwijl er ook een depressie aan ten grondslag kan liggen. De combinatie van angst voor stigmatisatie bij

psychische klachten en een negatieve houding tegenover het ouder worden, kan de manier beïnvloeden waarop ouderen het gesprek over hun gezondheid aangaan met hun zorgverlener (Ayalon & Tesch-Römer, 2018). Ageïsm kan ertoe leiden dat een behandeling minder effectief is, hetgeen wordt veroorzaakt door lage verwachtingen, het zogenaamde ‘nocebo-effect’ (Kravvariti et al., 2021). Ook zoeken oudere volwassenen minder hulp voor hun stemmingsklachten dan jongere volwassenen (Mackenzie et al., 2010).

Comorbiditeit en ouderdom zijn redenen om niet voor GA te kiezen

Op het opmerkingenveld van onze baseline-vragenlijst schreef een participant het volgende: ‘Ik ben 81 jaar, denk dat het bij mijn leeftijd hoort en dat er nog weinig kan veranderen, maar vind het wel fijn als jullie hier veel mensen mee kunnen helpen.’ Niet alleen dacht ze dat de klachten normaal waren, maar ook dat het niet meer mogelijk was om ze te veranderen. Het vooroordeel dat ouderen niet meer kunnen veranderen, belemmert veel ouderen wederom om de hulp te zoeken en te aanvaarden die ze nodig hebben. Dit terwijl de literatuur een ander beeld laat zien. Cuijpers en collega’s (2020) hebben in een recente meta-analyse laten zien dat er wat betreft effectiviteit van psychotherapie voor depressie geen noemenswaardige verschillen zijn tussen volwassenen (24-55 jaar), ouderen (55-75 jaar) en ‘oudere ouderen’ (75+ jaar). Bovendien kent GA een eenvoudige rationale: het veranderen van depressieve gevoelens door dingen anders te *doen*. De cognitieve vermogens die nodig zijn om in cognitieve therapie de eigen kerngedachten om te buigen, zijn bij GA niet nodig. Mensen met weinig verbale vaardigheden of mensen die geen behoefte voelen om te veel over hun gedachten en gevoelens te praten, hebben wel baat bij GA.

Omdat activiteitenplanning en dagstructurering vaak als eerste stap in de behandeling worden ingezet, zowel in cognitieve gedragstherapie als in de huisartsenzorg, wordt soms ook ten onrechte gedacht dat GA alleen geschikt is voor milde enkelvoudige depressies. Mensen met ernstigere depressies zouden meer baat hebben bij de stappen die daarop volgen, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT) of medicatie. Jacobson en collega’s (1996) toonden echter aan dat GA niet onderdoet voor CGT bij depressieve volwassenen. Verder vonden Dimidjian en collega’s (2006) dat GA juist bij ernstige depressies vergelijkbaar is met medicatie, en beter is dan CGT. Hoewel meer onderzoek nodig is, zijn zelfs de eerste resultaten van studies bij mensen met dementie, met middelengebruik of met comorbide kanker positief (Sturmeij, 2009). Ook lichamelijke comorbiditeit is dus geen reden om af te zien van GA. Fysieke restricties hoeven geen belemmering te zijn. Hoewel bewegen positief kan bijdragen aan het herstel van depressieve klachten, kan GA gegeven worden zonder één stap uit de stoel te zetten. Het vervangen van vermijdend gedrag voor activiteiten die plezierig zijn of voldoening

geven, kan in principe ook zonder te bewegen, al vraagt dat wel om een zekere creativiteit van de hulpverlener.

Wat vinden ouderen zelf van GA?

Voorafgaand aan onze studie was niet elke oudere overtuigd van deelname. Sommigen hadden twijfels over de effectiviteit van de behandeling of hadden bovengenoemde vooroordelen over ouder worden. Toch lijken de data aan te geven dat ouderen over het algemeen positief tegenover de behandeling staan. Van de ouderen die waren uitgenodigd in de GA-groep besloot uiteindelijk 45% om met de studie mee te doen. Bij de groep die gebruikelijke zorg kreeg, waarin ouderen in overleg met de huisarts een behandeling aangingen, deed uiteindelijk 35% van de aangemelde ouderen mee. In beide groepen viel iets meer dan 15% van de deelnemers vóór de nameting uit, vooral omdat ze de vragenlijsten die bij het onderzoek hoorden te belastend vonden.

De meeste ouderen gaven aan dat de grootste verandering na het traject was dat ze actiever zijn geworden, met opmerkingen als: 'Ik doe meer in de tuin', 'Ik ga vaker het huis uit', 'Ik besef dat ik niet stil moet zitten.' Daarop volgde het ombuigen van gedachten: 'Ik denk niet meer veel over wat ik niet kan, en wel over wat ik wel kan.' Ook werd 'omdenken' vaak genoemd. Deze kwalitatieve bevinding sluit aan bij de hypothese dat cognitieve verandering een mechanisme is dat zowel bij cognitief als niet-cognitief georiënteerde behandelingen kan optreden (Lorenzo-Luaces et al., 2015). Ten slotte bood de therapie een fijne plek om hun verhaal kwijt te kunnen, maar werd de therapie ook als stok achter de deur ervaren.

De vragenlijsten die deel uitmaakten van de studie, maar niet van het behandeltraject, waren het grootste struikelblok. Op de tweede plaats stond het invullen van de activiteitendagboeken. Een aantal mensen gaf aan dat het per uur invullen van het dagboek, en dat elke dag, te veel was. De attitude en de flexibiliteit van de behandelaar zijn cruciaal om dit obstakel te overwinnen. Behandelaars voelden zich soms bezwaard om een oudere te belasten met 'huiswerk', iets wat veel generalistisch werkende POH's-GGZ niet gewend zijn. Ons advies is om wat betreft de frequentie en vorm van het activiteitendagboek aan te sluiten bij de behoeften en doelen van de patiënt, en daarmee het doel, de bewustwording van de samenhang tussen gevoel en gedrag, te verhelderen. Zo kan iemand die structureel te veel voor anderen zorgt in zijn dagboeken de nadruk leggen op 'pleziermomentjes' voor zichzelf, terwijl voor een ander de focus in de eerste weken kan liggen op dagstructurering en slaaphygiëne.

Wekelijks?

249

Nog niet alle huisartsenpraktijken zijn erop ingericht om wekelijkse behandelingen aan te kunnen bieden bij de POH-GGZ. Veel POH's hebben verschillende kleine contracten bij huisartsen. Hun agenda stroomt snel vol met tal van verschillende patiënten die wat laagfrequenter worden gezien. Toch raden we aan om GA zo frequent mogelijk en in een gestructureerde vorm aan te bieden (Cuijpers et al., 2013). In een naturalistische studie naar de frequentie van de sessies aan het begin van een behandeling vonden Tiemens en collega's (2019) dat een lage frequentie van behandelsessies samenhangt met slechtere uitkomsten en een chronischer beloop bij onder anderen patiënten met een depressie. Ze adviseren om ondanks organisatorische obstakels de frequentie van de sessies als prioriteit te zien. Bruijniks en collega's (2020) tonen in hun RCT naar de frequentie van psychotherapie bij depressie zelfs aan dat twee sessies per week leiden tot een grotere afname van depressieve klachten en minder uitval dan één sessie per week. Uit onze eigen steekproef bleek dat meer dan 90% van de deelnemers de (in vergelijking met gebruikelijke POH-zorg) hoge frequentie van de sessies als prettig heeft ervaren.

Hoewel tweemaal per week behandelen binnen de huidige huisartsensetting vaak niet mogelijk is, en in de ggz helaas vaak niet gehaald wordt, heeft het streven naar frequente, in elk geval wekelijkse sessies voordelen. Het doel van GA is namelijk om mensen te begeleiden om zelf hun depressieve klachten te herkennen en het juiste gedrag in te zetten wanneer ze dreigen terug te vallen. Waar een patiënt in een gebruikelijke zorgsetting meerdere maandelijkse gesprekken bij een hulpverlener zou volgen, is het doel van GA om na 8 weken de geleerde vaardigheden zelf toe te passen. Door dat een aantal weken consequent te doen, kunnen terugval en daarmee samenhangende zorgkosten voorkomen worden.

CONCLUSIE

Door impliciete vooroordelen bij zorgverleners, maar ook bij ouderen zelf, wordt depressie bij ouderen niet altijd herkend en effectief behandeld. Zorgverleners zouden alerter mogen zijn op ageïsme bij zichzelf en bij hun oudere patiënten. Ouderen herkennen depressieve klachten vaak niet als zodanig, denken dat die bij de leeftijd horen en geloven niet altijd dat verandering nog mogelijk is. Wanneer depressie wel goed herkend wordt, hoeft behandeling niet altijd complex te zijn. Gedragsactivatie is een eenvoudig te leren, effectieve psychologische behandeling, die laagdrempelig dicht bij huis gegeven kan worden. Depressie op latere leeftijd hangt samen met meer ziekte, sterfte en risico op comorbide stoornissen (Horackova et al., 2019; Wei et al., 2019). Een effectieve kortdurende behandeling zou de druk

op andere zorgverleners kunnen verlagen. Daarnaast kunnen gezondheidsproblemen door polyfarmacie worden voorkomen door niet voor antidepressiva te kiezen (Holvast et al., 2017). Voor complexere depressies lijkt GA een welkome aanvulling, die door de sp'wer of VS gegeven kan worden naast medicamenteuze behandeling, als behandeling voor residuele klachten of terugvalpreventie.

Noortje Janssen is verbonden aan het Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit, Nijmegen; aan de afdeling Eerstelijnsgeriatrie, Radboudumc, Nijmegen; en aan Pro Persona, Nijmegen.

Marcus Huibers is werkzaam bij het afdeling Klinische, Neuro- en Ontwikkelingspsychologie, Vrije Universiteit Amsterdam.

Correspondentieadres: Noortje Janssen, Radboudumc Eerstelijnsgeriatrie 117 ELG, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen. E-mail: noortje.p.janssen@radboudumc.nl.

Summary *Behavioural activation for older adults? Do it!*

Late-life depression is associated with increased morbidity, mortality and risk of comorbid disorders, but it is not always treated effectively. Behavioural activation is an easy-to-implement and effective psychological treatment for depression. Behavioural activation could be used more often in both general practice and specialised mental health care to increase the effectiveness and accessibility of psychological care for the elderly who suffer from depression. Care providers should be aware of prejudice about ageing and older adults, known as 'ageism', that hinders successful treatment of depressed older adults.

Key words *depression, behavioural activation, older adults, ageism*

Literatuur

- Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (2018). *Contemporary perspectives on ageism*. Springer Nature.
- Bock, J.-O., Hajek, A., Weyerer, S., Werle, J., Wagner, M., Maier, W., Stark, A., Kaduszkiewicz, H., Wiese, B., & Moor, L. (2017). The impact of depressive symptoms on healthcare costs in late life: Longitudinal findings from the AgeMooDe study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 131-141.
- Bruijniks, S. J., Lemmens, L. H., Hollon, S. D., Peeters, F. P., Cuijpers, P., Arntz, A., Dingenmanse, P., Willems, L., van Oppen, P., & Twisk, J. W. (2020). The effects of once- versus twice-weekly sessions on psychotherapy outcomes in depressed patients. *The British Journal of Psychiatry*, 216, 222-230.
- Bueno-Notivol, J., Gracia-García, P., Olaya, B., Lasheras, I., López-Antón, R., & Santabárbara, J. (2021). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21, 100196.
- Butler, R. N. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, 36, 8-11.
- Castro-Costa, E., Dewey, M., Stewart, R., Banerjee, S., Huppert, F., Mendon-

- ca-Lima, C., Bula, C., Reisches, F., Wancata, J., & Ritchie, K. (2007). Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: The SHARE study. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 393-401.
- Cuijpers, P., Huibers, M., Ebert, D. D., Koole, S. L., & Andersson, G. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A meta-regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 149, 1-13.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Ng, M. Y., Corteselli, K. A., Noma, H., Quero, S., & Weisz, J. R. (2020). Psychotherapy for depression across different age groups: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77, 694-702.
- Dichter, G. S., Felder, J. N., Petty, C., Bizzell, J., Ernst, M., & Smoski, M. J. (2009). The effects of psychotherapy on neural responses to rewards in major depression. *Biological Psychiatry*, 66, 886-897.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., & Gollan, J. K. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658.
- Ekers, D., Richards, D., McMillan, D., Bland, J. M., & Gilbody, S. (2011). Behavioural activation delivered by the non-specialist: Phase II randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 66-72.
- Ekers, D., Webster, L., van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression: An update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PloS one*, 9, e100100.
- Friese, S. (2019). *Qualitative data analysis with ATLAS. ti*. Sage.
- Gilbody, S., Lewis, H., Adamson, J., Atherton, K., Bailey, D., Birtwistle, J., Bosanquet, K., Clare, E., Delgadillo, J., Ekers, D., Foster, D., Gabe, R., Gascoyne, S., Haley, L., Hamilton J., Hargate, R., Hewitt, C., Holmes, J., Keding, A., ... McMillan, D. (2017). Effect of collaborative care vs usual care on depressive symptoms in older adults with subthreshold depression: The CASPER randomized clinical trial. *JAMA*, 317, 728-737.
- Holvast, F., Massoudi, B., Oude Voshaar, R. C., & Verhaak, P. F. M. (2017). Non-pharmacological treatment for depressed older patients in primary care: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 12, e0184666.
- Horackova, K., Kopecek, M., Machů, V., Kagstrom, A., Aarsland, D., Motlova, L. B., & Cermakova, P. (2019). Prevalence of late-life depression and gap in mental health service use across European regions. *European Psychiatry*, 57, 19-25.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295.
- Janssen, N., Huibers, M. J. H., Lucassen, P., Voshaar, R. O., Marwijk, H., Bosmans, J., Pijnappels, M., Spijker, J., & Hendriks, G.-J. (2017). Behavioural activation by mental health nurses for late-life depression in primary care: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 17, 230.
- Kok, R. M., & Reynolds, C. F. (2017). Management of depression in older adults: A review. *JAMA*, 317, 2114-2122.
- Kravvariti, E., Kotsani, M., Mitsikostas, D., & Sfikakis, P. (2021). Nocebo phenomena may be enhanced in aging:

- Implications for clinical practice. *Maturitas*, 143, 10-16.
- Licht-Strunk, E., van der Kooij, K. G., van Schaik, D. J., van Marwijk, H. W., van Hout, H. P., de Haan, M., & Beekman, A. T. (2005). Prevalence of depression in older patients consulting their general practitioner in The Netherlands. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 1013-1019.
- Lorenzo-Luaces, L., German, R. E., & DeRubeis, R. J. (2015). It's complicated: The relation between cognitive change procedures, cognitive change, and symptom change in cognitive therapy for depression. *Clinical Psychology Review*, 41, 3-15.
- Lyons, A., Alba, B., Heywood, W., Fileborn, B., Minichiello, V., Barrett, C., Hinchliff, S., Malta, S., & Dow, B. (2018). Experiences of ageism and the mental health of older adults. *Aging & Mental Health*, 22, 1456-1464.
- Mackenzie, C. S., Pagura, J., & Sareen, J. (2010). Correlates of perceived need for and use of mental health services by older adults in the collaborative psychiatric epidemiology surveys. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 1103-1115.
- Mark, T. L., Joish, V. N., Hay, J. W., Sheehan, D. V., Johnston, S. S., & Cao, Z. (2011). Antidepressant use in geriatric populations: The burden of side effects and interactions and their impact on adherence and costs. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 211-221.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. W. W. Norton & Co.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2013). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. Guilford Press.
- Muir-Cochrane, E., O'Kane, D., Barkway, P., Oster, C., & Fuller, J. (2014). Service provision for older people with mental health problems in a rural area of Australia. *Aging & Mental Health*, 18, 759-766.
- Nelson, T. D. (2005). Ageism: Prejudice against our feared future self. *Journal of Social Issues*, 61, 207-221.
- Orgeta, V., Brede, J., & Livingston, G. (2017). Behavioral activation for depression for older people with or without cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Alzheimer's and Dementia*, 13, P499-P500.
- Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F. C., Barrett, B., Farrand, P. A., Gilbody, S., & Kuyken, W. (2016). Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behavioural therapy for depression (COBRA): A randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*, 388, 871-880.
- São José, J. M. S., Amado, C. A. F., Ilinca, S., Buttigieg, S. C., & Taghizadeh Larsson, A. (2019). Ageism in health care: A systematic review of operational definitions and inductive conceptualizations. *The Gerontologist*, 59, e98-e108.
- Smith, M. L., Steinman, L. E., & Casey, E. (2020). Combatting social isolation among older adults in a time of physical distancing: The COVID-19 social connectivity paradox. *Frontiers in Public Health*, 8, 403.
- Sturmey, P. (2009). Behavioral activation is an evidence-based treatment for depression. *Behavior Modification*, 33, 818-829.
- Tiemens, B., Kloos, M., Spijker, J., Ingenhoven, T., Kampman, M., & Hendriks, G.-J. (2019). Lower versus higher frequency of sessions in starting outpatient mental health care and the risk of a chronic course: A naturalistic cohort study. *BMC Psychiatry*, 19, 1-12.
- Tsamakis, K., Tsiptsios, D., Ouranidis, A., Mueller, C., Schizas, D., Terniotis, C., Nikolakakis, N., Tyros, G., Kypou-

- ropoulos, S., & Lazaris, A. (2021). COVID-19 and its consequences on mental health. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 21, 244.
- van den Berg, K. S., Wiersema, C., Hegeman, J. M., van den Brink, R. H., Rhebergen, D., Marijnissen, R. M., & Oude Voshaar, R. C. (2021). Clinical characteristics of late-life depression predicting mortality. *Aging & Mental Health*, 25, 476-483.
- van Gelderen, M. G., Hassink-Franke, L. J. A., van Heest, F. B., Seeleman, J., Terluin, B., Woutersen-Koch, H., van Avendonk, M. J. P., & Hassink-Franke, L. J. A. (2019). *NHG-Standaard Depressie*. Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Verhaak, P. F., van Dijk, C. E., Nuijen, J., Verheij, R. A., & Schellevis, F. G. (2012). Mental health care as delivered by Dutch general practitioners between 2004 and 2008. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30, 156-162.
- Wei, J., Hou, R., Zhang, X., Xu, H., Xie, L., Chandrasekar, E. K., Ying, M., & Goodman, M. (2019). The association of late-life depression with all-cause and cardiovascular mortality among community-dwelling older adults: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 215, 449-455.
- Wuthrich, V. M., & Frei, J. (2015). Barriers to treatment for older adults seeking psychological therapy. *International Psychogeriatrics*, 27, 1227.
- Zivin, K., Wharton, T., & Rostant, O. (2013). The economic, public health, and caregiver burden of late-life depression. *The Psychiatric Clinics of North America*, 36, 631.

Cognitieve gedragstherapie voor depressie bij ouderen

Toepassing en aandachtspunten

TANJA SU, NOORTJE JANSSEN & PATRICIA VAN OPPEN

Samenvatting

Met de toename van de levensverwachting wordt het aandeel ouderen in de samenleving steeds groter. Met het ouder worden neemt de kans op multimorbiditeit toe. Dit gaat gepaard met een hoger risico op het ontwikkelen van een depressie, de meest voorkomende psychische stoornis bij ouderen. Echter, ouderen lijken minder toegang te hebben tot psychotherapie. In dit artikel bespreken we hoe depressie bij ouderen beter herkend kan worden en welk bewijs er is voor de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie (CGT) bij het behandelen en voorkómen van depressie bij ouderen. Hoewel er bij oudere volwassenen beduidend minder gecontroleerde studies naar de effectiviteit van psychologische behandeling (CGT) zijn verricht dan bij jongere volwassenen, zijn er geen aanwijzingen voor een geringere effectiviteit bij ouderen. CGT kan preventief worden ingezet om een depressie te voorkomen en kan tevens een belangrijke rol vervullen in het kader van terugvalpreventie.

Trefwoorden: depressie, oudere volwassenen, CGT, evidentie, comorbiditeit

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ CGT is een effectieve behandeling voor depressies bij oudere volwassenen.
- ▶ De meeste CGT-concepten zijn toepasbaar bij ouderen, mits er rekening wordt gehouden met leeftijds- en generatiespecifieke factoren.
- ▶ Depressie bij volwassenen van 65 jaar en ouder met multimorbiditeit kan mogelijk voorkomen worden door CGT preventief in te zetten.

INLEIDING

255

.....

In 2020 was ongeveer 20% van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2021). Naar verwachting neemt dit aandeel verder toe, tot 25% in 2030 (Verenigde Naties, 2019). Ouderen vervullen belangrijke maatschappelijke rollen, waaronder familiale rollen als grootouder, mantelzorger en vrijwilliger (Wereldgezondheidsorganisatie, 2017). Verder vervullen jongere ouderen (65- tot 70-jarigen) vaak nog betaalde functies. Mentale gezondheid is dus op latere leeftijd, zowel in individueel als in maatschappelijk perspectief, net zo belangrijk als op elke andere leeftijd. De meest voorkomende psychische stoornis bij ouderen is de depressieve stoornis (Volkert et al., 2013; Wereldgezondheidsorganisatie, 2017). Schattingen over de prevalentie van de depressieve stoornis bij ouderen in Nederland en andere westerse landen lopen uiteen van 1,2% bij 60-plussers tot 7,1% bij 75-plussers (Luppa et al., 2012; van der Aa et al., 2015; Volkert et al., 2013). Mogelijk neemt binnen de groep oudere volwassenen de kans op het ontwikkelen van een depressie toe met de leeftijd.

Hoewel de depressieve stoornis minder vaak wordt gerapporteerd bij ouderen dan bij volwassenen, worden klinisch relevante depressieve klachten (zogenaamde *minor depressions*) bij ouderen juist frequenter gezien (Beekman et al., 1999; van der Aa et al., 2015). In de Longitudinal Ageing Study Amsterdam (LASA), een representatieve steekproef onder Nederlandse 60-plussers, kampte 12% van de deelnemers met klinisch relevante depressieve klachten (van der Aa et al., 2015). In een Nederlandse preventiestudie onder kwetsbare 75-plussers was dit zelfs 31% (van 't Veer-Tazelaar et al., 2009). Dergelijke klachten vormen een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressieve stoornis in engere zin (Jeuring et al., 2016).

Een depressieve stoornis is een multifactoriële aandoening, die vanuit het biopsychosociale model begrepen kan worden als een interactie tussen enerzijds belangrijke levensgebeurtenissen, en anderzijds een biologische en/of psychologische kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van een depressie (Schotte et al., 2006). Sommige levensgebeurtenissen en omstandigheden, zoals een ongezonde levensstijl (bijvoorbeeld roken en overgewicht) en een gebrek aan sociale steun, gelden voor zowel volwassenen als ouderen als risicofactor (Jeuring et al., 2016; Schaakxs, Comijs, van der Mast et al., 2017). Andere levensgebeurtenissen, zoals het verlies van naasten, rolveranderingen na het pensioen en chronische somatische ziekten, komen bij ouderen vaker voor dan bij jongere volwassenen (Zantinge et al., 2011). Hoewel deze gebeurtenissen en omstandigheden niet per definitie hoeven te leiden tot een depressie, kunnen zij in interactie met biologische of psychologische kwetsbaarheid de kans op een depressie wel vergroten. Zo wordt het hebben van chronische somatische ziekten in verband gebracht met de ontwikkeling van een klinische depressie bij ouderen (Jeuring et al., 2016, 2018). Ook

het hebben van twee of meer somatische ziekten – zogenaamde multimorbiditeit – komt vaak voor bij ouderen en wordt in verband gebracht met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een depressie (Read et al., 2017). De kans op een depressie bij mensen met multimorbiditeit is twee tot drie keer hoger dan bij mensen zonder multimorbiditeit (Read et al., 2017). Daarnaast wordt een hogere somatische ziektelast bij ouderen met een depressie geassocieerd met de aanwezigheid van een depressie 2 jaar later (Hegeman et al., 2017). Depressie bij ouderen wordt bovendien in verband gebracht met hogere lichamelijke morbiditeit en mortaliteit (Cuijpers & Schoevers, 2004). Zo hangt depressie samen met verminderde naleving van de behandeling van diabetes mellitus en met een hogere zorgconsumptie (Ciechanowski et al., 2000). Daarnaast is de kans op exacerbatie van de depressieve klachten groter bij depressieve ouderen met chronische somatische comorbiditeiten (Hegeman et al., 2017). Deze interactie tussen somatisch lijden en psychisch lijden is bij ouderen derhalve bijzonder relevant.

Zoals hierboven beschreven, kampt een aanzienlijk deel van de ouderen met klinisch relevante depressieve klachten en zijn er specifieke omgevingsfactoren die ouderen kwetsbaar maken. Toch worden veel ouderen niet voldoende behandeld voor hun klachten (Kok & Reynolds, 2017). Hieraan ten grondslag liggen onder andere onderdiagnostiek en verouderde ideeën over de werkzaamheid van psychotherapie bij ouderen. In dit artikel beschrijven we hoe depressie bij ouderen beter herkend kan worden. De evidentie voor de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie (CGT) bij het behandelen en voorkómen van depressie bij ouderen komt eveneens aan bod. Daarbij bespreken we specifieke aandachtspunten die bij deze behandeling in acht genomen moeten worden.

HERKENNING VAN DEPRESSIE BIJ OUDEREN

.....

Depressieve symptomen bij ouderen verschillen in principe niet van de symptomen die volwassenen laten zien (Hegeman et al., 2012). Toch kan er met toenemende leeftijd een verschuiving ontstaan in de presentatie van de klachten (Kok & Reynolds, 2017). Ouderen presenteren zich bijvoorbeeld geregeld met motivationele of somatische symptomen (zoals veel slapen, vermoeidheid, gewichtsverlies of geheugenproblemen), terwijl de affectieve symptomen (zoals somberheid) minder vaak door hen benoemd worden (Hegeman et al., 2012, 2015; Schaakxs, Comijs, Lamers et al., 2017). De kans op chronische somatische ziekten neemt eveneens toe met het ouder worden (Zantinge et al., 2011). Door deze focus op somatische en motivationele symptomen bestaat de kans dat de klachten niet door huisartsen herkend worden als passend bij een depressieve episode. De klachten kunnen hierdoor onterecht worden toegeschreven aan comorbide somatische aandoeningen (Mitchell et al., 2010).

Gebleken is dat ouderen zelf depressieve klachten niet altijd herkennen (Wuthrich & Frei, 2015). Sombere gevoelens kunnen door henzelf onterecht als normaal worden beschouwd, of worden toegeschreven aan gezondheidsproblemen of ouderdom (Wuthrich & Frei, 2015). Ook herkennen sommige ouderen hun klachten weliswaar als zodanig, maar vinden ze dat ze er anderen niet mee moeten belasten, dat zij ze zelf moeten kunnen oplossen of dat ze geen reden tot klagen hebben omdat anderen er slechter aan toe zijn (Wuthrich & Frei, 2015). Hiermee bestaat de kans op onderdiagnostiek en daarmee ook onderbehandeling van depressie bij ouderen. Het kan tevens de uitkomst van comorbide somatische ziekten negatief beïnvloeden. Het is daarom van cruciaal belang dat met name zorgverleners in de eerste lijn, zoals huisartsen en praktijkondersteuners, de mogelijkheid serieus nemen dat gerapporteerde somatische en motivationele klachten veroorzaakt worden door een depressie (Kok & Reynolds, 2017).

EVIDENTIE VOOR CGT

.....

Onterecht werd lange tijd gedacht dat het weinig zin heeft om ouderen met een depressie psychotherapeutisch te behandelen. Dit was gebaseerd op de mythe dat een psychologische behandeling bij ouderen niet werkzaam is (Kok, 2008). Vooroordelen over ouderen en veroudering (bijvoorbeeld dat ouderen ‘star zijn’ en ‘toch geen tijd meer hebben om te veranderen’) hebben de drempel voor toepassing van psychotherapie bij ouderen verhoogd (Kok, 2008). In de afgelopen decennia is hier gelukkig verandering in gekomen. Diverse studies hebben inmiddels aangetoond dat psychologische behandeling van oudere volwassenen met een depressie effectief is (Cuijpers et al., 2006). Psychotherapie als behandeling van een depressie blijkt even effectief bij oudere als bij jongere volwassenen (Cuijpers et al., 2009).

In een recente meta-analyse van behandelstudies werd de effectiviteit van psychotherapie voor depressie voor alle leeftijden met elkaar vergeleken. Er werden vergelijkbare effectgrootten gevonden bij volwassenen van 24 tot 55 jaar, oudere volwassenen van 55 jaar tot 75 jaar, en ‘oudste ouderen’ van 75 jaar en ouder, met effectgrootten van respectievelijk $g = 0,77$, $g = 0,66$, en $g = 0,97$ (Cuijpers et al., 2020). De onderzochte actieve interventie betrof in ruim de helft van de studies een vorm van CGT. Gemiddeld genomen verschilde de kwaliteit van studies uitgevoerd bij jongere volwassenen, oudere volwassenen en oudste ouderen niet. Zo bleek in alle leeftijdsgroepen slechts één op de zes studies te hebben gebruikgemaakt van een actieve controleconditie (een placebo psychologische behandeling). Hoewel het percentage uitval in de actieve psychotherapiecondities relatief hoog was, verschilde dit niet voor de verschillende leeftijdscategorieën (Cuijpers et al., 2020). Wel bleek dat de studies bij ouderen relatief vaak gebaseerd wa-

ren op een steekproef uit de bevolking en niet op een klinische populatie (Cuijpers et al., 2020).

De sensitiviteitsanalyse van de meta-analyse van Cuijpers en collega's, waarin alleen de methodologisch beste studies werden geïncludeerd, liet kleinere effectgrootten zien, waarbij de effectgrootte niet wezenlijk verschildte tussen volwassenen van 24 tot 55 jaar, en oudere volwassenen van 55 jaar tot 75 jaar (respectievelijk $g = 0,52$ en $g = 0,57$), maar de effectiviteit duidelijk minder was onder ouderen van ouder dan 75 jaar ($g = 0,30$) (Cuijpers et al., 2020). Echter, slechts 3% van de geïncludeerde studies richtte zich op deze 'oudste ouderen', en derhalve luidt de conclusie dat er voor deze groep beperkte evidentie is voor effectiviteit van psychologische behandelingen (Cuijpers et al., 2020). Hoewel deze meta-analyse laat zien dat er meer onderzoek nodig is naar 'oudste ouderen', toont ze ook aan dat de effectiviteit van psychotherapie, en dan met name CGT, voor oudere volwassenen (tot 75 jaar) gelijk is aan jongere volwassenen.

CGT heeft dan ook terecht een prominente plaats in het *Addendum ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn depressie* (Kok, 2008). Hierin is beschreven dat CGT bij ouderen met een depressie effectief is in de acute fase, en even effectief is als medicatie. Hiermee is CGT de eerste keuze evidence-based psychologische behandeling bij ouderen (Kok, 2008).

CGT OF TOCH MEDICATIE?

.....

Van de volwassenen (18 tot 65 jaar) met een gediagnosticeerd psychisch probleem wordt 16% doorverwezen naar een eerstelijnspsycholoog of de gespecialiseerde ggz, versus 7% van de 65-plussers, een beduidend lager verwijzingspercentage (Nuijen, 2012). Depressie op latere leeftijd wordt frequent door de huisarts behandeld met medicatie, terwijl jongere volwassenen vaker worden doorverwezen naar een psycholoog of psychiater (Hetlevik et al., 2019). Niettemin heeft twee op de drie ouderen met depressieve klachten een voorkeur voor gesprekstherapie (Hetlevik et al., 2019).

Bovendien wordt psychologische behandeling bij milde tot matige depressie aanbevolen vanwege de beperkte effectiviteit van antidepressiva in vergelijking met placebo (Spijker et al., 2019). Daarnaast kan het gebruik van antidepressiva, juist bij ouderen met multimorbiditeit, problemen geven vanwege polyfarmacie (het langdurig gecombineerd gebruik van vijf of meer medicijnen). De prevalentie van polyfarmacie is het hoogst bij oudere volwassenen van 65 jaar en ouder, en is in de periode 1999-2014 opgelopen van 13% naar 27% (Oktora et al., 2019). Hiermee is de prevalentie van polyfarmacie bij ouderen vele malen hoger dan bij volwassenen, bij wie een percentage van maximaal 5% wordt gerapporteerd (Oktora et al., 2019). Polyfarmacie verhoogt de kans op ongewenste interactie tussen de verschillende medicijnen. Gecombineerd gebruik van selectieve serotonine-heropnameremmers

(SSRI's) met ontstekingsremmende pijnstillers (ibuprofen of diclofenac) of bloedverduunners verhoogt de kans op gastro-intestinale bloedingen, terwijl de combinatie van SSRI's met plaspillen de kans op hyponatriëmie verhoogt (Batelaan et al., 2021). Verder zijn ouderen gevoeliger voor bijwerkingen, met name voor de anticholinerge effecten van antidepressiva, die kunnen leiden tot urineretentie en zelfs een delier bij de meest kwetsbare ouderen (Batelaan et al., 2021). Aangezien de kans op somatische comorbiditeit toeneemt met de leeftijd en dit een risicofactor is voor het ontwikkelen van een depressie (Mitchell & Subramaniam, 2005), is voor veel ouderen CGT te prefereren boven antidepressiva.

Een andere belangrijke meerwaarde van CGT als alternatief voor medicatie is dat de kans op terugval na het beëindigen van CGT minder groot is dan na het stoppen met antidepressiva (Cuijpers et al., 2013). Dit is relevant, aangezien depressie geregeld een chronisch of recidiverend beloop heeft, met name bij een comorbide somatische ziektelast (Hegeman et al., 2017).

PREVENTIEVE CGT BIJ OUDEREN MET SOMATISCHE COMORBIDITEIT

.....

Gezien het verhoogde risico op een depressie bij multimorbiditeit en het ongunstige beloop van een depressie in geval van somatische comorbiditeit, is het voorkómen of uitstellen van depressies bij ouderen een belangrijk thema. Een Nederlandse studie gericht op kwetsbare ouderen van 75 jaar en ouder met klinisch relevante depressieve symptomen onderzocht het effect van een *stepped-care* preventieprogramma inclusief CGT op de ontwikkeling van een klinische depressieve en/of angststoornis, in vergelijking met reguliere zorg (van 't Veer-Tazelaar et al., 2009). Bij de helft van de deelnemers was er sprake van somatische multimorbiditeit (van 't Veer-Tazelaar et al., 2009). In vergelijking met reguliere zorg slaagde het *stepped-care* preventieprogramma erin de incidentie van depressieve en angststoornissen te halveren gedurende een periode van 1 jaar, en dit gunstige effect bleef behouden bij de follow-up na 2 jaar (van 't Veer-Tazelaar et al., 2009, 2011). De specifieke bijdrage van de verschillende behandelonderdelen van het *stepped-care* programma is echter niet onderzocht.

Een meer recente gerandomiseerde gecontroleerde studie onderzocht of een depressie bij 65-plussers met multimorbiditeit voorkomen kan worden door CGT preventief aan te bieden. Het aantal ouderen dat na zes maanden een depressie ontwikkelde, was significant lager in de CGT-conditie (3%) dan in de gebruikelijke zorgconditie (10%) ($p = 0,02$) (Read et al., 2020). Ook na 24 maanden was het aantal ouderen met een depressie lager in de CGT-conditie (15%) dan in de gebruikelijke zorgconditie (27%) ($p = 0,013$) (Read et al., 2021). Bovenstaande studies laten zien dat CGT veelbelovend is bij het voorkomen van een depressie bij ouderen met multimorbiditeit.

AANDACHTSPUNTEN BIJ DE TOEPASSING VAN CGT BIJ OUDEREN

.....

Hoewel opzet en uitvoering van CGT bij ouderen in principe niet verschillen van de aanpak bij jongere volwassenen, is het goed om rekening te houden met een aantal generatie- en leeftijdsspecifieke factoren. Aan de hand van twee casussen stippen we een aantal aandachtspunten aan.

Ongeacht de leeftijd van de patiënt is het altijd belangrijk om als therapeut tijdens de behandeling zicht te krijgen op welke gedachten reëel zijn en welke gedachten op denkfouten berusten. Dit onderscheid is wellicht bij ouderen extra relevant, omdat zij gemiddeld genomen meer reële beperkingen ervaren – zoals lichamelijk ongemak, verlies of ziekte – dan jongere volwassenen.

Een andere valkuil kan zijn dat zowel patiënt als therapeut het ‘volledige pakket’ van niet-helpende gedachten van de patiënt voor waar houdt, terwijl in feite slechts een deel van deze gedachten rationeel blijken te zijn. Het is daarom belangrijk om de gedachten altijd goed uit te vragen. De volgende casus laat zien dat onderscheid maken tussen reële en niet-reële gedachten kan helpen bij het accepteren van de gebreken die vaak gepaard gaan met ouder worden. Tevens laat de casus zien dat, ondanks de fysieke problemen die gepaard gaan met ouder worden, er nog steeds mogelijkheden zijn voor patiënten om hun omgeving en gedrag aan te passen, waardoor hun depressieve symptomen verminderen.

Voetbal

.....

Een 65-jarige man heeft in zijn leven meerdere sombere episoden doorgemaakt. Hij was altijd bevlogen in zijn werk, maar omdat zijn laatste project moeizaam verliep, besloot hij vervroegd met pensioen te gaan.

Sindsdien volgen nieuwe depressieve episoden elkaar met steeds kortere tussenpozen op. De man trekt zich terug uit het sociale leven en onderneemt steeds minder. Hij laat veel voetbaltrainingen schieten, terwijl die trainingen voordien, ondanks blessures, juist zijn uitlaatklep waren. Wanneer hij zo nu en dan wel de moed verzameld heeft om te gaan voetballen, merkt hij dat het minder goed lukt dan voorheen vanwege een verminderde conditie. Zijn teamgenoten lijken, net als hij, last te krijgen van leeftijdsgelerateerde lichamelijke gebreken. Dat irriteert de man, want hij is competitief ingesteld. Hij wordt doorverwezen naar de gespecialiseerde ggz, waarna een psycholoog een CGT-behandeling start.

Met behulp van situatie-gedachten-gevoel-schema's wordt duidelijk dat de negatieve automatische gedachte 'Ik ben nutteloos' overheerst. Daarnaast heeft de man negatieve gedachten over ouder worden. Dat betekent voor hem enkel achteruitgang en verlies, en hij heeft de overtuiging dat zijn situatie uitzichtloos is. Het feit dat ook zijn teamgenoten lichamelijk ongemak ervaren bevestigt zijn negatieve ge-

dachten: ouder worden brengt alleen maar ellende met zich mee, en hij kan niets doen om dit leed te verzachten.

Wanneer de therapeut de negatieve gedachten van de man socratisch bevraagt op houdbaarheid, logica en het effect ervan, komt de man tot de conclusie dat zijn gedachten over lichamelijke achteruitgang reëel zijn. Hij wordt aangemoedigd zijn gedachten en ervaringen rond zijn verminderde sportprestaties en zijn ergernis daarover te delen met zijn teamgenoten. Er blijkt sprake van herkenning. De man ervaart steun, wat resulteert in meer begrip voor anderen en meer acceptatie van zichzelf.

Vervolgens komt het team met een alternatief voor de standaard voetbalpartijen, namelijk *walking football*, een variant waarbij de ploegen in wandeltempo op een kwart veld spelen. Tijdens het spel mag er niet worden gerend en de bal mag niet boven heuphoogte komen. Dit vormt voor de man het bewijs dat een deel van zijn negatieve gedachten – namelijk de overtuiging dat hij niets kan doen om zijn situatie te verbeteren – irreëel is. Aldus hervindt hij zijn uitlaatklep in voetballen, heeft hij meer sociaal contact en beleeft hij meer pleziermomenten.

Deze casus illustreert niet alleen het belang van het goed uitvragen en uitdagen van reële en irreële gedachten, maar ook het belang van aandacht voor bijkomende klachten, zoals lichamelijke comorbiditeit, verlies of rolverandering. Wanneer deze klachten onbehandeld of onbenoemd blijven, kunnen ze interfereren met interventies als gedragsactivatie. Door leeftijdsgebonden lichamelijke ongemakken serieus te nemen en aan te kaarten is het deze patiënt gelukt om voetbal zo aan te passen dat hij en zijn teamgenoten er weer plezier aan beleven.

Daarnaast illustreert de casus het belang van het aanpakken van disfunctionele gedachten. Dit kan nodig zijn, enerzijds omdat ouderen minder gewend zijn te denken in termen van disfunctionele gedachten, anderzijds om de drempel te verlagen om wat ze denken en voelen te delen met anderen. Terwijl zij eerder geleerd hebben te zwijgen over mentale kwetsbaarheid (vanuit de norm dat ‘iemand zijn vuile was niet buitenhangt’), doen ze nu ervaring op met hoe het is om er wel open over te zijn. Hiermee kan ook een patroon van piekeren over dergelijke disfunctionele overtuigingen worden doorbroken. De disfunctionele copingstrategie wordt vervangen door adequatere, actievere coping, namelijk actief steun zoeken bij belangrijke anderen, teneinde dergelijke overtuigingen te toetsen op houdbaarheid, of oplossingen en aanpassingen te zoeken voor het ervaren probleem. Hiermee wordt de kans op terugval verkleind.

De behandeling van depressie begint zeer regelmatig met gedragsactivatie (Janssen & Huibers, in dit nummer). In veel gevallen zal gedragsactivatie voldoende zijn om depressieve klachten van ouderen fors te doen afnemen. Maar daarnaast zullen disfunctionele cognities regelmatig een belangrijke rol blijven spelen. In dat geval zijn cognitieve elementen cruciaal om de niet-helpende gedachten te veranderen.

De volgende casus illustreert hoe gedragsactivatie belemmerd kan worden door bestaande sterke disfunctionele gedachten en overtuigingen, en hoe het veranderen van deze negatieve gedachten de gedragsactivatie uiteindelijk ten goede komt.

Verlies

Een 84-jarige vrouw met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis wordt een half jaar na het onverwachte overlijden van haar echtgenoot aangemeld. Haar man was altijd degene die sociale contacten buiten het gezin initieerde en onderhield. Hij was extravert en praatte graag volop.

De vrouw is somber, heeft een verminderd vermogen om te genieten en vindt haar leven nauwelijks nog de moeite waard. Ze ervaart onrust, kampt met slapeloosheid en daarnaast met veel schuldgevoelens.

De vrouw wordt doorverwezen naar de gespecialiseerde ggz. In eerste instantie wordt zij door een psycholoog behandeld met gedragsactivatie. Ze probeert stapsgewijs activiteiten te ondernemen die haar vroeger plezier bezorgden. Dit lukt haar nauwelijks. Met name pogingen om haar sociale activiteiten uit te breiden leiden tot paniekaanvallen. Haar somberheidsklachten nemen toe, net als haar klachten op het vlak van onrust, en ze slaapt slechter.

Schuld

Hoewel de vrouw altijd goed contact had met haar kinderen, ziet zij er sinds het overlijden van haar partner tegen op om met hen af te spreken. Afspraken gaan gepaard met gevoelens van angst en spanning. Bij de inventarisatie van haar gedachten (met behulp van situatie-gedachten-gevoel-schema's) blijkt zij ervan overtuigd te zijn dat zij schuldig is aan het overlijden van haar man. In de ochtend had haar man geklaagd dat hij zich niet lekker voelde. Vlak voor het avond werd, was hij plots in elkaar gezakt. Achteraf vindt de vrouw dat zij erop had moeten aandringen dat hij naar de dokter ging. Dat zij dit voor zich hield, verklaart de ervaren spanning in het contact met haar kinderen.

Samen met haar psycholoog onderzoekt de vrouw de houdbaarheid van de gedachte: 'Het is mijn schuld dat Piet niet tijdig naar de dokter is gegaan. Als ik erop had aangedrongen, had ik zijn infarct kunnen voorkomen.' Vragen die hierbij gesteld worden zijn: 'Welk bewijs heb ik voor en tegen dat deze gedachte?', en: 'Wat zou ik tegen een vriendin zeggen die zich in dezelfde situatie bevindt?' Deze socratische vragen zorgen er niet direct voor dat haar overtuiging verandert. Zelf geeft zij aan hier graag een deskundige over te willen raadplegen. Ze besluit haar gedachten voor te leggen aan haar huisarts. De huisarts legt de vrouw uit dat de klachten die haar man die ochtend had niet typerend waren voor een dreigende hartstilstand, en ze dus niet had kunnen weten wat ze nu weet. Bovendien benadrukt hij dat ze juist heeft gehandeld door 's avonds direct het alarmnummer te bellen.

Het informatieve gesprek met de huisarts leidt ertoe dat de vrouw haar overtuiging meer kan loslaten. Hierdoor durft zij haar schuldgevoel met haar kinderen te be-

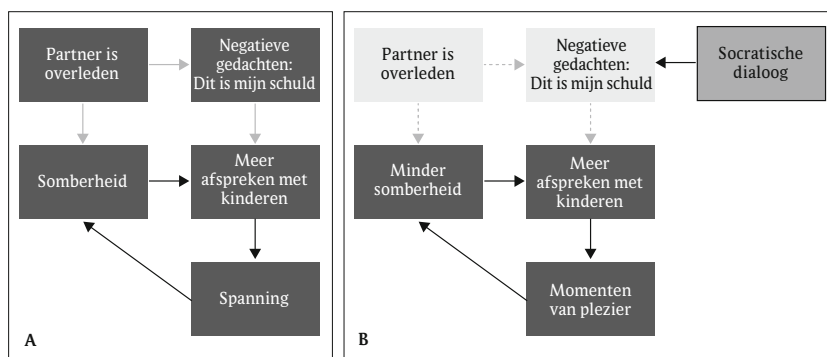
spreken. Beide kinderen zijn zeer geraakt dat hun moeder zo lang onder haar irreële overtuiging gebukt is gegaan. Ze geven aan dat moeder volgens hen geen schuld heeft aan het overlijden van vader, maar dat het noodlot hem getroffen heeft. Hierdoor kan de vrouw weer makkelijker met haar kinderen afspreken. Sindsdien beleeft ze weer meer pleziermomenten samen met haar kinderen.

Sociale situaties

Uit het activiteitendagboek van de vrouw blijkt echter dat het initiëren en onderhouden van sociale contacten met vrienden gepaard blijft gaan met veel spanning. Vrienden nodigen haar uit voor etentjes, maar ze bedankt vaak voor de uitnodiging of zegt af. Met behulp van situatie-gedachten-gevoel-schema's kan de reden hiervoor worden achterhaald. De vrouw is bang dat het gesprek stil zal vallen, omdat ze vindt dat ze niets te vertellen heeft en dat wat ze wel vertelt niet interessant is. Ze wil graag de leegte die haar man achterliet opvullen door zelf de extraverte rol op zich te nemen. Dit valt haar echter zwaar. Ze heeft de overtuiging dat ze als 'oninteressant persoon' door de mand zal vallen en door haar vrienden in de steek gelaten zal worden. Ze probeert dit zogenaamde gebrek te compenseren door voorafgaand aan een afspraak allerlei mogelijk interessante gespreksonderwerpen te bedenken. Hierdoor raakt de vrouw echter extra gespannen, slaapt ze slecht en voelt ze zich lichamelijk niet lekker, waardoor ze afspraken vaak op het laatste moment afzegt. Omdat zij sociale situaties veelal uit de weg gaat, kan ze niet toetsen of haar gedachten waar zijn en – als die inderdaad waar zouden zijn – of zij de situatie kan verdragen.

De therapeut neemt de tijd om de vrouw middels psycho-educatie inzicht te bieden in de samenhang tussen haar gedachten, stress en slapeloosheid, en de lichamelijke klachten die daaruit voortvloeien. Ze maakt inzichtelijk dat de strenge en negatieve gedachten van de vrouw voor een groot deel bepalen hoe zij zich voelt, en dat het doorbreken van de cyclus waarin de vrouw zich door haar gedachten laat terugtrekken uit sociale situaties zou kunnen helpen om uit deze negatieve spiraal te komen. Met behulp van situatie-gedachten-gevoel-schema's lukt het de vrouw om haar automatische negatieve gedachten zelf socratisch te bevragen op houdbaarheid, logica en het effect ervan. Dit resulteert in gedachten die reëler zijn en die haar helpen om op uitnodigingen van anderen in te gaan. Ze verwacht bijvoorbeeld niet van zichzelf dat ze net zo extravert zal worden als haar partner en vertrouwt erop dat gesprekken kunnen ontstaan zonder ze uitgebreid voor te bereiden. Aldus kan de vrouw haar angstige verwachtingen toetsen en in haar geval ook verwerpen, en krijgt zij meer zelfvertrouwen. Hierdoor lukt het haar om in een opwaartse spiraal van gedragsactivatie terecht te komen, waarin ze ook zelf sociale contacten durft te initiëren.

Zie figuur 1 voor een schematische weergave van deze casus.



FIGUUR 1 Schematische weergave van de beschreven casus

Ad A: Gedragsactivatie heeft als doel vermindering van somerheid, maar geeft het tegenovergestelde resultaat. Het opnieuw aanhalen van het contact met de kinderen, wat de vrouw voorheen altijd erg plezierig vond, gaat nu gepaard met gevoelens van angst en spanning. Nadere analyse middels de dagboeken maakt duidelijk dat de overtuiging dat het haar schuld is dat haar echtgenoot overleden is, en dat haar kinderen haar dit zullen verwijten, hieraan ten grondslag ligt. Dit verklaart de verandering in haar beleving als zij haar kinderen opzoekt en dat deze vorm van gedragsactivatie niet resulteert in vermindering van somerheid.

Ad B: Het socratisch uitdagen van de negatieve gedachten op houdbaarheid, logica en het effect ervan resulteert in gedachten die meer helpend zijn. Hierdoor kan de vrouw haar disfunctionele overtuiging loslaten. Zij durft haar schuldgevoel vervolgens met haar kinderen te bespreken. Ze ziet er minder tegen op om met haar kinderen af te spreken en ervaart steeds meer plezierige momenten, wat de somerheid doet verminderen.

Voor deze patiënte was het belangrijk om een aantal niet-helpende overtuigingen over haar 'schuld' ('Ik ben schuldig aan de dood van mijn man') en negatieve gedachte over zichzelf ('Ik ben een oninteressant persoon') uit te dagen en bij te stellen. Hierdoor is zij beter in staat om meer sociale contacten aan te gaan. Daarnaast illustreert de casus het belang van aandacht voor psycho-educatie. De dagelijkse klinische praktijk leert dat voor ouderen de wederkerige relatie tussen lichamelijke klachten, psychische klachten en psychosociale stressfactoren minder vanzelfsprekend is (Kok, 2008). Ge-degen psycho-educatie kan hen helpen te begrijpen wat een depressie is en dat daar een goede behandeling voor beschikbaar is, maar vooral dat zij zelf iets kunnen doen om deze klachten te verbeteren. Dat gevoelens positief beïnvloed kunnen worden door bepaalde disfunctionele gedachten of gedragingen aan te pakken, is niet algemeen bekend bij ouderen (Kok, 2008). Met heldere, uitgebreide psycho-educatie wordt de rationale helder, wat de motivatie voor therapie ten goede komt.

Ten slotte is het goed om rekening te houden met aandoeningen die relatief vaak voorkomen op latere leeftijd, zoals mobiliteitsbeperkingen, visus- en gehoorproblemen, en afname van het cognitief functioneren. Een verminderde geheugenfunctie en een wat tragere informatieverwerking

passen bij normale veroudering (Salthouse, 2019), maar depressie kan deze cognitieve klachten verergeren. De prevalentie van cognitieve problemen bij ouderen met een depressie kan oplopen tot 50% (Köhler et al., 2010), met name op de cognitieve domeinen van aandacht en executieve functies (Rock et al., 2014). Executieve disfunctie hoeft echter de effectiviteit van CGT op depressie niet negatief te beïnvloeden (Alexopoulos et al., 2003; Areán et al., 2010).

Uit bovenstaande leeftijdsgerelateerde veranderingen vloeit een aantal pragmatische richtlijnen voort. Zo moet de therapie plaatsvinden op een goed bereikbare en toegankelijke locatie. De akoestiek van de ruimte moet goed zijn en het gebruikte geschreven materiaal ter ondersteuning van de therapie goed leesbaar (bijvoorbeeld door een extra groot lettertype). Daarbij kan schriftelijke informatie het geheugen ondersteunen, in de vorm van een naslagwerk. Regelmatig vijf minuten pauzeren tijdens de therapiesessie bevordert de concentratie en het geheugen, en zorgt ervoor dat de patiënt de zitting goed kan blijven volgen. De patiënt krijgt zo tijd om het geleerde te laten bezinken. Daarnaast leert de klinische praktijk dat het van belang is om veelvuldig te herhalen middels zelf ingebrachte concrete voorbeelden en zo het geleerde te laten beklijven.

CONCLUSIE

.....

Met het oog op de toenemende vergrijzing, in combinatie met een gemiddelde levensverwachting van boven de 80 jaar, is de huidige verwachting dat binnen 10 jaar meer dan een kwart van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder zal zijn. Bepaalde ingrijpende levensgebeurtenissen zoals het hebben van meerdere chronische somatische ziekten doen zich tijdens de latere levensfase relatief vaak voor, en kunnen een rol spelen bij het ontstaan en beloop van een depressie. Hoewel het aantal studies naar CGT bij ouderen nog steeds beperkt is, vergeleken met het aantal studies bij depressieve volwassenen, lijkt CGT voor depressie bij ouderen haalbaar en effectief te zijn. De klinische praktijk laat zien dat de meeste concepten toepasbaar zijn bij ouderen, mits rekening wordt gehouden met leeftijds- en generatiespecifieke factoren. Daarnaast kan CGT preventief worden ingezet om depressie of terugval te voorkomen. Wij willen psychologen aanmoedigen zich te bekwaamen in CGT bij ouderen en zich zo voor te bereiden op de onvermijdelijke toename van het aantal ouderen in hun behandelpraktijk.

Tanja Su is gz-psycholoog in opleiding tot klinisch neuropsycholoog en werkzaam bij GGZ inGeest Polikliniek Ouderen en Neuropsychiatrie. Daarnaast is zij als postdoc-onderzoeker verbonden aan de afdeling Psychiatrie van het Amsterdam UMC, locatie VUmc.

Noortje Janssen is als onderzoeker verbonden aan Pro Persona en het RadboudUMC, en doet promotieonderzoek naar gedragsactivatie bij ouderen.

Patricia van Oppen is hoogleraar psychotherapie in de psychiatrie en verbonden aan de afdeling Psychiatrie van Amsterdam UMC, locatie VUmc. Daarnaast is zij supervisor van de VGCT, gz-psycholoog en werkzaam in een angst- en depressieteam binnen GGZ inGeest.

Correspondentieadres: Tanja Su, afdeling Psychiatrie GGZ inGeest/VUmc, Oldenaller 1, 1081 HJ Amsterdam. E-mail: t.su@ggzingeest.nl.

Summary *Cognitive behavioral therapy for depression in older adults*

With the growing life expectancy, the proportion of older adults in society is expanding. With increasing age, the risk of multimorbidity rises as well, which is associated with an increased risk to develop a depression. Depression is the most common mental disorder among older adults. Nevertheless, professional mental health services of psychotherapy seem to be underutilized by older adults. The current article discusses the presentation of depression among older adults, enabling better recognition of depression. Moreover, an overview of the evidence for the effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) in treating and preventing depression in older adults is provided. Although fewer studies on the effectiveness of psychological treatments, such as CBT, are available, similar effect sizes were found for older adults compared to adults. CBT has shown to be effective to treat and prevent depression in older adults, and its possible enduring effect may prevent relapse and/or recurrence.

Keywords *depression, older adults, CBT, evidence, comorbidity*

Literatuur

- Alexopoulos, G. S., Raue, P., & Areán, P. (2003). Problem-solving therapy versus supportive therapy in geriatric major depression with executive dysfunction. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 46-52.
- Areán, P. A., Raue, P., Mackin, R. S., Kanellopoulos, D., McCulloch, C., & Alexopoulos, G. S. (2010). Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1391-1398.
- Batelaan, N., Scholten, W., Rhebergen, D., & van Balkom, A. (2021). Why we need to evaluate long-term antidepressant use in older patients with depression. *Age and Ageing*, 50, 690-692.
- Beekman, A. T., Copeland, J., & Prince, M. J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 307-311.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (9 juni 2021). *Ouderen. Hoeveel ouderen zijn er in Nederland?* www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2000). Depression and diabetes: Impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, 160, 3278-3285.
- Cuijpers, P., Hollon, S. D., van Straten, A., Bockting, C., Berking, M., & Andersson, G. (2013). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping pa-

- tients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open*, 3, e002542.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Ng, M. Y., Corteselli, K. A., Noma, H., Quero, S., & Weisz, J. R. (2020). Psychotherapy for depression across different age groups: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77, 694-702.
- Cuijpers, P., & Schoevers, R. A. (2004). Increased mortality in depressive disorders: A review. *Current Psychiatry Reports*, 6, 430-437.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Smit, F. (2006). Psychological treatment of late-life depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1139-1149.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Smit, F., & Andersson, G. (2009). Is psychotherapy for depression equally effective in younger and older adults? A meta-regression analysis. *International Psychogeriatrics*, 21, 16-24.
- Hegeman, J. M., de Waal, M. W. M., Comijs, H. C., Kok, R. M., & van der Mast, R. C. (2015). Depression in later life: A more somatic presentation? *Journal of Affective Disorders*, 170, 196-202.
- Hegeman, J. M., Kok, R. M., van der Mast, R. C., & Giltay, E. J. (2012). Phenomenology of depression in older compared with younger adults: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 275-281.
- Hegeman, J. M., van Fenema, E. M., Comijs, H. C., Kok, R. M., van der Mast, R. C., & de Waal, M. W. (2017). Effect of chronic somatic diseases on the course of late-life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32, 779-787.
- Hetlevik, Ø., Garre-Fivelsdal, G., Bjorvatn, B., Hjørleifsson, S., & Ruths, S. (2019). Patient-reported depression treatment and future treatment preferences: An observational study in general practice. *Family Practice*, 36, 771-777.
- Janssen, N., & Huibers, M. (2021). Gedragsactivatie bij ouderen? Doen! *Gedragstherapie*, 54, 241-253.
- Jeurig, H. W., Comijs, H. C., Deeg, D. J., Hoogendijk, E. O., Beekman, A. T., Stek, M. L., & Huisman, M. (2018). Secular trends in excess mortality of late-life depression. *Journal of Affective Disorders*, 234, 28-33.
- Jeurig, H. W., Huisman, M., Comijs, H. C., Stek, M. L., & Beekman, A. T. F. (2016). The long-term outcome of subthreshold depression in later life. *Psychological Medicine*, 46, 2855-2865.
- Köhler, S., Thomas, A. J., Barnett, N. A., & O'Brien, J. T. (2010). The pattern and course of cognitive impairment in late-life depression. *Psychological Medicine*, 40, 591-602.
- Kok, R. (2008). *Addendum ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn depressie*. www.trimbos.nl/docs/bo822cf7-b915-44a2-9a55-db6ea341267a.pdf
- Kok, R. M., & Reynolds, C. F. (2017). Management of depression in older adults: A review. *JAMA*, 317, 2114-2122.
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., Weyerer, S., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2012). Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136, 212-221.
- Mitchell, A. J., Rao, S., & Vaze, A. (2010). Do primary care physicians have particular difficulty identifying late-life depression? A meta-analysis stratified by age. *Psychotherapy and psychosomatics*, 79, 285-294.
- Mitchell, A. J., & Subramaniam, H. (2005). Prognosis of depression in old age compared to middle age: A systematic review of comparative studies. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1588-1601.

- Nuijen, J. (2012). *Trendrapportage GGZ deel 2A: Toegang en gebruik*. www.trimbos.nl/docs/d6eb1a3b-416b-4f5f-b985-72e904fbf165.pdf
- Okora, M. P., Denig, P., Bos, J. H., Schuiling-Veninga, C. C., & Hak, E. (2019). Trends in polypharmacy and dispensed drugs among adults in the Netherlands as compared to the United States. *PloS One*, *14*, e0214240.
- Read, J. R., Sharpe, L., Burton, A. L., Areán, P. A., Raue, P. J., McDonald, S., Titov, N., Gandy, M., & Dear, B. F. (2020). A randomized controlled trial of internet-delivered cognitive behaviour therapy to prevent the development of depressive disorders in older adults with multimorbidity. *Journal of Affective Disorders*, *264*, 464-473.
- Read, J. R., Sharpe, L., Burton, A. L., Areán, P. A., Raue, P. J., McDonald, S., Titov, N., Gandy, M., & Dear, B. F. (2021). Preventing depression in older people with multimorbidity: 24-month follow-up of a trial of internet-delivered cognitive behaviour therapy. *Age and Ageing*. doi: 10.1093/ageing/afab145
- Read, J. R., Sharpe, L., Modini, M., & Dear, B. F. (2017). Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *221*, 36-46.
- Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J., & Blackwell, A. D. (2014). Cognitive impairment in depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *44*, 2029-2040.
- Salthouse, T. A. (2019). Trajectories of normal cognitive aging. *Psychology and Aging*, *34*, 17.
- Schaakxs, R., Comijs, H. C., Lamers, F., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2017). Age-related variability in the presentation of symptoms of major depressive disorder. *Psychological Medicine*, *47*, 543-552.
- Schaakxs, R., Comijs, H. C., van der Mast, R. C., Schoevers, R. A., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2017). Risk factors for depression: differential across age? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *25*, 966-977.
- Schotte, C. K., Van Den Bossche, B., De Doncker, D., Claes, S., & Cosyns, P. (2006). A biopsychosocial model as a guide for psychoeducation and treatment of depression. *Depression and Anxiety*, *23*, 312-324.
- Spijker, J., Meeuwissen, J., Aalbers, S., van Avendonk, M., van Bon, M., Huisson, A., van der Lande, J., Oudijk, M., Bockting, C., & Ruhé, H. G. (2019). De zorgstandaard depressieve stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *61*, 112-120.
- van der Aa, H. P., Comijs, H. C., Penninx, B. W., van Rens, G. H., & van Nispen, R. M. (2015). Major depressive and anxiety disorders in visually impaired older adults. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, *56*, 849-854.
- van 't Veer-Tazelaar, P. J., van Marwijk, H. W., van Oppen, P., van der Horst, H. E., Smit, F., Cuijpers, P., & Beekman, A. T. (2011). Prevention of late-life anxiety and depression has sustained effects over 24 months: A pragmatic randomized trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *19*, 230-239.
- van 't Veer-Tazelaar, P. J., van Marwijk, H. W., van Oppen, P., van Hout, H. P., van der Horst, H. E., Cuijpers, P., Smit, F., & Beekman, A. T. (2009). Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, *66*, 297-304.
- Verenigde Naties. (2019). *World population ageing*. www.un.org/en/develop

- ment/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf
- Volkert, J., Schulz, H., Härter, M., Włodarczyk, O., & Andreas, S. (2013). The prevalence of mental disorders in older people in western countries – A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12, 339-353.
- Wereldgezondheidsorganisatie. (12 december 2017). *Mental health of older adults*. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults
- Wuthrich, V. M., & Frei, J. (2015). Barriers to treatment for older adults seeking psychological therapy. *International Psychogeriatrics*, 27, 1227-1236.
- Zantinge, E. M., van der Wilk, E. A., van Wieren, S., & Schoemaker, C. G. (2011). *Gezond ouder worden in Nederland*. <https://rivm.openrepository.com/handle/10029/256567>

Life review therapie

GERBEN WESTERHOF & ERNST BOHLMEIJER

Samenvatting

Life review therapie is een interventie die vanuit kennis in de gerontologie specifiek voor ouderen ontwikkeld is, vooral voor ouderen met depressieve klachten. Na een kort overzicht van de literatuur beschrijft dit artikel drie typen processen die van belang zijn in life review therapie: (1) *autobiografische expressie* (het ophalen en delen van met name specifieke positieve herinneringen), (2) *autobiografische reflectie* (het geven van betekenis aan de herinneringen voor eigen persoon en leven), en (3) *autobiografische integratie* (het vinden van eenheid en richting door de levensloop). Aan de hand van de interventie *Op verhaal komen* wordt een casus gepresenteerd. Daarna wordt de wetenschappelijke evidentie voor de werkzaamheid van life review therapie besproken. Het artikel sluit af met overwegingen voor de toepassing in de psychologische praktijk.

Trefwoorden: herinneringen, autobiografie, ouderen, depressie, therapie

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Jarenlang onderzoek in de gerontologie laat zien dat reminiscentie en life review belangrijke psychologische processen in de levensloopontwikkeling zijn die kunnen bijdragen aan welbevinden en geestelijke gezondheid.
- Life review therapie is een specifieke interventie voor ouderen met depressieve klachten die zich richt op het verminderen van depressieve klachten door het ophalen van, betekenis geven aan, en integreren van herinneringen over de hele levensloop.
- Life review therapie is een evidence-based interventie voor het behandelen van depressieve klachten bij ouderen.

INLEIDING

Cognitieve theorieën beschrijven depressie aan de hand van schema's waarin negatieve gedachten, zelfkritiek, externe standaarden en gebrek aan zelf-

waarde centraal staan (Watt & Cappeliez, 2000). Specifiek voor depressieve ouderen is daarbij dat ze al een lange geschiedenis achter zich hebben die deze schema's ondersteunen. Een systematische terugblik op het eigen leven kan behulpzaam zijn bij het uitdagen van die schema's (Watt & Cappeliez, 2000). Door aandacht te besteden aan zowel positieve als negatieve herinneringen kunnen bestaande tendensen als selectie en overgeneralisatie van negatieve gebeurtenissen worden tegengegaan. Door gebeurtenissen in de historische context van de levensloopontwikkeling te plaatsen kan afstand genomen worden van zelfondermijnende attributies en kunnen er nieuwe attributies worden gezocht. Door te putten uit eigen ervaring kan de tendens externe standaarden te gebruiken om naar het eigen leven te kijken worden tegengegaan en kunnen er nieuwe zinvolle bronnen van zelfwaarde worden aangeboord. Zo'n systematische terugblik op het leven wordt ook wel *life review* genoemd en de toepassing van life review als een interventie om depressieve klachten te behandelen wordt 'life review therapie' genoemd.

Life review therapie heeft een lange geschiedenis in de ouderenpsychologie. Robert Butler (1963) is de psychiater en gerontoloog die voor het eerst het belang zag van het ophalen, delen en verwerken van herinneringen op oudere leeftijd. Begin jaren 1960 werd teruggaan in de tijd op oudere leeftijd vooral als een symptoom van cognitief verval gezien. Butler legde er juist de nadruk op dat dit een natuurlijk proces is dat bij het normale ouder worden hoort. Hij onderscheidde daarbij *reminiscentie* – het ophalen van herinneringen – en *life review* – de evaluatie van en betekenisgeving aan herinneringen. In het proces van life review werken ouderen problemen en onopgeloste crises uit hun eerdere leven door en maken ze de balans van hun leven op. Dit proces wordt aangewakkerd door het naderende levenseinde en helpt ouderen om hun eigen sterfelijkheid te aanvaarden. Later zag Butler (1974) ook dat ouderen met interventies ondersteund kunnen worden in dit reflectieproces. Hij pleitte voor een ruime toepassing van zowel preventieve als therapeutische interventies in verschillende settings, van thuiswonende ouderen tot ouderen in zorginstellingen.

Het werk van Butler heeft tot veel onderzoek en toepassingen geleid in de gerontologie (Webster et al., 2010). Daarnaast zijn er dwarsverbanden gelegd met de narratieve psychologie en de cognitieve psychologie van het autobiografisch geheugen (Westerhof & Bohlmeijer, 2014; Westerhof et al., 2020). Verschillende onderzoeken hebben laten zien dat life review inderdaad gerelateerd is aan een meer accepterende en minder angstige houding ten aanzien van de eigen sterfelijkheid. Het werd echter duidelijk dat enerzijds lang niet alle ouderen een bewuste balans opmaken van hun leven, en anderzijds mensen dit ook op jongere leeftijd al vaak doen. Daarnaast bleek dat life review niet alleen van belang is om met de eigen sterfelijkheid in het reine te komen, maar een veelheid aan functies heeft die de levensloopontwikkeling sturen.

Mensen halen gedurende hun leven vaak herinneringen op aan wat ze eerder in hun leven hebben meegemaakt. Dit kan heel spontaan gebeuren, maar ook gericht (Bluck & Levine, 1998). Herinneringen hebben een bijzondere betekenis op het moment dat er zich veranderingen in het leven voordoen, zoals op oudere leeftijd bij pensionering, verlies van dierbaren, verlies van gezondheid of het naderende levenseinde (Parker, 1999). Mensen hebben dan een bijna natuurlijke neiging om terug te kijken op hun leven ('Wat is er gebeurd?', 'Hoe ben ik hier gekomen?') en die terugblik te verbinden aan het vervolg ('Hoe gaat het verder?', 'Blijf ik dezelfde?', 'Komen er veranderingen?') (Bohlmeijer, 2007). Gedurende de hele levensloop is het terugblikken en de balans opmaken van belang voor de verdere levensloopontwikkeling (Pasupathi et al., 2006).

Het is daarbij met name van belang op welke manier mensen terugblikken (Webster et al., 2010). Herinneringen aan het eigen leven zijn meer dan feiten in een dossierkast (Bluck & Levine, 1998). Ze zijn emotioneel beladen en als mensen herinneringen ophalen worden die emoties ook weer geactiveerd. Herinneringen worden echter ook keer op keer herzien: mensen beleven ze anders naarmate de tijd verstrijkt en ze hun herinneringen in een ander licht gaan bezien. Hoewel de vraag of iets echt gebeurd is in sommige contexten van groot belang is, wordt in de context van levensloopontwikkeling de aandacht vooral gericht op de functie van herinneren (Bluck & Alea, 2009): de vraag waartoe we ons herinneren. In evolutionair perspectief zijn herinneringen van belang, omdat mensen weinig instincten hebben en weinig zaken waar ze echt goed in zijn (Harari, 2019). Mensen leren door ervaring en het geheugen geeft hun de mogelijkheden om die ervaring weer beschikbaar te maken voor henzelf en voor anderen.

In het persoonlijk leven hebben herinneringen allerlei verschillende functies (Westerhof & Bohlmeijer, 2014). De eerste categorie betreft de *sociale functies*. Door het ophalen en delen van herinneringen, maken en onderhouden mensen sociale banden. Ze leren elkaar kennen, houden relaties in stand en geven ervaring aan anderen door. De tweede categorie zijn de *instrumentele functies*. Mensen kunnen hun herinneringen gebruiken om terug te denken aan hoe ze eerder met problemen omgingen. Ook het herinneren zelf kan een manier zijn om met moeilijke situaties om te gaan, bijvoorbeeld door terug te denken aan een mooi moment van vroeger en daarmee emoties te reguleren. De derde categorie betreft de *integratieve functies*. Hier gaat het om de betekenis die herinneringen hebben voor de eigen persoon en het eigen leven. Herinneringen laten zien wie mensen zijn en wat voor hen waardevol is.

INTERVENTIES

273

Er is in de loop der jaren de nodige verwarring ontstaan rondom reminiscentie en life review (Westerhof et al., 2010). Dit heeft enerzijds mee te maken dat de begrippen zowel verwijzen naar natuurlijke processen van herinneren als naar interventies waarin gebruikgemaakt wordt van herinneringen. Anderzijds worden de begrippen nog weleens door elkaar gebruikt. Zo kan de één een interventie die vooral gericht is op herinneringen ophalen toch 'life review' noemen, en een ander een therapie die gericht is op de verwerking van moeilijke herinneringen beschrijven als 'reminiscentietherapie'.

Het is daarom van belang om een goed onderscheid te maken tussen verschillende interventies. Er kunnen globaal drie typen interventies onderscheiden worden (Westerhof et al., 2010). Het eerste type zijn *reminiscentie-interventies*. Het gaat hierbij vooral om het ophalen en uitwisselen van voornamelijk dierbare herinneringen. Meestal staat de sociale functie voorop. Deze interventie wordt veel gebruikt in zorginstellingen, met als doel de onderlinge band te versterken en positieve emoties op te roepen. In een samenwerking tussen de Universiteit Twente, Museum De Schep en zorginstelling Livio zijn bijvoorbeeld herinneringskoffers gemaakt met objecten uit het verleden die mensen met dementie aanzetten tot het ophalen en delen van herinneringen (Nolte, 2014). Ook wordt deze interventie vaak gekoppeld aan het maken van levensboeken, waarbij ook steeds meer gebruikgemaakt wordt van multimediale technologie (Elfrink et al., 2018). Het tweede type betreft *life review interventies*. Hier ligt de nadruk vooral op een meer systematische terugblik op het eigen leven, waarbij zowel positieve als negatieve herinneringen worden opgehaald. De instrumentele en integratieve functies staan voorop. Psychologisch welbevinden is daarbij vaak een belangrijk doel. *Mijn leven in kaart* (Huizing & Tromp, 2013) is een goed voorbeeld van dit type interventie. Het is een laagdrempelige, niet-therapeutische levensverhaalinterventie die ouderen ondersteunt in zingeving. *Life review therapie*, het derde type interventie, biedt net als life review een systematische terugblik op het eigen leven, maar maakt daarbij gebruik van therapeutische middelen, bijvoorbeeld uit de cognitieve gedragstherapie of narratieve therapie. Life review therapie richt zich daarbij op de behandeling van psychische klachten, zoals angst, posttraumatische stress en depressie, die gerelateerd zijn aan een overwegend negatieve of stagnerende terugblik op het leven. Het doel van life review therapie is zowel het verminderen van klachten als het bevorderen van zingeving en welbevinden (Bohlmeijer & Westerhof, 2021). Het meeste onderzoek naar life review therapie heeft zich gericht op ouderen met depressieve klachten. Daar gaat de rest van dit artikel dieper op in.

Globaal genomen zijn er drie werkzame mechanismen in life review therapie (Westerhof & Slatman, 2019). Deze sluiten ook goed aan bij de cognitieve theorieën over depressie die hiervoor benoemd zijn (Watt & Cappeliez, 2000). Het eerste werkzame mechanisme betreft de *autobiografische expressie*. Hierbij wordt bijzondere aandacht geschonken aan het ophalen van specifieke positieve herinneringen. Juist omdat herinneringen weer de emoties van vroeger kunnen oproepen, is het van belang om aandacht te besteden aan positieve herinneringen. Mensen met depressieve klachten hebben vaak de neiging tot overgeneralisatie: zij herinneren zich wel terugkerende gebeurtenissen of langere perioden uit hun leven, maar hebben moeite om herinneringen – en dan met name positieve herinneringen – op te halen die zich op één specifieke dag uit hun leven hebben afgespeeld (Ono et al., 2016). Deelnemers worden getraind om dergelijke herinneringen weer terug te halen en deze zo levendig mogelijk in geuren en kleuren te beschrijven.

Het tweede werkzame mechanisme betreft de *autobiografische reflectie*. Het gaat hierbij om een proces van redeneren waarin de betekenis van herinneringen voor de eigen persoon en het eigen leven wordt geduid (Adler et al., 2016). Mensen met depressieve klachten geven vaak een betekenis aan herinneringen die hun negatieve zelfbeeld en gebrek aan zelfwaardering bevestigt. In autobiografische reflectie worden deelnemers uitgedaagd om een moeilijke herinnering op te halen, afstand te nemen van de vaak negatieve betekenis ervan, en op zoek te gaan naar een nieuwe betekenis van die herinnering. Wat zegt deze herinnering nog meer over mij en mijn leven? Heb ik er misschien iets van geleerd?

Het derde werkzame mechanisme is de *autobiografische integratie*. Hierbij gaat het om de manier waarop mensen herinneringen aan elkaar verbinden tot een min of meer consistent levensverhaal (McAdams, 2011). Mensen met depressieve klachten zien vaak een zich herhalend patroon van falen, onmacht en slachtofferschap. Het verhaal over hun leven is weliswaar consistent, maar sterk negatief gekleurd. Door positieve herinneringen in hun verhaal te weven en nieuwe betekenissen aan moeilijke herinneringen te geven, ontstaan er bouwstenen voor een alternatief levensverhaal dat een nieuwe eenheid en richting aan het leven kan geven.

Als voorbeeld voor life review therapie wordt hier de opzet van *Op verhaal komen* beschreven (Bohlmeijer & Westerhof, 2010). Deze interventie combineert life review therapie met elementen van narratieve therapie voor mensen in de tweede levenshelft met depressieve klachten. Deelnemers leren hun levensverhaal opnieuw te integreren door alternatieve, nieuwe verhalen te ontwikkelen die hen helpen om te gaan met huidige levensgebeurtenissen en levensdoelen te formuleren. De interventie kan worden

aangeboden als groepsinterventie, voor een kleine groep met vier tot zes deelnemers, of als individuele interventie met e-mailbegeleiding. De interventie duurt 8 tot 12 weken.

De interventie *Op verhaal komen* bestaat uit twee delen, naast een uitgebreide uitleg over herinneringen en geestelijke gezondheid. In het eerste deel staan in vier modules verschillende thema's van de levensloopontwikkeling centraal: (1) jonge jaren en familie, (2) adolescentie en volwassenwording, (3) werk en zorg, en (4) liefde en vriendschap. Indien gewenst kan een vijfde module worden toegevoegd met een thema naar keuze. Om de herinneringen aan de betreffende periode weer levendig voor zich te zien, beginnen de deelnemers met het beantwoorden van een aantal vragen. Vervolgens zijn er vragen over specifieke positieve herinneringen en over identiteitsherinneringen die grote indruk op hen hebben gemaakt. Hierbij gaat het om autobiografische expressie. Daarnaast is er ruimte voor autobiografische reflectie op moeilijke herinneringen. Voor elke herinnering kunnen de deelnemers kiezen uit vijf oefeningen: (1) zoeken naar overlevingskunst ('Hoe bent u met deze moeilijke situatie omgegaan?'), (2) uitzonderingen ('Heeft de herinnering een zwart-witkarakter of waren er ook uitzonderingen op uw verhaal, hoe klein ook?'), (3) de regel van zes ('Bedenk zes aanneemelijke alternatieve interpretaties voor uw herinnering'), (4) lessen ('Wat hebt u achteraf gezien geleerd van deze moeilijke periode?'), en (5) context en tijdgeest ('In hoeverre speelden context en tijdgeest een rol bij deze herinnering?'). Uiteindelijk wordt gevraagd naar welke nieuwe betekenis de deelnemers in de opdracht ontdekten hebben.

Het tweede deel, met twee modules, gaat over autobiografische integratie. Het gaat erom dat deelnemers van zichzelf weten hoe ze hun leven willen inrichten, met de kennis die ze hebben opgedaan in de eerdere modules. De eerste module richt zich op doelen die het leven zin geven. De tweede module richt zich vervolgens op het versterken van de samenhang of coherentie van het eigen levensverhaal en het formuleren van een nieuw toekomstig hoofdstuk. Optioneel kan nog een derde module worden gegeven. Deze richt zich op levenskunst als het loslaten en herformuleren van doelen, en is vooral van belang als mensen recent verlieservaringen hebben meegemaakt.

Een casus geeft meer inzicht in de manier waarop *Op verhaal komen* doorlopen wordt (Westerhof, 2019).

Casus

Joke is een vrouw van 67 jaar. Zij is onlangs met pensioen gegaan, heeft twee jaar geleden haar man verloren en worstelt met gevoelens van depressiviteit.

Joke geeft zich op voor de zelfhulpvariant met e-mailbegeleiding, die wordt uitgevoerd door een getrainde masterstudent psychologie onder supervisie van een gz-psycholoog. In de eerste mail stelt Joke zich voor aan de counselor. Ze beschrijft kort haar achtergrond en geeft aan waarom ze aan de interventie begint: 'De reali-

teit is dat ik eraan begin omdat ik vind dat ik mijn tijd goed moet besteden. Het is voor mij volslagen nieuw om iedere activiteit als een lapmiddel te ervaren.'

In verschillende andere mails beschrijft Joke herinneringen uit haar verleden. Daarin speelt geregeld een thema dat ze kenmerkend vindt voor haar eigen levensverhaal: vergeten worden. Het gaat dan om herinneringen uit haar kindertijd en jeugd als de volgende: 'Het was vlak voor sinterklaasavond (niemand geloofde er toen nog in), toen ik mijn moeder hoorde zeggen: "Heb ik nu voor iedereen een cadeautje?" Totdat ze mij aankeek en verschrikt opmerkte: "Ach, die kleine ben ik vergeten." Er moest toen snel voor sluitingstijd nog een cadeau worden gekocht.' Maar ook nu speelt dit thema voor Joke nog. 'Dat vergeten worden is nog lang niet over. Dit kwam het duidelijkst naar voren toen mijn man twee jaar geleden overleed. De familie liet toen na om te informeren hoe het met mij ging. Onder het motto: "Ach, die redt zich wel."'

Een van de oefeningen gaat over het contextualiseren van de herinneringen. Er wordt gevraagd om de herinnering in de tijdgeest te plaatsen waarin deze plaatsvond. Joke beschrijft: 'Ik denk dat kinderen van mijn generatie niet veel te vertellen hadden. Het bewustzijn en de openheid ontbraken bij de ouders. Was eenvoudigweg niet aan de orde.'

Een andere oefening is het zoeken naar uitzonderingen. Zijn er herinneringen die het dominante verhaal tegenspreken? Joke beschrijft hierbij de relatie met haar vader. 'Mijn vader had een onafhankelijke geest. Hij was bakker van beroep, maar hield niet van dit vak. In de "slechte tijd" heeft hij hiervoor moeten kiezen. Hij had liever een technisch beroep uitgeoefend. Was dikwijls aan het klussen. Was hierin zeer creatief. Was in staat van niets iets te maken. Was daar dan erg trots op. Ik voelde me altijd erg veilig bij hem. Hij had een uitgesproken gevoel voor humor.'

Een derde oefening is het zoeken naar de betekenis van herinneringen. Joke schrijft dat ze ook lessen geleerd heeft uit het 'vergeten worden'. 'Ik ben me ervan bewust geworden hoe belangrijk het is om op een goede manier voor jezelf op te komen, want dat "vergeten worden" heeft te vaak een prominente plaats in mijn leven ingenomen.'

In het eerste deel van het zelfhulpboek wordt zo gewerkt aan het ophalen van en betekenis geven aan herinneringen uit verschillende perioden van de eigen levensloop. In het tweede deel worden alle 'nieuwe' herinneringen en nieuwe betekenis aan elkaar verbonden, en gekoppeld aan het huidige en toekomstige leven. Een opdracht is bijvoorbeeld om aan de hand van herinneringen te zoeken naar de nieuwe rode draad voor het levensverhaal. Joke schrijft hierover: 'Als ik op mijn leven terugkijk, dan voel ik mij onafhankelijk, en streef ik ernaar om transparant, echt en respectvol te zijn in vriendschappen en relaties. Niet omdat het moet, maar om te werken aan een hogere bestemming.'

Bij de afsluiting van de interventie beschrijft Joke wat het effect ervan is. In haar eigen woorden sluit dit mooi aan op de vraag waar ze bij het begin van de interventie mee worstelde: 'Een blijvend gevoel dat ik ertoe doe. [...] Ik ervaar de taken die ik doe niet meer als lapmiddelen, maar ga nu doelgericht te werk.'

WETENSCHAPPELIJKE EVIDENTIE

277

Naar *Op verhaal komen* zijn drie onderzoeken uitgevoerd. Het eerste onderzoek is in samenwerking met verschillende ggz-instellingen uitgevoerd (Korte et al., 2012). Deze *multisite* pragmatische *randomized controlled trial* vergeleek *Op verhaal komen* als face-to-face groepsinterventie met de gebruikelijke zorg bij 202 deelnemers op voormeting, nameting, follow-up van 6 maanden en follow-up van een jaar. Deelnemers waren mensen van 55 jaar en ouder met depressieve klachten. In vergelijking met gebruikelijke zorg was er een verbetering in depressieve klachten na afloop van de interventie (Cohens $d = 0,60$), die behouden bleef bij de follow-up op 6 en 12 maanden. Er werden ook effecten gevonden op welbevinden en angstklachten. Verbeteringen in negatieve herinneringsstijlen, *mastery* en positieve gedachten droegen bij aan een vermindering van depressieve klachten. Mensen die extravert waren en minder terugdachten aan hun leven om verveling tegen te gaan, profiteerden iets meer van de interventie.

Daarnaast werd de individuele variant met e-mailbegeleiding onderzocht in een gerandomiseerde gecontroleerde trial met drie armen: (1) wachtlijst, (2) *Expressief schrijven*, en (3) *Op verhaal komen* (Lamers et al., 2015). Er waren metingen voorafgaand aan de interventie, en na 3, 6 en 12 maanden. Deelnemers waren mensen van 40 jaar en ouder met depressieve klachten ($n = 174$). In vergelijking met de wachtlijstcontrolegroep was er een significant effect op depressieve klachten (Cohens $d = 0,35$) en op welbevinden. Verbeteringen in ego-integriteit en rumineren konden de verbeteringen in depressieve klachten deels verklaren. Er waren geen verschillen tussen mensen van middelbare leeftijd (40-55 jaar) en ouderen (55+).

Tot slot werd een gerandomiseerde gecontroleerde trial verricht met drie armen: (1) wachtlijst, (2) *Op verhaal komen online* met individuele begeleiding, en (3) *Op verhaal komen online* met lotgenotencontact (Westerhof et al., 2019). Er waren metingen voorafgaand aan de interventie, en na 3, 6 en 12 maanden. Deelnemers waren mensen van 40 jaar en ouder met depressieve klachten ($n = 58$). Er werden significante effecten op depressieve klachten gevonden (Cohens $d = 0,57$ in individuele conditie en Cohens $d = 0,21$ in de lotgenotenconditie). De effecten bleven behouden bij follow-up. Ook werden er significante effecten gevonden in levensbetrokkenheid, *mastery* en vitaliteit. Er werden geen verschillen gevonden tussen mensen van middelbare leeftijd (40-55 jaar) en ouderen (55+).

Er bestaan verschillende meta-analyses van interventies die zich richten op herinnering en life review. Bohlmeijer en collega's (2003) vonden een groot gemiddeld effect op depressieve klachten bij 20 studies met een variatie aan herinnering- en life review interventies, waaronder life review therapie. In een andere review vonden zij middelgrote effecten op welbevinden in 15 studies (Bohlmeijer et al., 2007). Pinquart en Forstmeier (2012)

vonden over 128 studies naar reminiscentie en life review interventies heen middelgrote effecten voor depressieve klachten en iets kleinere effecten op andere uitkomsten, zoals welbevinden, zingeving en acceptatie van de dood. Lan en collega's (2017) richtten zich op 11 studies naar life review interventies. Zij vonden een middelgroot effect voor depressie en soortgelijke effecten op welbevinden.

Deze meta-analyses richten zich echter op een bredere groep interventies die gebruikmaken van reminiscentie en life review. In de meest recente meta-analyse onderzochten Westerhof en Slatman (2019) de effecten van life review therapie die zich expliciet richt op mensen met depressieve klachten. Zij vonden een grote *effect size* bij 11 studies (Cohens $d = 1,01$). Zonder twee outliers was de gemiddelde effect size middelgroot (Cohens $d = 0,57$). Deze werd behouden bij 3 maanden follow-up na afloop van de interventie. Er was zonder de outliers een lage heterogeniteit in de gevonden effecten. Dit betekent dat ondanks verschillen in de opzet van de studie (zoals het gebruik van verschillende meetinstrumenten en controlegroepen) en ondanks verschillen in de specifieke interventie (zoals groep, individueel of internet) er dus soortgelijke effecten gevonden zijn. Er waren ook geen duidelijke indicaties van publicatiebias. Dat spreekt voor de robuustheid van de bevindingen.

In de zorgstandaard *Depressieve stoornissen* (GGZ Standaarden, 2018) worden life review en reminiscentie onder psychologische en psychotherapeutische behandelingen genoemd als goede behandelmethodieken bij ouderen met een depressie. Desalniettemin is er weinig informatie over life review therapie en de effectiviteit ervan terug te vinden.

Al met al kan geconcludeerd worden dat er sterke evidentie is voor de werkzaamheid van life review therapie. Dit geldt in het bijzonder voor het verminderen van depressieve klachten, maar ook voor het bevorderen van welbevinden. Dit heeft te maken met het feit dat er in life review therapie aandacht is voor het ophalen van specifieke positieve herinneringen, het omgaan met en betekenis geven aan moeilijke herinneringen, en de integratie van beide in een overkoepelend levensverhaal. Daarmee draagt life review therapie bij aan een duurzame geestelijke gezondheid die zich niet alleen richt op het verminderen van klachten, maar juist ook op het versterken van welbevinden om daarmee ook langduriger verbeteringen in zingeving en geestelijke gezondheid te bewerkstelligen (Bohlmeijer & Westerhof, 2021).

LIFE REVIEW THERAPIE IN DE PRAKTIJK

.....

Een belangrijke vraag is hoe psychologen life review in de praktijk kunnen gebruiken. Psychologen hebben generieke psychotherapeutische competenties nodig om sessies te faciliteren en structureren, om actief en empathisch te luisteren, en om therapeutische processen op gang te brengen (Lamers et

al., 2017). Bij het uitvoeren van life review therapie kan de voortgang van cliënten worden gecontroleerd en geïnterpreteerd met behulp van bestaande benchmarks voor het evalueren van life review interventies in de klinische praktijk (Rubin et al., 2019). Aan de hand van afnamen van depressievragenlijsten, zoals de Geriatric Depression Scale, voor aanvang en na afloop van de therapie, kan een gestandaardiseerde effectgrootte berekend worden die vergeleken kan worden met de betreffende benchmark voor life review therapie (Hedges $g = 0,598$; $SE = 0,063$; minimum = 0,27; maximum = 1,55) (Rubin et al., 2019).

Om life review processen te stimuleren bestaan er protocollen, zoals *Op verhaal komen*. Voordat psychologen met behulp van deze protocollen ouderen met depressie gaan behandelen, is het belangrijk om een training te voltooien, bijvoorbeeld bij het Story Lab van de Universiteit Twente of het Trimbos-instituut. Een protocol dat ook is aangepast voor verpleeghuizen, migranten en POH-GGZ betreft *Op zoek naar zin* (Franssen & Bohlmeijer, 2003), een interventie die life review met creatieve therapie verbindt. Daarnaast is er *Dierbare herinneringen* (Westerhof et al., 2017), een interventie die zich in het bijzonder richt op het ophalen van specifieke positieve herinneringen en die bijvoorbeeld in zorginstellingen wordt toegepast (van Venrooij et al., 2019) alsook in de palliatieve zorg bij kankerpatiënten (Kleijn et al., 2018). Deze protocollen voor ouderen zijn alle erkend als bewezen effectief. De afgelopen jaren zijn er ook toepassingen ontwikkeld buiten de gerontologie. *Mijn levensverhaal* (Beernink & Westerhof, 2020) is een interventie gericht op het verminderen van klachten en het versterken van welbevinden bij mensen met verstandelijke beperkingen en psychische problemen. *Een sterk verhaal* (ZonMW, 2021) is gericht op het versterken van persoonlijk herstel bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek. De interventie is in een cocreatief proces ontwikkeld met behandelaren en ervaringsdeskundigen. *Uit je verhaal* is een aanpassing van *Op verhaal komen* die gericht is op het ontwikkelen van de professionele identiteit van studenten in zorg en welzijn (Engelbertink et al., 2021).

Bij de indicatiestelling moet met een aantal zaken rekening worden gehouden (Westerhof & Slatman, 2019). Ten eerste is leeftijd op zich slechts een globale richtlijn, aangezien studies hebben aangetoond dat life review therapie effectief is gedurende de tweede levenshelft, wat een breed begrip is. In plaats daarvan kunnen psychologen letten op beperkingen in spraak, gehoor, cognitief functioneren en mobiliteit die een goede deelname aan life review therapie kunnen beperken. Ten tweede laten studies zien dat life review therapie geïndiceerd is voor milde tot matige depressieve symptomen, maar ook voor klinische depressies. Er is echter minder bewijs voor de ernstigste gevallen van depressie waarbij er ook sprake is van een risico op suïcide. Ten derde dient rekening gehouden te worden met mogelijke comorbiditeit, zoals verslaving, posttraumatische-stressstoornis en psychose. Deze kunnen een contra-indicatie zijn, omdat ze als uitsluitingscriteria wer-

den gebruikt in verschillende onderzoeken. Ten vierde kan de therapie specifiek worden aangeboden aan personen die worstelen met zingeving. Dit kan enerzijds terugkomen in moeite om met eerdere onverwerkte gebeurtenissen in het leven om te gaan, anderzijds in de wens de balans op te maken na een belangrijke levensgebeurtenis.

Tot slot kan er een keuze gemaakt worden voor life review therapie in groepsverband, individueel of online. Groepsinterventies maken gebruik van sociale processen die ondersteuning door en leren van anderen bevorderen (Watt & Cappeliez, 2000). Ze hebben specifieke begeleiding van therapeuten nodig om recht te doen aan de verhalen van alle groepsleden. Cliënten moeten openstaan voor het bespreken van hun herinneringen in een groep, maar ook kunnen luisteren naar de herinneringen van anderen (Korte et al., 2014). Individuele interventies hebben het voordeel dat ze kunnen worden aangepast aan persoonlijke behoeften en dat gevoelige kwesties makkelijker kunnen worden besproken (Haight et al., 1995). Ook cliënten die moeite hebben om in een groep te functioneren, kunnen meer baat hebben bij individuele therapie. Online therapie kan belangrijk zijn voor deelnemers die minder mobiel zijn, of die in hun eigen tijd en tempo willen werken (Westerhof et al., 2019). Ze kan ook nuttig zijn voor mensen die op een meer anonieme en minder stigmatiserende manier ondersteund willen worden. Deelnemers geven echter vaak de voorkeur aan persoonlijk contact, vooral omdat dit de autobiografische reflectie en het vinden van alternatieve verhalen ondersteunt. Meer praktische oefeningen via het internet, zoals schrijven over herinneringen, kunnen daarom het beste gecombineerd worden met face-to-face sessies in een *blended* therapie (Westerhof et al., 2019).

CONCLUSIE

.....

Met het toenemend aantal ouderen in de samenleving zullen psychologen hen steeds vaker in hun praktijk zien. Therapeuten zullen vaak horen over hun verleden en problemen uit het verleden tegenkomen die hun verhalen nog steeds domineren. Een therapie die gebruikmaakt van een systematische terugblik op het leven geeft psychologen handvatten om ouderen te ondersteunen in hun zoektocht naar zin, juist ook in de latere fasen van hun leven.

Gerben J. Westerhof en **Ernst T. Bohlmeijer** zijn verbonden aan de Vakgroep Psychologie, Gezondheid & Technologie van de Universiteit Twente.

Correspondentieadres: Vakgroep Psychologie, Gezondheid & Technologie, Universiteit Twente, Postbus 217, 7500 AE Enschede. E-mail: g.j.westerhof@utwente.nl, e.t.bohlmeijer@utwente.nl.

Summary *Life review therapy*

Life review therapy is an intervention that has been developed from a gerontological approach, especially for older persons with depressive symptoms. After a short review of the literature, this article describes three types of processes that are important in life review therapy: autobiographical expression (retrieving and sharing especially specific positive memories), autobiographical reflection (giving meaning to the memories for one's own person and life), and autobiographical integration (finding unity and direction throughout the life course). A case is presented based on the intervention *The stories we live by*. Next, the scientific evidence for the effectiveness of life review therapy is discussed. The article concludes with considerations for its application in psychological practice.

Keywords *memories, autobiography, older adults, depression, therapy*

Literatuur

- Adler, J. M., Lodi-Smith, J., Philippe, F. L., & Houle, I. (2016). The incremental validity of narrative identity in predicting well-being: A review of the field and recommendations for the future. *Personality and Social Psychology Review*, 20, 142-175.
- Beernink, J., & Westerhof, G. J. (2020). Effectiveness of a life story intervention for adults with intellectual disability and depressive and trauma-related complaints. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33, 1340-1347.
- Bluck, S., & Alea, N. (2009). Thinking and talking about the past: Why remember? *Applied Cognitive psychology*, 23, 1089-1104.
- Bluck, S., & Levine, L. J. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: A catalyst for reminiscence theory development. *Ageing and Society*, 18, 185-208.
- Bohlmeijer, E. T. (2007). *De verhalen die we leven: Narratieve psychologie als methode*. Uitgeverij Boom.
- Bohlmeijer, E. T., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11, 291-300.
- Bohlmeijer, E. T., Smit, F., & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 1088-1094.
- Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2010). *Op verhaal komen*. Uitgeverij Boom.
- Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2021). A new model for sustainable mental health: Integrating well-being into psychological treatment. In J. N. Kirby & P. Gilbert (Eds.), *Making an impact on mental health: The applications of psychological research* (pp. 153-188). Routledge.
- Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76.
- Butler, R. N. (1974). Successful aging and the role of the life review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 12, 529-536.
- Elfrink, T. E., Zuidema, S. U., Kunz, M., & Westerhof, G. J. (2018). Life story books for people with dementia: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 18, 1-15.
- Engelbertink, M. M. J., Kelders, S. M., Woudt-Mittendorff, K. M., & Westerhof, G. J. (2021). The added value of

- autobiographical reflexivity with persuasive technology for professional identities of Social Work students: A randomized controlled trial. *Social Work Education*. <https://doi.org/10.1080/02615479.2021.1888910>
- Franssen, J., & Bohlmeijer, E. (2003). *Op zoek naar zin*. Trimboos-instituut.
- GGZ Standaarden. (2018). *Depressieve stoornissen*. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/depressieve-stoornissen
- Haight, B. K., Coleman, P., & Lord, K. (1995). The linchpins of a successful life review: Structure, evaluation, and individuality. In *The art and science of reminiscing: Theory, research, methods, and applications* (pp. 179-192). Taylor & Francis.
- Harari, Y. N. (2019). *Sapiens: Een kleine geschiedenis van de mensheid*. Thomas Rap.
- Huizing, W., & Tromp, T. (2013). *Mijn leven in kaart: Met ouderen in gesprek over hun levensverhaal*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Kleijn, G., Lissenberg-Witte, B. I., Bohlmeijer, E. T., Steunenbergh, B., Knipscheer-Kuijpers, K., Willemsen, V., Becker, A., Smit, E. F., Eeltink, C. M., Bruynzeel, A. M. E., van der Vorst, M., de Bree, R., Leemans, C. R., van den Brekel, M. W. M., Cuijpers, P., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2018). The efficacy of Life Review Therapy combined with Memory Specificity Training (LRT-MST) targeting cancer patients in palliative care: A randomized controlled trial. *Plos One*, 13, e0197277.
- Korte, J., Bohlmeijer, E. T., Cappeliez, P., Smit, F., & Westerhof, G. J. (2012). Life review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: A pragmatic randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42, 1163-1173.
- Korte, J., Drossaert, C. H. C., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2014). Life review in groups? An explorative analysis of social processes that facilitate or hinder the effectiveness of life review. *Aging & Mental Health*, 18, 376-384.
- Lamers, S. M. A., Bohlmeijer, E. T., Korte, J., & Westerhof, G. J. (2015). The efficacy of life-review as online-guided self-help for adults: A randomized trial. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70, 24-34.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Life review. In M. Vink, Y. Kuin, G. J. Westerhof, S. M. A. Lamers, & A. M. Pot (red.), *Handboek ouderpsychologie* (pp. 399-414). De Tijdstroom.
- Lan, X., Xiao, H., & Chen, Y. (2017). Effects of life review interventions on psychosocial outcomes among older adults: A systematic review and meta-analysis. *Geriatrics & Gerontology International*, 17, 1344-1357.
- McAdams, D. (2011). Narrative identity. In S. Schwartz, K. Luyckx, & V. Vignoles (Eds.), *Handbook of identity theory and research* (pp. 99-115). Springer Science + Business Media.
- Nolte, I. (2014). *Reis naar het verleden: Reminiscientiekoffers voor mensen met dementie* [Masterthesis]. Universiteit Twente.
- Ono, M., Devilly, G. J., & Shum, D. H. K. (2016). A meta-analytic review of overgeneral memory: The role of trauma history, mood, and the presence of posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8, 157-164.
- Parker, R. G. (1999). Reminiscence as continuity: Comparison of young and older adults. *Journal of Clinical Geropsychology*, 5, 147-57.
- Pasupathi, M., Weeks, T., & Rice, C. (2006). Reflecting on life: Remembering as a major process in adult development. *Journal of Language and Social Psychology*, 25, 244-263.

- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16, 541-558.
- Rubin, A., Parrish, D. E., & Miyawaki, C. E. (2019). Benchmarks for evaluating life review and reminiscence therapy in alleviating depression among older adults. *Social Work*, 64, 61-72.
- van Venrooij, I., Spijker, J., Westerhof, G. J., Leontjevas, R., & Gerritsen, D. L. (2019). Applying intervention mapping to improve the applicability of precious memories: An intervention for depressive symptoms in nursing home residents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 5163.
- Watt, L. M., & Cappeliez, P. (2000). Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: Intervention strategies and treatment effectiveness. *Aging & Mental Health*, 4, 166-177.
- Webster, J. D., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2010). Mapping the future of reminiscence: A conceptual guide for research and practice. *Research on Aging*, 32, 527-564.
- Westerhof, G. J. (2019). *Meta-analysis of life review therapy RCTs for treating depressive symptoms in older adults* [Blog post]. <https://div12.org/meta-analysis-of-life-review-therapy-rcts-for-treating-depressive-symptoms-in-older-adults>
- Westerhof, G. J., Alea, N., & Bluck, S. (2020). Narrative and identity: The importance of our personal past in later life. In A. K. Thomas & A. Gutchess (Eds.), *The Cambridge handbook of cognitive aging: A life course perspective* (pp. 383-399). Cambridge University Press.
- Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2014). Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review: State of the art and new directions. *Journal of Aging Studies*, 29, 107-114.
- Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., & Webster, J. D. (2010). Reminiscence and mental health: A review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing and Society*, 30, 697-721.
- Westerhof, G. J., Korte, J., Eshuis, S., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Precious memories: A randomized controlled trial of the effects of an autobiographical memory intervention delivered by trained volunteers in residential care homes. *Aging and Mental Health*, 20, 1-8.
- Westerhof, G. J., Lamers, S. M. A., Postel, M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2019). Online therapy for depressive symptoms: An evaluation of counselor-led and peer-supported life review therapy. *The Gerontologist*, 59, 135-146.
- Westerhof, G. J., & Slatman, S. (2019). In search of the best evidence for life review therapy to reduce depressive symptoms in older adults: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology: Science and Practice*, e12301.
- ZonMW. (2021). *Binnen de buitenkant: Herstel binnen de GGZ*. ZonMW.

Cognitieve gedragstherapie bij ouderen met angst- en dwangstoornissen en PTSS

Gert-Jan Hendriks, Noortje Janssen, Rosanne van den Berg & Richard Oude Voshaar

Samenvatting

Angststoornissen komen ook bij ouderen veel voor. Er is een duidelijke voorkeur voor gerichte psychologische behandeling van angststoornissen. Hoewel met de introductie van de generalistische basis-ggz de toegankelijkheid van gerichte psychologische behandeling is vergroot, is dit niet het geval voor ouderen met angststoornissen. De beschikbare evidentie voor psychologische behandeling van ouderen met angststoornissen beperkt zich tot toepassing van cognitieve gedragstherapie (CGT) bij de gegeneraliseerde angststoornis. Hoewel er gesproken wordt over verminderde effectiviteit van CGT bij ouderen met angststoornissen, wordt dit onvoldoende gestaafd door goed uitgevoerd behandelonderzoek. De eerste bevindingen van groot-schalig implementatieonderzoek naar de toegankelijkheid van psychologische behandelingen wijst in de richting van betere uitkomsten voor ouderen met angststoornissen. Het verdient aanbeveling dat cognitief gedragstherapeuten zich toenemend profileren op de toepassing van CGT bij ouderen met angststoornissen.

Trefwoorden: angststoornissen, cognitieve gedragstherapie, ouderen

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Ouderen met angststoornissen hebben een twee- tot viermaal groter risico om niet gericht behandeld te worden.
- ▶ Empirische ondersteuning voor de effectiviteit van CGT bij ouderen met angststoornissen is schaars en beperkt zich tot de gegeneraliseerde angststoornis.
- ▶ Ondanks de beperkte evidentie is CGT de eerste keuze psychologische behandeling voor angststoornissen bij ouderen en is er geen reden voor therapeutisch pessimisme.

INLEIDING

285

Het afgelopen decennium is de kennis over de behandeling van ouderen met angststoornissen, dwangstoornissen en posttraumatische-stressstoornis (PTSS)¹ geleidelijk gegroeid. Toch is wereldwijd gezien de vergaarde, empirisch ondersteunde kennis over de behandeling van angststoornissen bij ouderen beperkt in omvang, zowel in vergelijking met de groep 18- tot 65-jarigen met angststoornissen, als met de groep ouderen met een depressieve stoornis. Dit is een ernstige omissie, gezien het feit dat wereldwijd het percentage 65-plussers gestaag groeit (het is nu al groter dan het percentage kinderen van 5 jaar en jonger) (WHO, 2021) en de prevalentie van angststoornissen op oudere leeftijd hoog is. Een recente epidemiologische studie in de Europese Unie vond een jaarprevalentie voor angststoornissen bij ouderen van zo'n 17% en een puntprevalentie van meer dan 11% (Andreas et al., 2017; de Graaf et al., 2012). Deze percentages komen overeen met de prevalentie van angststoornissen onder 18- tot 65-jarigen uit het Nederlandse Nemesis-2 onderzoek (de Graaf et al., 2012).

Hoewel aanvankelijk gedacht werd dat de gegeneraliseerde-angststoornis (GAS) bij ouderen de meest voorkomende angststoornis zou zijn (Beekman et al., 1997), blijkt dit feitelijk een artefact van de DSM-criteria. In de DSM-III-R werd een GAS vastgesteld wanneer de klachten minimaal 1 maand aanhielden, in tegenstelling tot het criterium van 6 maanden uit de DSM-IV en -5. Hoewel nauwelijks onderzoek is verricht naar *subthreshold* angststoornissen bij ouderen, wijzen dergelijke bevindingen wel op de mogelijke relevantie hiervan. Recentere epidemiologische studies laten een patroon zien dat vergelijkbaar is met dat bij de jongere leeftijdscategorie. Een meta-analyse van diverse epidemiologische studies vermeldde puntprevalenties voor agorafobie, paniekstoornis (PS), specifieke fobie (SF), sociale-angststoornis (SAS) en GAS van respectievelijk 0,5%, 0,9%, 4,5%, 1,3% en 2,3% (Volkert et al., 2013). Het meest recente epidemiologische rapport uit de Europese Unie (Andreas et al., 2017) noemde puntprevalenties voor agorafobie (AGO), PS, SF en PTSS van respectievelijk 3,4%, 1,0%, 6,6% en 1,4%. Grenier en collega's (2019) vonden lagere jaarprevalenties, namelijk voor GAS 0,5%, voor SAS 1,1%, voor SF 4,2%, voor PS 0,8%, voor AGO 0,5%, voor de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) 0,6% en voor PTSS 1,6%. De onlangs gepubliceerde prevalentiecijfers van het Lifelines Cohort (18-80 jaar) vallen gemiddeld genomen ook lager uit en laten zien dat de puntprevalentie *overall* voor angststoornissen (gemiddeld 4,3%) piekt rond het dertigste levensjaar en daarna geleidelijk afneemt (van Loo et al., 2021). Het patroon is vergelijkbaar voor depressieve stoornissen. Dat zijn dan weer

1 Omwille van de leesbaarheid wordt in het vervolg van dit artikel gesproken over 'angststoornissen'.

veel lagere prevalenties vergeleken met andere studies. Het probleem van al deze epidemiologische studies is dat ze verschillende methodologieën, verschillende tijdsperioden en verschillende screeningsinstrumenten gebruiken. Zo gebruikt het Lifelines Cohort als screening het MINI-interview (van Loo et al., 2021), dat niet specifiek op 65-plussers is gericht, en de EU-studie (Andreas et al., 2017) het CIDI65+-interview specifiek aangepast voor ouderen. Omdat dit mogelijk van invloed kan zijn op de gevonden verschillen, maakt het deze studies onderling moeilijk vergelijkbaar.

Op dit moment bedraagt de ‘grijze druk’ – het percentage ouderen ten opzichte van 20- tot 65-jarigen – in Nederland 33% (CBS, 2021). Gezien de vergelijkbare prevalentiecijfers van angststoornissen over de leeftijd, betekent dit dat het absolute aantal 65-plussers met een angststoornis ook een derde bedraagt van dat in de leeftijdsgroep van 18-65 jaar.

Met de introductie van de generalistische basis-ggz in Nederland in 2014 werd de toegankelijkheid van een eerste gerichte psychologische behandeling vergroot. Dit heeft echter niet geleid tot een toename in het aantal verwijzingen van ouderen met een angststoornis, zo blijkt uit nadere analyse van een dataset van Indigo die wij tot onze beschikking hebben. Ouderen met angststoornissen en depressies maken ongeveer 6% uit van het totaal aantal verwijzingen, wat een factor 3 tot 4 lager is dan men op basis van prevalentie zou mogen verwachten. Dergelijke getallen zijn eerder gevonden in grote cohortstudies (Mackenzie et al., 2012; Wang et al., 2005). Ook in het Verenigd Koninkrijk zien we dit fenomeen. Ongeveer 10 tien jaar geleden werd daar een grootschalig implementatieproject uitgerold: Improving Access to Psychological Treatment (IAPT). Ook hier bleek dat na vaststelling van een internaliserende psychiatrische stoornis de kans op doorverwijzing naar psychotherapie voor 20- tot 24-jarigen het hoogst was (23%), en voor 70- tot 74-jarigen het laagst (6%) (Pettit et al., 2017). Deze systematisch gerapporteerde hogere kans om als 65-plusser niet gericht te worden behandeld voor een angststoornis (Mackenzie et al., 2012; Pettit et al., 2017; Wang et al., 2005) is een duidelijke aanwijzing dat er leeftijdgerelateerde verschillen kunnen zijn in de presentatie en herkenning van angststoornissen. Ouderen lijken het lastiger te vinden dan jongere volwassenen om angstklachten bij zichzelf te herkennen en te benoemen (Wetherell et al., 2009). Dit kan het gericht om hulp vragen bij bezoeken aan de huisarts ongunstig beïnvloeden. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat stereotiepe, veelal negatieve opvattingen over ouderen een relevante factor zijn. Leeftijdscriminatie (*ageism*) blijkt aantoonbaar bij te dragen aan een hogere ziektelast, zowel op somatisch als mentaal vlak, en aan verhoging van de zorgkosten (Levy et al., 2020). Negatieve stereotiepe opvattingen over ouderen ontwikkelen zich al rond het twintigste tot dertigste levensjaar en mensen behouden die gedurende hun levensloop (Levy, 2009). Voorbeelden ervan zijn dat mensen op oudere leeftijd niet meer kunnen profiteren van een gerichte psychologische behandeling, dat exposure een te belastende interventie is voor

ouderen, en dat vermijding acceptabeler is op oudere leeftijd. Ook zorgprofessionals hebben (mogelijk goedbedoeld of onbewust) dergelijke assumpties, hetgeen invloed heeft op de diagnostiek van psychische stoornissen bij ouderen en op de klinische besluitvorming daarna. Zo werd in het Verenigd Koninkrijk gevonden dat huisartsen depressiviteit bij ouderen in verband brachten met ouder worden en sociaal isolement, en daardoor andere beslissingen namen dan gebruikelijk (Frost et al., 2019). Verder zagen we bij experimentele studies van Kessler en collega's (Kessler & Blachetta, 2020; Kessler & Schneider, 2019) vergelijkbare keuzes in de besluitvorming bij de toepassing van psychotherapie bij depressies.

In de bijdrage over diagnostiek en leeftijdsspecifieke verschillen en overeenkomsten tussen oudere en jongere volwassenen met angststoornissen en depressies in dit nummer (Hendriks & Oude Voshaar, in dit nummer) gaan we uitgebreider in op de factoren die kunnen bijdragen aan de lagere verwijzingsratio voor gerichte psychologische behandeling.

COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE BIJ OUDEREN

.....

Van alle psychologische interventies is cognitieve gedragstherapie (CGT) de eerste keuze psychotherapie bij de behandeling van angststoornissen, dwangstoornissen en PTSS (Carpenter et al., 2018; David et al., 2018). Er zijn voor alle angststoornissen stoornisspecifieke CGT-protocollen ontwikkeld, die ook getoetst zijn in gerandomiseerde en gecontroleerde behandelstudies en vertaald zijn naar de Nederlandse behandelpraktijk. Hoewel deze behandelprotocollen in de dagelijkse praktijk goed toepasbaar zijn bij ouderen, is er veel minder empirisch bewijs over de effectiviteit bij deze leeftijdsgroep (Oude Voshaar, 2013). Vooralsnog wijzen de beschikbare studies op een verminderde effectiviteit van deze protocollen bij ouderen ten opzichte van jongere volwassenen met deze stoornissen (Kishita & Laidlaw, 2017). Robuuste gerandomiseerde behandelstudies bij ouderen zijn echter schaars. De meeste studies zijn beperkt van omvang, waardoor de bewijskracht te wensen overlaat. Directe vergelijkende studies tussen de oudere en jongere leeftijdscategorieën zijn er evenmin. In de review van Kishita en Laidlaw (2017) – die overigens enkel betrekking heeft op studies over CGT bij GAS – wordt gesproken van een middelmatige effectgrootte van 0,55 van CGT voor GAS bij mensen van 65 jaar en ouder en een groot behandel-effect met een effectgrootte van 0,94 bij 18- tot 65-jarigen. De conclusie is dat CGT dus minder effectief lijkt bij oudere patiënten met GAS. Er wordt echter geen rekening gehouden met de mate van spreiding (standaarddeviatie) die bij kleinere aantallen (waarvan sprake is bij studies onder ouderen) groter is dan bij studies met grotere aantallen (bij 18- tot 65-jarigen). De berekening van de effectgrootte is juist hierop gebaseerd, waarbij een grotere standaarddeviatie tot een kleinere effectgrootte leidt. De IAPT-data laten

een ander beeld zien, zoals de systematische review van Chaplin en collega's uitwijst (2015). Bijna 70% van de groep mensen van 65 jaar en ouder (GAS, gemengde angst-/depressieklachten, depressie) is na een gerichte psychologische behandeling (voornamelijk CGT) hersteld of betrouwbaar verbeterd, versus bijna 60% bij de groep 18- tot 65-jarigen. In beide leeftijdscategorieën geeft bijna 90% aan meer inzicht en greep op hun klachten te hebben gekregen. Ook wij vonden in een bescheiden, quasi-experimentele vergelijking (met de nodige mitsen en maren) betere resultaten voor CGT bij ouderen met PS en agorafobie dan bij 18- tot 65-jarigen (Hendriks et al., 2014). Verderop in dit artikel gaan we iets uitgebreider op deze studie in. Hoewel het debat in de richting gaat dat CGT bij ouderen met angststoornissen minder effectief zou zijn dan bij 18- tot 65-jarigen, is het pleit naar onze mening nog allerm minst beslecht.

In het volgende beknopte overzicht nemen wij de lezer mee in een actuele update over CGT bij de behandeling van 65-plussers met angststoornissen.

SYSTEMATISCHE REVIEW

.....

In 2008 verrichtte onze onderzoeksgroep een meta-analyse van gerandomiseerde behandelstudies (RCT's) naar de werkzaamheid van CGT voor oudere patiënten met gemengde angststoornissen (Hendriks et al., 2008). Wij vonden dat CGT effectief was in vergelijking met zowel een wachtlijstcontrolegroep als met een actieve controleconditie. In samenwerking met Cochrane Collaboration werken wij momenteel aan een update van deze meta-analyse over CGT voor angst- en aanverwante stoornissen bij ouderen (Hendriks et al., 2021). We geven nu een kort overzicht van de stand van zaken van deze update.

De laatste systematische review en meta-analyse voor CGT bij ouderen met angststoornissen verscheen in 2012 (Gould et al., 2012; Hall et al., 2016). Een eerste stap in onze update is een systematische literatuurstudie vanaf 2011. Deze zoekactie leverde tien RCT's en drie systematische reviews op.

De meta-analyse van Gould en collega's (2012) includeerde 12 studies. Ze toonde aan dat CGT significant effectiever was dan reguliere zorg of een wachtlijstconditie, maar niet significant effectiever dan actieve controlecondities als farmacotherapie of steunende gespreksgroepen bij 0, 3 en 12 maanden follow-up. Bijna alle geïnccludeerde studies (10 van de 12) waren uitsluitend gericht op gegeneraliseerde-angststoornis (GAS). De auteurs concluderen dat meer onderzoek van hoge kwaliteit nodig is, dat zich niet alleen richt op effectiviteit, maar ook op de mechanismen van verandering.

RCT's over CGT voor oudere volwassenen met angststoornissen die na 2012 zijn gepubliceerd, kunnen in twee categorieën worden ingedeeld: (1) studies over GAS, en (2) studies over gemengde angst-/depressiesymptomen. Deze studies zijn in tabel 1 samengevat.

TABEL 1 RCT's over CGT bij oudere volwassenen na 2010

Studie	Interventie	Controlegroep(en)	Patiënten	Primaire uitkomstmaten	Resultaten
Gegeneraliseerde angst (GAS)					
Brenes et al., 2017; Brenes et al., 2015	Telefonische CGT (CGT-T)	Niet-directieve supportieve therapie (NST-T)	141 oudere volwassenen (60+) met GAS ¹	GAS: GAD-7 ²	CGT-T was superieur aan NST-T in het verminderen van overmatige zorgen en angst direct na behandeling en bij follow-up.
Stanley et al., 2014	CGT door studenten op bachelor-niveau	1. CGT door ervaren therapeuten op postacademisch niveau 2. Gebruikelijke eerstelijnszorg	223 oudere volwassenen (60+) met GAS	GAS: GAD Severity Scale Angst: STAI ³ , HAS ⁴ Depressie: PHQ-9 ⁵ Slapeloosheid: ISI ⁶ Mentale gezondheid: SF-12v2 ⁷	CGT door studenten was even effectief als CGT door ervaren therapeuten, en effectiever dan gebruikelijke eerstelijnszorg in het verminderen van piekeren, angst, depressie en slapeloosheid, en in het verbeteren van de mentale gezondheid.
Wetherell et al., 2013	CGT en escitalopram	Escitalopram	76 oudere volwassenen (60+) met GAS	GAS: PSWQ ⁸ Angst: HAS ⁹	Piekeren (PSWQ), maar niet angst (HAS) verbeterde na CGT + escitalopram in vergelijking met escitalopram alleen.
Hui ⑤, Zhihui, 2017	Groeps-CGT	Controlegroep zonder behandeling	63 oudere volwassenen (60+) met GAS	GAS: PSWQ, GADSS11 ¹⁰ , GAD-Q-IV ¹¹ Angst: BAI ¹² Depressie: BDI ¹³	Participanten in de groeps-CGT lieten een significant grotere verbetering op alle meetinstrumenten zien na de behandeling en 6 maanden na behandeling.
Jones, 2021	Online CGT (ICGT)	Wachtlijst	46 oudere volwassenen (60+) met GAS of subklinische GAS	GAS: GAD-7 Depressie: PHQ-9	Participanten in de ICGT-groep lieten een snellere verbetering van symptomen van angst en depressie zien dan participanten in de wachtlijstgroep met een grote effectgrootte tussen groepen op de GAD-7 (d. 85).

Studie	Interven- tie	Controlegroep(en)	Patiënten	Primaire uitkomstmaten	Resultaten
Gemengde angst en depressie					
Witlox et al., 2021	CGT	Blended ACT ¹⁴	314 volwassenen tussen 55 en 75 jaar met gemengde angst en depressie		Beide interventies verminderden angstssymptomen significant, zowel bij post-behandeling als bij 12 maanden follow-up.
Wuthrich & Rapee, 2013; Wuthrich et al., 2016	Groeps- CGT	WachtlIJst	62 oudere volwassenen (60+) met gemengde angst en depressie	Angst: ADIS ¹⁵ Depressie: GDS ¹⁶ , CES-D ¹⁷	Groep-CGT was effectiever dan wachtlijstcontrole in het verminderen van angst en depressie.
Wuthrich et al., 2016	Groeps- CGT	Discussiegroep	133 ouderen (60+) met gemengde angst en depressie	Angst: ADIS, GAI ¹⁸ Depressie: GDS	Groeps-CGT leidde tot snellere blijvende verbeteringen in angst en depressie dan de discussiegroep.

¹ Gegeneraliseerde-angststoornis; ² Generalized Anxiety Disorder-7 items scale; ³ State-Trait Anxiety Inventory; ⁴ Hamilton Anxiety Scale; ⁵ Patient Health Questionnaire; ⁶ Insomnia Severity Index; ⁷ Mental Health Quality of Life (Short Form 12); ⁸ Penn State Worry Questionnaire; ⁹ Hamilton Anxiety Scale; ¹⁰ Generalized Anxiety Disorder Severity Scale; ¹¹ Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV; ¹² Beck Anxiety Inventory; ¹³ Beck Depression Inventory; ¹⁴ acceptance and commitment therapy; ¹⁵ Anxiety Disorder Interview Schedule; ¹⁶ Geriatric Depression Scale; ¹⁷ Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; ¹⁸ Geriatric Anxiety Inventory.

Onze zoektocht bracht ook verschillende relevante recente systematische reviews aan het licht, die elk een iets andere aanpak hadden. Hall en collega's (2016) beoordeelden de effecten van CGT bij ouderen voor de behandeling van GAS, en includeerden 14 RCT's waarvan de meeste hierboven of in de meta-analyse van Gould en collega's (2012) zijn beschreven. Zij concluderen dat CGT beter is dan geen behandeling, maar dat onbekend blijft of CGT superieur is aan algemeen beschikbare behandelingen, zoals supportieve psychotherapie. Bij 6 maanden follow-up ($k = 5$, $N = 238$) liet de meta-analyse een middelgrote effectgrootte zien voor CGT in vergelijking met een willekeurige controlegroep: $g = 0,46$ (95% CI: $0,07-0,85$; $z = 2,28$, $p = 0,02$). Zij noemen belangrijke beperkingen, zoals beperkte follow-upperiodes en het gebruik van wachtlijstcontrolegroepen in plaats van actieve controlegroepen.

Jayasinghe en collega's (2017) verrichtten een systematische review naar het toepassen van exposure voor angststoornissen, obsessief-compulsief gerelateerde stoornissen, en trauma- en stressorgerelateerde stoornissen bij ouderen (Jayasinghe et al., 2014, 2017). Zij selecteerden 54 artikelen, zowel RCT's als niet-gerandomiseerde trials en casestudies. Zij melden dat, hoewel de meeste studies een afname van angstsymptomen rapporteren, er nog veel belangrijke lacunes moeten worden onderzocht. Zij concluderen dat het moeilijk is om de effectiviteit van exposure te evalueren, omdat de meeste studies exposure integreerden binnen een CGT-behandeling, en veel studies geen goede registratie hadden van de naleving van het protocol. Verder concluderen zij dat er een gebrek is aan gegevens van hoge kwaliteit over exposure voor de behandeling van oudere volwassenen met angst.

Wuthrich en collega's (2021) verrichtten een systematische review naar psychologische interventies voor gemengde angst en depressie bij oudere volwassenen. Zij includeerden vier studies over CGT en mindfulness. Ze concluderen dat psychologische interventies significant beter presteerden dan controlecondities in zowel de behandeling van depressie (Hedges' $g = -0,44$) als van angst (Hedges' $g = -0,55$), maar dat de kwaliteit van de studies over het algemeen laag was en de heterogeniteit groot.

Concluderend lijkt CGT effectief te zijn in het verminderen van angst en zorgen, in vergelijking met controlegroepen zonder actieve behandeling, maar gegevens over de vergelijking tussen CGT en andere actieve interventies, zoals (goed gedefinieerde) *treatment as usual* (TAU), farmacotherapie en *acceptance and commitment therapy* (ACT), laten dubbelzinnige resultaten zien. Eén studie toonde veelbelovende resultaten wat betreft de effectiviteit van CGT uitgevoerd door hulpverleners op bachelorniveau. Gegevens van hoge kwaliteit over exposuretherapie voor angststoornissen op oudere leeftijd ontbreken. Studies richtten zich ofwel alleen op GAS, ofwel op een combinatie van angst- en depressieve symptomen, en gebruikten een verschei-

denheid aan CGT-technieken. Geen van de geïnccludeerde studies gebruikte exposure als een opzichzelfstaande interventie voor angststoornissen. Slechts één studie (Hui & Zhihui, 2017) bevatte een maat voor vermijding, waardoor onderzoek naar de mechanismen die ten grondslag liggen aan exposuretherapie voor angststoornissen bij oudere volwassenen moeilijk is.

LEEFTIJDSSPECIFIEKE VERSCHILLEN EN OVEREENKOMSTEN IN DE UITVOERING VAN CGT BIJ DE BEHANDELING VAN ANGSTSTOORNISSEN

.....

Diverse, veelal kleine studies suggereren dat het nodig of gewenst is CGT bij ouderen aan te passen aan de leeftijd (Mohlman et al., 2003). Ook wordt, zoals eerder beschreven, gesuggereerd dat de effectiviteit van CGT bij ouderen met angststoornissen minder is in vergelijking met hun jongere tegenhangers die nog volop aan het werk zijn (Kishita & Laidlaw, 2017). De auteurs concluderen dat onderzoek naar verklaringen daarvoor aangewezen is en dat behandelingen dan op grond van de bevindingen aangepast dienen te worden. De data waarop zij zich baseren betreffen echter geen directe vergelijkingen van CGT bij een 65-plusgroep versus een groep 18- tot 65-jarigen. De conclusies zijn dus op z'n zachtst gezegd voorbarig. Wij vonden juist bij een 65-plusgroep met paniekstoornis en agorafobie een sterker effect van CGT, vooral met betrekking tot vermijding, in vergelijking met een jongere groep met dezelfde diagnose (Hendriks et al., 2014). Beide groepen werden met hetzelfde CGT-protocol behandeld. De belangrijkste beperking van deze studie was dat het om twee cohorten ging die in verschillende tijdsperiodes behandeld waren en dat de 65-plusgroep een veel kleiner aantal deelnemers omvatte ($n = 30$ versus $n = 160$). Het onderzoek is echter summier en harde conclusies kunnen er niet aan verbonden worden.

Wanneer het gaat om visuele of gehoorbeperkingen, zijn aanpassingen uiteraard vanzelfsprekend. Ook wanneer er fysieke beperkingen zijn, bijvoorbeeld vanwege een chronische obstructieve longaandoening (COPD) of hartfalen, is het vaak nodig om bij exposurebehandelingen rekening te houden met deze beperkingen. Op zichzelf zijn dit soort beperkingen niet op voorhand gekoppeld aan een hogere leeftijd. Drie factoren die naar alle waarschijnlijkheid wel een direct gevolg zijn van hogere leeftijd en die invloed hebben op de effectiviteit van CGT bij mensen van 65 jaar en ouder, zijn de volgende:

- 1 Met name cognitieve interventies lijken door een met het ouder worden samenhangende vermindering van executieve functies voor ouderen ingewikkelder te worden (Mohlman, 2013).
- 2 Ouderen ondervinden meer moeilijkheden wanneer er gebruikgemaakt wordt van digitaal behandelen en digitaal afnemen van vragenlijsten. In onze studie naar de behandeling van ouderen met depressieve klachten gaven de deelnemers veruit de voorkeur aan het invullen van vragenlijsten op papier.

- 3 Ten slotte zijn er met de levensfase samenhangende veranderingen, zoals de overgang van werk naar pensioen, toenemende somatische problematiek en verlies van dierbaren.

Hieronder bespreken we deze factoren uitgebreider.

Executieve cognitieve functies zijn belangrijk bij het uitvoeren van doelgericht gedrag en bevorderen het adaptief vermogen. Een goed ontwikkeld executief functioneren is ook nodig om wat geleerd wordt tijdens het cognitief-gedragstherapeutisch proces goed toe te passen. Het speelt dus een belangrijke rol bij het reguleren en verminderen van disfunctionele emoties en gedragingen. Een verminderd executief functioneren hoort bij het ouder worden. Het is plausibel dat een verminderd executief functioneren een rol kan spelen bij de veronderstelde verminderde effectiviteit van CGT bij mensen van 65 jaar en ouder met angststoornissen (Mohlman, 2013). Uit recente onderzoeksbevindingen blijkt dat de mate van presteren op taken voor executief functioneren samenhangt met het verwerven van CGT-vaardigheden bij mensen van 65 jaar en ouder met angststoornissen (Johnco et al., 2013, 2014, 2015). Ook Mohlman (2013) vond een positieve samenhang tussen de prestaties op een verbale taak voor executief functioneren en hoe effectief cognitieve interventies werden toegepast door ouderen met angststoornissen. In een recente studie toetste Mohlman (2020) de hypothese of een goede prestatie op een werkgeheugentaak het effect van CGT bij de behandeling van mensen van 65 jaar en ouder met een GAS voorspelde. Dit bleek het geval bij follow-up 18 maanden later en hangt mogelijk samen met een waargenomen na-ijleffect van CGT na het afronden van de CGT. Gesuggereerd wordt dat het zinvol kan zijn om voorafgaand aan het starten van de CGT bij mensen van 65 jaar en ouder met angststoornissen het executief functioneren te testen en slechte presteerders eerst een werkgeheugentraining aan te bieden voorafgaand aan de CGT. Uiteraard dient deze suggestie nog onderzocht te worden.

Het lijkt aannemelijk dat bij verminderd executief functioneren op hogere leeftijd met name de cognitieve onderdelen van het volledige CGT-pakket minder goed aangeleerd of getraind kunnen worden. Hoe dit zit bij de meer gedragsmatige, experiëntiële onderdelen van CGT, zoals exposure en responspreventie, is niet duidelijk. Er zijn aanwijzingen (bijvoorbeeld uit onze vergelijkende studie tussen jongere en oudere volwassenen met een PS en agorafobie) dat met name bij deze onderdelen van de CGT ouderen zelfs beter profiteren van de CGT dan 18- tot 65-jarigen. Onderstaande casussen laten dit eveneens zien. Er is echter nog nauwelijks onderzoek gedaan om dit beter te begrijpen en steviger te onderbouwen.

Een tweede verschil met de groep 18- tot 65-jarigen is het gebruik van digitale ondersteuning bij de CGT en het online invullen van zelfrapportagevragenlijsten. Dit leeftijdsgerelateerde verschil is echter niet specifiek gekoppeld aan de aanwezigheid van angststoornissen. Hoewel gemiddeld genomen de digitale vaardigheden duidelijk afnemen na de leeftijd van 55 jaar, zijn de

individuele verschillen groot (van Deursen, 2019). Een substantieel deel van de ouderen gebruikt digitale tools, zoals smartphones en het internet (Witlox et al., 2021), en deze groep zal naar verwachting enkel stijgen. Omgekeerd ervoeren wij in onze recent afgeronde studie (zie voor het studieprotocol: Janssen et al., 2017) naar het effect van gedragsactivatie bij depressieve ouderen in de eerste lijn dat minder dan een kwart van de deelnemers zich voldoende vaardig voelde om vragenlijsten online in te vullen. Kortom, in tegenstelling tot wat bij de groep 18- tot 65-jarigen in het algemeen wel verwacht kan worden, kan men bij de groep mensen van 65 jaar en ouder er niet automatisch van uitgaan dat digitale ondersteuning van de CGT een vanzelfsprekendheid is. Individuele aanpassingen zullen in dit verband nodig zijn.

Een derde verschil met de jongere leeftijdscategorie is dat er op oudere leeftijd vanzelfsprekend meer mensen zullen voorkomen met fysieke en sensorische beperkingen, chronische somatische ziekten en toegenomen zorgafhankelijkheid. Voor zover dit niet het geval is en er sprake is van vitale, zelfstandig wonende ouderen, zijn er op voorhand geen zwaarwegende argumenten om de CGT bij de behandeling van angststoornissen aan te passen. Bij sensorische beperkingen, zoals verminderde visus of verminderd gehoor, geven de beperkingen de richting van de aanpassing aan (bijvoorbeeld een groot lettertype bij visuele beperkingen, of juist audiomateriaal bij auditieve beperkingen). Het gaat hier in essentie niet om een leeftijdsspecifieke aanpassing.

Wanneer het chronische somatische beperkingen betreft, is het zaak te onderzoeken waar de interferentie tussen angststoornis en somatiek zich bevindt. Zo kunnen bij een patiënt met COPD die vaak last heeft van benauwdheid bepaalde onderdelen van de interoceptieve exposureoefeningen lastig uit te voeren zijn, zoals door een rietje ademen of hyperventileren. Deze vormen van exposure zouden dan kunnen worden overgeslagen. Wanneer benauwdheid als gevolg van de COPD tot een toename van angst leidt en paniek induceert, zouden relaxatieoefeningen soelaas kunnen bieden. Exposure in vivo binnen de kaders van wat fysiek verdragen kan worden, kan uiteraard gewoon doorgaan. Om tot goede onderlinge afstemming te komen, kan het zinvol zijn de behandelend arts in voorkomende gevallen te raadplegen en in gezamenlijkheid het exposureprogramma vast te stellen. Ook bij cardiologische beperkingen, bijvoorbeeld ernstig hartfalen, is het aangewezen samen met de patiënt en de behandelend arts (huisarts of cardioloog) tot overeenstemming te komen over wat een haalbaar en somatisch verantwoord exposureprogramma is. Verder dient men zich te realiseren dat het hebben van een angststoornis, zeker als deze ernstig en invaliderend is, het algemene stressniveau verhoogt en daarmee ook bijdraagt aan het versterken van de hinder van chronische somatische morbiditeit (zie ook Hendriks & Oude Voshaar, in dit nummer). De praktijk leert echter dat wanneer men samen met de patiënt goed naar de lichamelijke sensaties kijkt, (interoceptieve) exposure ondanks interfererende somatische problemen bijna altijd wel degelijk mogelijk is.

TWEE CASUSBESCHRIJVINGEN

295

De nu volgende casussen beschrijven twee CGT-behandelingen die illustreren dat het niet op voorhand nodig is om bestaande protocollen aan te passen. Het is vooral zaak aan te sluiten bij de hulpvraag en daarvoor de meest geschikte behandeling aan te bieden, en er niet a priori van uit te gaan dat exposure in vivo op oudere leeftijd een te belastende interventie zou zijn.

Casus 1

Een bij aanmelding 71-jarige man wordt op eigen verzoek voor een second opinion naar ons verwezen in verband met een stagnerende behandeling vanaf 2018. Sinds zijn vijfendertigste jaar is hij bekend met recidiverende angst- en depressieve klachten. Obsessieve angst dat anderen door zijn toedoen schade oplopen staat daarbij centraal. Als gevolg hiervan voert hij controlerende handelingen uit bij onder andere huishoudelijke apparatuur, deuren en ramen, en vermijdt hij autorijden en fietsen. Het klachtenpatroon is fluctuerend van mild tot ernstig. Bij toename van de angst- en dwangklachten staan ook ernstige depressieve klachten op de voorgrond. De hulpvraag van patiënt is primair gericht op vermindering van de angstklachten. Na screening en het afnemen van een semiklinisch gestructureerd interview wordt de diagnose obsessieve-compulsieve stoornis gesteld met secundaire comorbide depressieve stoornis.

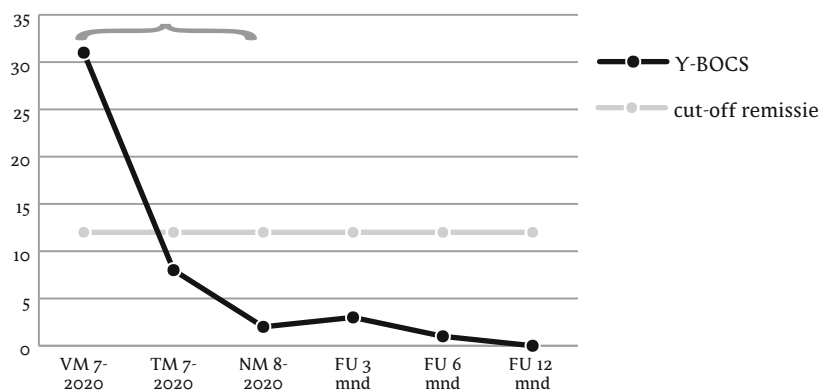
Er blijkt een uitgebreide behandelvoorgeschiedenis in de gespecialiseerde ggz te zijn, die begint in 1996. Een aantal opvallende zaken komt daarbij naar voren. Hoewel obsessieve-compulsieve symptomatologie steeds wordt beschreven, wordt deze beschouwd als functioneel en niet als op zichzelf staande stoornis. De focus van de behandeling ligt op de recidiverende depressieve klachten, waarbij de behandeling bestaat uit een combinatie van antidepressiva en inzichtgevende psychotherapie. In de periode 1998 tot 2018 zijn er drie recidieven met behandeling in de specialistische ggz. Er is nooit een duidelijke exposure- en responspreventiebehandeling uitgevoerd. In 2018 recidiveren de angst- en dwangklachten in ernstige mate, met als gevolg twee klinische behandelperioden en aansluitend dagbehandeling. Omdat de behandeling onvoldoende werd gericht op de hulpvraag van patiënt, namelijk behandeling voor terugkerende angsten, en zij naar de mening van patiënt te veel gericht was op secundaire depressieve klachten, verzoekt hij om een second opinion bij ons behandelcentrum. Bij aanmelding gebruikt patiënt de volgende medicatie: venlafaxine XR 75 mg 1 dd 1, venlafaxine 37,5 mg XR 1 dd 1, olanzapine 5 mg 1 dd 1, Depakine 300 mg 2 dd 1 (in verband met verdenking van bipolaire II-stoornis na hypomane ontregeling op venlafaxine).

Bij navraag geeft patiënt aan geen duidelijk therapeutisch effect van deze medicatie te ervaren.

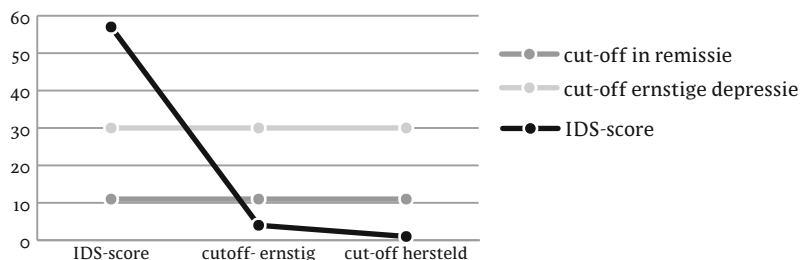
In overleg met patiënt en aansluitend bij zijn hulpvraag wordt de behandeling primair gericht op de obsessieve-compulsieve stoornis en niet op de comorbide depressieve stoornis. Sinds hij bovengenoemde medicatie krijgt voorgeschreven, ervaart

hij affectvervlakking. Er wordt een intensieve exposurebehandeling voorgesteld gedurende 4 dagen, met aansluitend wekelijkse exposureboosters van 90 minuten gedurende 4 weken. Hierna wordt de behandeling geëvalueerd. Voorgesteld wordt om bij gewenst effect de medicatie, waarvan het therapeutisch effect immers ontbreekt, af te bouwen, conform de wens van patiënt. Patiënt gaat hiermee akkoord. Op de intensieve dagen wordt gestart met het vaststellen van het exposureplan voor die dag en het evalueren van de exposuresessies van de vorige dag. Daarna volgen drie exposuresessies per dag van elk 90 minuten, begeleid uitgevoerd in de context waarin patiënt de meeste hinder ervaart van zijn controledwang en vermijding. De exposuresessies zijn gericht op verwachtingsdisconfirmatie en volgen het inhibitorisch leermodel van Craske (Vervliet et al., 2013). Tevens wordt de partner van de patiënt geïnstrueerd hoe zij het beste haar rol als partner kan vervullen in relatie tot de angst- en dwangklachten van patiënt.

Uit de figuren 1 en 2 blijkt dat bij de tussenmeting na de eerste 4 dagen intensieve exposure zowel de klachten van de OCS als die van de secundaire depressieve stoornis zodanig zijn afgenomen dat er sprake is van volledige remissie. Op de nameting na 6 weken zijn deze klachten nog verder afgenomen. Het is duidelijk dat de OCS en de depressie sterk met elkaar samenhangen, en dat er geen sprake is van een opzichzelfstaand depressief syndroom. Hiermee kan ook de diagnose bipolaire stoornis type II verworpen worden. Dit betekent dat, conform de rapportage van patiënt dat hij geen therapeutisch effect had ervaren van de drie verschillende medicamenten, deze alle afgebouwd kunnen worden. Hiermee wordt begonnen halverwege de boosterfase. Bij de eerste follow-up, 3 maanden na afronding van de behandeling, is patiënt medicatievrij. Uit figuur 1 valt op te maken dat 12 maanden na afronding patiënt nog steeds in remissie is.



FIGUUR 1 *Duur intensieve exposure in casus 1.* VM = voormeting; TM = tussenmeting; NM = nameting; FU = follow-up; Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale



FIGUUR 2 *Belooop depressie in casus 1. ISD = Inventory of Depressive Symptomatology*

Casus 2

Een 77-jarige gehuwde vrouw komt sinds een aantal jaren niet meer zelfstandig het huis uit. Enkel onder begeleiding van haar echtgenoot durft zij het huis te verlaten, om bijvoorbeeld te gaan wandelen, boodschappen te doen of een bezoekje af te leggen. Vanwege plotseling opkomende angst en paniek belt zij met grote regelmaat de huisarts. Ze is dan bang dat het angst- en paniekgevoel blijft hangen en nooit meer wegtrekt. De huisarts schrijft haar citalopram 20 mg 1 dd 1 en zo nodig oxazepam 10 mg voor. Aangezien dit na 6 maanden geen effect heeft, verwijst de huisarts patiënte door naar het team ouderen van Pro Persona.

Uit de anamnese komt naar voren dat patiënte voor het eerst een paniekaanval kreeg toen zij 6 jaar geleden in de supermarkt wat langer dan gebruikelijk voor de kassa moest wachten. Ze kreeg het toen plotseling benauwd, begon te zweten en te trillen, werd duizelig en was bang om onderuit te gaan. Men waarschuwde 112 en er werd een ambulance gestuurd. Nadat ze was onderzocht, werd aangegeven dat er lichamelijk niets werd gevonden (hartslag en bloeddruk waren normaal) en dat de verschijnselen werden veroorzaakt door hyperventilatie. Sinds die eerste aanval durfde patiënte niet meer alleen te gaan winkelen. De angstaanvallen begonnen zich vaker voor te doen en ook werd patiënte steeds banger om ergens alleen naartoe te gaan uit angst in paniek te raken. Momenteel heeft zij twee- tot driemaal per week plotseling een angstaanval, waarbij ze haar echtgenoot vraagt om geruststelling en ook wekelijks de huisarts belt. Haar echtgenoot probeert patiënte volledig te ondersteunen en heeft veel taken van haar overgenomen. Patiënte voelt zich steeds gedeprimeerder worden, is passief en lusteloos, blijft vaak in bed of op de bank liggen, en is bang dat de angst niet meer overgaat. Ze geeft aan van de angst af te willen, bij voorkeur 'met een pilletje'.

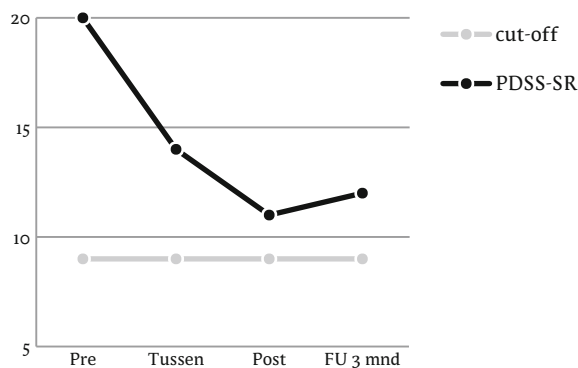
Er wordt ook een semigestructureerd klinisch interview afgenomen. Patiënte wordt gediagnosticeerd met een paniekstoornis, gegeneraliseerde agorafobie en secundaire depressieve stoornis.

Omdat patiënte vanwege haar angst liever niet naar onze behandellocatie wil komen, is voorgesteld de behandeling vanuit huis te starten. Wat opvalt is dat patiënte moeite heeft de verschijnselen die ze ervaart tijdens een paniekaanval concreet

te beschrijven en uit te leggen wat ze als beangstigend ervaart. Concreet en detail-gericht uitvragen van de angst- en panieksymptomen volgens het MINI-interview leert dat er zich tijdens de paniekaanvallen diverse fysieke symptomen voordoen en dat de belangrijkste angstige verwachting is dat ze raar gaat doen en geen controle meer ervaart. Haar hulpvraag is gericht op vermindering van de angst en op de wens weer alleen ergens naartoe te durven gaan.

Er wordt gestart met psycho-educatie en uitleg over hoe de klachten het beste behandeld kunnen worden met behulp van CGT. Hierbij wordt duidelijk dat patiënte een goed begrip heeft van wat exposure inhoudt, maar dat het onderdeel verwachtingsdisconfirmatie voor haar moeilijk is. Ze is niet goed in staat angstige verwachtingen te formuleren. Er wordt daarom een exposurelijst opgesteld die oploopt in moeilijkheidsgraad, aansluitend bij de doelstelling van patiënte, en gestart met interoceptieve exposure en begeleide exposure in vivo. De echtgenoot krijgt hierbij instructies om niet direct gerust te stellen als patiënte zich angstig voelt worden. De begeleide exposures worden uitgevoerd door een gz-psycholoog en een verpleegkundige met CGW-registratie. Daarnaast krijgt patiënte de opdracht om ook zelfstandig exposureoefeningen te doen. De interoceptieve exposureoefeningen ervaart patiënte als eenvoudig en niet beangstigend. Gaandeweg durft patiënte weer (kleine) rondjes buiten te lopen en uiteindelijk ook naar de winkel te gaan. Dit is voor haar al grote winst en helpt ook om weer op bezoek te gaan bij vriendinnen (haar sociale netwerk was vanwege de afhankelijkheid van haar echtgenoot inmiddels erg klein geworden). Ze stopt ook met bellen naar haar echtgenoot of huisarts om geruststelling te vragen als ze zich angstig voelt worden.

De behandeling bestond uiteindelijk uit 23 sessies CGT, in een frequentie van tweemaal per week gedurende de eerste 8 weken, daarna geleidelijk uitgesmeerd over een periode van 4 maanden. De Panic Disorder Severity Scale – Self Report (PDSS-SR) werd gebruikt om het behandelbeloop te monitoren (zie figuur 3).



FIGUUR 3 *Behandelbeloop van patiënte uit casus 2. FU = follow-up; PDSS-SR = Panic Disorder Severity Scale – Self Report*

CONCLUSIE

.....

299

Het staat als een paal boven water dat 65-plussers met angststoornissen een fors onderbestudeerde groep zijn, in vergelijking met kinderen en 18- tot 65-jarigen met angststoornissen, zowel wat betreft behandeling als wat betreft diagnostiek/fenomenologie. Er zijn stevige aanwijzingen dat stereotiepe opvattingen bij hulpverleners, de ouderen zelf en hun omgeving daarbij een rol spelen. Toch is er geen reden tot pessimisme. Het onderzoek dat er is, laat zien dat 65-plussers met angststoornissen een duidelijke voorkeur hebben voor psychotherapie en dat CGT in potentie effectief is. Met dit beknopte overzicht van de summiere beschikbare evidentie voor CGT bij 65-plussers met angststoornissen en de twee casussen willen wij een lans breken voor deze doelgroep. We roepen CGT-therapeuten op 65-plussers met angststoornissen voortvarend met de beschikbare behandelprotocollen te behandelen, voor zover daar nog aarzelingen over mochten bestaan.

Gert-Jan Hendriks is psychiater, werkzaam bij Pro Persona, en bijzonder hoogleraar behandeling angststoornissen en depressie bij ouderen aan de Radboud Universiteit Nijmegen.

Noortje Janssen is junior-onderzoeker/promovenda en werkzaam bij Pro Persona.

Rosanne van den Berg is klinisch psycholoog in opleiding en werkzaam bij Pro Persona.

Richard Oude Voshaar is psychiater, werkzaam bij UMC Groningen en hoogleraar ouderenpsychiatrie.

Correspondentieadres: Gert-Jan Hendriks, Pro Persona, Postbus 7049, 6503 GM Nijmegen. E-mail: g.hendriks@propersona.nl.

Summary *Cognitive behavioural therapy in older adults with anxiety disorders*

Anxiety disorders in later life are still very prevalent. Older adults have a clear preference for targeted psychological treatment. Despite the fact that the implementation of first line psychological treatments in our mental health care system has increased the accessibility of targeted psychological treatment, this is not the case for older adults suffering from anxiety disorders. The available evidence for psychological treatment in late-life anxiety disorders is limited to the use of cognitive behavioural therapy (CBT) for generalized anxiety disorder. Although it is suggested that the effectiveness of CBT is reduced in older compared to younger adults with anxiety disorders, this is insufficiently substantiated by properly conducted treatment studies. The initial findings of large-scale implementation research into the accessibility of psychological treatments point in the direction of better outcomes for older compared to younger adults with anxiety disorders. It is recommended that cognitive behavioural therapists increasingly focus on the application of CBT in older adults with anxiety disorders.

Keywords *anxiety disorders, cognitive behavioural therapy, older adults*

Literatuur

- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehous, M., Sehner, S., Suling, A., Ausín, B., Canuto, A., Crawford, M., Da Ronch, C., Grassi, L., Hershkovitz, Y., Muñoz, M., Quirk, A., Rotenstein, O., Santos-Olmo, A. B., Shalev, A., Strehle, J., Weber, K., . . . Härter, M. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis_ICF65+ study. *British Journal of Psychiatry*, 210, 125-131.
- Beekman, A. T., Penninx, B. W., Deeg, D. J., Ormel, J., Braam, A. W., & van Tilburg, W. (1997). Depression and physical health in later life: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). *Journal of Affective Disorder*, 46, 219-231.
- Brenes, G. A., Danhauer, S. C., Lyles, M. F., Anderson, A., & Miller, M. E. (2017). Long-term effects of telephone-delivered psychotherapy for late-life GAD. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 1249-1257.
- Brenes, G. A., Danhauer, S. C., Lyles, M. F., Hogan, P. E., & Miller, M. E. (2015). Telephone-delivered cognitive behavioral therapy and telephone-delivered nondirective supportive therapy for rural older adults with generalized anxiety disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72, 1012-1020.
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*, 35, 502-514.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (13 oktober 2021). *Bevolking: kerncijfers*. www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/37296ned
- Chaplin, R., Farquharson, L., Clapp, M., & Crawford, M. (2015). Comparison of access, outcomes and experiences of older adults and working age adults in psychological therapy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30, 178-184.
- David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 4.
- de Graaf, R., ten Have, M., van Gool, C., & van Dorsselaer, S. (2012). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 203-213.
- Frost, R., Beattie, A., Bhanu, C., Walters, K., & Ben-Shlomo, Y. (2019). Management of depression and referral of older people to psychological therapies: A systematic review of qualitative studies. *British Journal of General Practice*, 69, e171-e181.
- Gould, R. L., Coulson, M. C., & Howard, R. J. (2012). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people: A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60, 218-229.
- Grenier, S., Payette, M. C., Gunther, B., Askari, S., Desjardins, F. F., Raymond, B., & Berbiche, D. (2019). Association of age and gender with anxiety disorders in older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34, 397-407.
- Hall, J., Kellett, S., Berrios, R., Bains, M. K., & Scott, S. (2016). Efficacy of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults: Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 1063-1073.
- Hendriks, G.-J., Kampman, M., Keijsers, G. P., Hoogduin, C. A., & Oude

- Voshaar, R. C. (2014). Cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia in older people: A comparison with younger patients. *Depression and Anxiety*, 31, 669-677.
- Hendriks, G.-J., & Oude Voshaar, R.C. (2021). Diagnostiek bij ouderen met angststoornissen en depressies. *Gedragstherapie*, 54, 205-226.
- Hendriks, G.-J., Oude Voshaar, R. C., Keijsers, G. P., Hoogduin, C. A., & van Balkom, A. J. (2008). Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 403-411.
- Hendriks, G.-J., van Zelst, W. H., van Balkom, A. J., Uphoff, E., Robertson, L., Keijsers, G. P., & Oude Voshaar, R. C. (2021). Cognitive behavioural therapy and third wave approaches for anxiety and related disorders in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021, CD007674.
- Hui, C., & Zhihui, Y. (2017). Group cognitive behavioral therapy targeting intolerance of uncertainty: A randomized trial for older Chinese adults with generalized anxiety disorder. *Aging & Mental Health*, 21, 1294-1302.
- Janssen, N., Huibers, M. J. H., Lucassen, P., Oude Voshaar, R. C., van Marwijk, H., Bosmans, J., Pijnappels, M., Spijker, J., & Hendriks, G. J. (2017). Behavioural activation by mental health nurses for late-life depression in primary care: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 17, 230.
- Jayasinghe, N., Finkelstein-Fox, L., Sar-Graycar, L., Ojie, M. J., Bruce, M. L., & Difede, J. (2017). Systematic review of the clinical application of exposure techniques to community-dwelling older adults with anxiety. *Clinical Gerontologist*, 40, 141-158.
- Jayasinghe, N., Sparks, M. A., Kato, K., Wilbur, K., Ganz, S. B., Chiamonte, G. R., Stevens, B. L., Barie, P. S., Lachs, M. S., O'Dell, M., Evans, A. T., Bruce, M. L., & Difede, J. (2014). Exposure-based CBT for older adults after fall injury: Description of a manualized, time-limited intervention for anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21, 432-445.
- Johnco, C., Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2013). The role of cognitive flexibility in cognitive restructuring skill acquisition among older adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 576-584.
- Johnco, C., Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2014). The influence of cognitive flexibility on treatment outcome and cognitive restructuring skill acquisition during cognitive behavioural treatment for anxiety and depression in older adults: Results of a pilot study. *Behavior Research and Therapy*, 57, 55-64.
- Johnco, C., Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2015). The impact of late-life anxiety and depression on cognitive flexibility and cognitive restructuring skill acquisition. *Depression and Anxiety*, 32, 754-762.
- Jones, S. L. (2021). An efficacy trial of therapist-assisted internet-delivered cognitive-behaviour therapy for older adults with generalized anxiety. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 82(7).
- Kessler, E. M., & Blachetta, C. (2020). Age cues in patients' descriptions influence treatment attitudes. *Aging & Mental Health*, 24, 193-196.
- Kessler, E. M., & Schneider, T. (2019). Do treatment attitudes and decisions of psychotherapists-in-training depend on a patient's age? *Journals of Gerontology: Series B*, 74, 620-624.
- Kishita, N., & Laidlaw, K. (2017). Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults? *Clinical Psychology Review*, 52, 124-136.

- Levy, B. R. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 332-336.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Chang, E. S., Kanno, S., & Wang, S. Y. (2020). Ageism amplifies cost and prevalence of health conditions. *Gerontologist*, 60, 174-181.
- Mackenzie, C. S., Reynolds, K., Cairney, J., Streiner, D. L., & Sareen, J. (2012). Disorder-specific mental health service use for mood and anxiety disorders: Associations with age, sex, and psychiatric comorbidity. *Depression and Anxiety*, 29, 234-242.
- Mohlman, J. (2013). Executive skills in older adults with GAD: Relations with clinical variables and CBT outcome. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 131-139.
- Mohlman, J. (2020). Neurocognitive predictors of long-term outcome in CBT for late life generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 102246.
- Mohlman, J., Gorenstein, E. E., Kleber, M., de Jesus, M., Gorman, J. M., & Papp, L. A. (2003). Standard and enhanced cognitive-behavior therapy for late-life generalized anxiety disorder: Two pilot investigations. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 24-32.
- Oude Voshaar, R. C. (2013). Lack of interventions for anxiety in older people. *British Journal of Psychiatry*, 203, 8-9.
- Pettit, S., Qureshi, A., Lee, W., Stirzaker, A., Gibson, A., Henley, W., & Byng, R. (2017). Variation in referral and access to new psychological therapy services by age: An empirical quantitative study. *British Journal of General Practice*, 67, e453-e459.
- Stanley, M. A., Wilson, N. L., Amspoker, A. B., Kraus-Schuman, C., Wagener, P. D., Calleo, J. S., Cully, J. A., Teng, E., Rhoades, H. M., Williams, S., Masozera, N., Horsfield, M., & Kunik, M. E. (2014). Lay providers can deliver effective cognitive behavior therapy for older adults with generalized anxiety disorder: A randomized trial. *Depression and Anxiety*, 31, 391-401.
- van Deursen, A. J. A. M. (2019). *Digitale ongelijkheid in Nederland: Internetgebruik van mensen van 55 jaar en ouder*. Universiteit Twente.
- van Loo, H. M., Beijers, L., Wieling, M., de Jong, T. R., Schoevers, R. A., & Kendler, K. S. (2021). Prevalence of internalizing disorders, symptoms, and traits across age using advanced nonlinear models. *Psychological Medicine*, 1-10. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001148>
- Vervliet, B., Craske, M. G., & Hermans, D. (2013). Fear extinction and relapse: State of the art. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 215-248.
- Volkert, J., Schulz, H., Härter, M., Włodarczyk, O., & Andreas, S. (2013). The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12, 339-353.
- Wang, P. S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 603-613.
- Wetherell, J. L., Petkus, A. J., McChesney, K., Stein, M. B., Judd, P. H., Rockwell, E., Sewell, D. D., & Patterson, T. L. (2009). Older adults are less accurate than younger adults at identifying symptoms of anxiety and depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 623-626.
- Wetherell, J. L., Petkus, A. J., White, K. S., Nguyen, H., Kornblith, S., Andresescu, C., Zisook, S., & Lenze, E. J. (2013). Antidepressant medication augmented with cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder.

- der in older adults. *American Journal of Psychiatry*, 170, 782-789.
- Witlox, M., Garnefski, N., Kraaij, V., de Waal, M. W. M., Smit, F., Bohlmeijer, E., & Spinhoven, P. (2021). Blended acceptance and commitment therapy versus face-to-face cognitive behavioral therapy for older adults with anxiety symptoms in primary care: Pragmatic single-blind cluster randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*, 23, e24366.
- World Health Organization (WHO). (4 oktober 2021). *Ageing and Health*. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
- Wuthrich, V. M., Meuldijk, D., Jagiello, T., Robles, A. G., Jones, M. P., & Cuijpers, P. (2021). Efficacy and effectiveness of psychological interventions on co-occurring mood and anxiety disorders in older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36, 858-872.
- Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2013). Randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for comorbid anxiety and depression in older adults. *Behavior Research and Therapy*, 51, 779-786.
- Wuthrich, V. M., Rapee, R. M., Kangas, M., & Perini, S. (2016). Randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy compared to a discussion group for co-morbid anxiety and depression in older adults. *Psychological Medicine*, 46, 785-795.

Cognitieve gedragstherapie bij persisterende SOLK op latere leeftijd

DENISE HANSSEN & DORINE VAN DRIEL

Samenvatting

Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) komen vaak voor op latere leeftijd en gaan gepaard met aanzienlijke lijdensdruk. Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een van de weinige beschikbare evidence-based behandelmethoden voor SOLK. De *evidence* ervoor is echter geheel gebaseerd op behandelstudies bij jongere volwassenen. Op basis van wetenschappelijke literatuur en praktijkervaringen betogen wij in dit artikel dat CGT ook op latere leeftijd toepasbaar is, met de volgende aandachtspunten:

1. Zorg voor adequate behandeling van somatische comorbiditeit, parallel aan psychologische behandeling.
2. Wees alert op niet-accepterende en hypochondere cognities, alsmede cognities op het vlak van hulpeloosheid, aangezien deze vaak voorkomen bij SOLK op latere leeftijd.
3. Omdat SOLK op latere leeftijd vaker dan op jongere leeftijd in stand worden gehouden door systeemproblematiek, wordt aangeraden om het systeem – inclusief multidisciplinaire hulpverleners – te betrekken bij de behandeling.
4. Doel van de behandeling is verbetering van kwaliteit van leven, niet klachtenreductie; klachtenvrij leven is immers vaak geen optie op latere leeftijd.

Trefwoorden: somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, somatisch-symptoomstoornis, ouderen, cognitieve gedragstherapie

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Combineer bij de behandeling van SOLK op latere leeftijd somatische en psychologische zorg.
- Besteed extra aandacht aan het opbouwen van een goede behandelrelatie, gezien de vaak negatieve eerdere zorgervaringen van oudere patiënten met SOLK.
- Ook op latere leeftijd biedt het cognitief-gedragstherapeutisch model van SOLK goede handvatten bij het vormgeven van een gepersonaliseerde psychologische behandeling.

SOMATISCH ONVOLDOENDE VERKLAARDE LICHAAMELIJKE KLACHTEN (SOLK)

305

Als lichamelijke klachten langer dan enkele weken aanhouden, en adequaat medisch onderzoek geen of onvoldoende somatische verklaring geeft voor die klachten, spreken we van ‘somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten’ (SOLK) (Olde Hartman et al., 2013). Veruit de meeste SOLK gaan vanzelf over. Toch houdt een aanzienlijke groep mensen langdurig last van SOLK. De prevalentie van langdurige SOLK in de eerste lijn wordt geschat op 2,5% (Verhaak et al., 2006). Persisterende SOLK gaat gepaard met een afname van kwaliteit van leven die vergelijkbaar is met die van patiënten met chronische somatische aandoeningen (Joustra et al., 2015).

Hoewel patiënten met SOLK dus ernstig beperkt worden door hun klachten, komt passende hulpverlening vaak moeizaam op gang. Soms bezoeken patiënten tal van medische specialisten in de hoop een oorzaak, diagnose of oplossing voor hun lichamelijke klachten te vinden. Medische oplettendheid is te allen tijde wenselijk, zodat een somatische diagnose niet gemist wordt. Toch laat een recente meta-analyse van naturalistische follow-up-studies zien dat bij slechts 0,5% van de (jongere) patiënten met SOLK op een later moment alsnog een somatische diagnose vastgesteld werd die de klachten kon verklaren (Eikelboom et al., 2016). Hoewel een zoektocht naar een somatische diagnose dus in veel gevallen weinig handvatten lijkt op te leveren voor het vervolgbeleid, kan het wel een toename van demoralisatie tot gevolg hebben. Het kan bovendien fysiek schadelijk zijn voor de patiënt door onbedoelde neveneffecten van proefbehandelingen of invasieve medische onderzoeken.

De hulpverlening voor deze patiëntengroep lijkt verder bemoeilijkt te worden door de vaak moeizame communicatie tussen artsen en patiënten met SOLK (Page & Wessely, 2003). Veel artsen denken dat patiënten met SOLK met name op zoek zijn naar een medische oorzaak voor de klachten, terwijl een analyse van huisartsconsulten laat zien dat patiënten wel degelijk ook hun psychosociale zorgbehoeften uiten (Peters et al., 2009). Wanneer huisartsen manieren bespreken om adequater om te gaan met de onverklaarde klachten en de gevolgen ervan, valt op dat de gegeven adviezen vaak ambigu en non-specifiek zijn (Gol et al., 2019). Patiënten kunnen zich daardoor miskend voelen, wat de ervaren lijdensdruk verder kan doen toenemen.

SOLK OP LATERE LEEFTIJD

Ook op latere leeftijd kunnen SOLK langere tijd aanwezig zijn. Een systematische review laat zien dat tussen de 4,5% en 18% van de ouderen van 65 jaar en ouder lijden aan SOLK (Hilderink et al., 2013). Deze prevalentieschatting

is beduidend lager dan de geschatte prevalentie van SOLK in jongere leeftijdscategorieën (18-50 jaar: 1,6% tot 70%; 50-65 jaar: 2,4% tot 87%). Dit zou kunnen betekenen dat SOLK daadwerkelijk minder vaak voorkomen op latere leeftijd. Een verklaring hiervoor kan gevonden worden in een betere coping op latere leeftijd: ouderen lijken namelijk in algemene zin beter om te kunnen gaan met tegenslagen en stressoren dan jongere volwassenen (Aldwin et al., 1996; Diehl et al., 2014). Een studie specifiek gericht op het omgaan met pijnklachten laat bijvoorbeeld zien dat met toenemende leeftijd minder vaak vermijdende copingstrategieën worden ingezet (LaChapelle & Hadjistavropoulos, 2005). Er zijn echter ook alternatieve verklaringen mogelijk voor de verschillen in prevalentie, zoals dat onbegrepen klachten op latere leeftijd eerder toegeschreven worden aan somatische comorbiditeit of aan de 'normale' veroudering.

In tegenstelling tot onderzoek bij jongere volwassenen (Joustra et al., 2015) laat onderzoek bij een oudere doelgroep zien dat er bij SOLK zelfs een lagere mentale en fysieke kwaliteit van leven ervaren wordt dan bij oudere patiënten met een of meerdere somatische ziekten (Hanssen, Lucassen et al., 2016). Bovendien rapporteren ouderen met SOLK meer eenzaamheid dan oudere patiënten met verklaarde lichamelijke klachten, hoewel zij evenveel sociale steun lijken te ontvangen. Aansluitend bij deze fysieke, mentale en sociale belasting rapporteren oudere patiënten met SOLK niet alleen onvervulde zorgbehoeften op het gebied van fysiek functioneren, maar ook zorgbehoeften op het gebied van informatievoorziening over de klachten en op het gebied van psychische ondersteuning (Hanssen, Oude Voshaar et al., 2016).

Onderstaande casus – die in dit artikel een aantal malen zal terugkeren – illustreert het diagnostisch proces en het cognitief-gedragstherapeutisch behandelproces bij SOLK op latere leeftijd. De casus laat zien hoe theoretische bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur toegepast kunnen worden in de klinische praktijk. De casus begint met een korte introductie.

Casus: introductie

Lieneke (pseudoniem) is een 78-jarige vrouw, die door een arts van de pijnpoli is verwezen naar een vrijevestigde praktijk voor ouderenpsychiatrie. Zij is bekend met pijnklachten door het hele lichaam, maar in het bijzonder heeft zij bekkenbodemplakten, die ondraaglijk kunnen aanvoelen. Lieneke heeft veel dokters in Nederland en Vlaanderen bezocht, in de hoop verlichting te vinden voor haar klachten. Naast deze klachten ervaart zij problemen met zien en horen, en heeft zij een gedeeltelijke verlamming in het gezicht. Deze verlamming is in de puberteit ontstaan, toen een verwaarloosd gezwel in het gezicht verwijderd moest worden. De gezichtsverlamming heeft een grote impact gehad op haar leven. Lieneke is erom gepest. Zij heeft destijds besloten om haar droom om verpleegkundige te worden niet waar te maken en geen kinderen te krijgen. Zij voelde zich een buitenbeentje

en deed er alles aan om 'gewoon' te zijn. Met haar doorzettingsvermogen is het haar gelukt om een zelfstandig en waardevol leven op te bouwen. Ze leerde autorijden, kreeg een leuke relatie en een interessante baan.

De bekkenbodemplachten zijn drie jaar geleden ontstaan na een val van de fiets. Het maakt Lieneke boos en verdrietig dat ze steeds minder kan. Soms zou ze willen dat het leven afgelopen was, maar de meeste dagen verzet ze zich met volle kracht tegen de pijn. Ze wil vrolijk zijn en niet voor anderen onderdoen. Ze voelt zich goed als ze via sociale media haar patiëntervaringen met lotgenoten kan delen. Daar krijgt ze veel waardering voor van andere patiënten met chronische pijn.

DIAGNOSTIEK BIJ SOLK OP LATERE LEEFTIJD

.....

Psychiatrische classificatie en diagnostiek naar psychiatrische comorbiditeit

.....

Wanneer lichamelijke klachten, zowel somatisch onverklaarde als verklaarde, minstens 6 maanden aanhouden, ze significante lijdensdruk opleveren voor de patiënt, en de klachten gepaard gaan met excessieve emoties, gedachten en gedragingen gerelateerd aan de klachten, kan men een DSM-5- classificatie 'somatisch-symptoomstoornis' stellen (American Psychiatric Association, 2014). Een somatisch-symptoomstoornis kan dus niet alleen gesteld worden bij aanhoudende SOLK, maar ook bij aanhoudende *verklaarde* lichamelijke klachten. Door de focus op positieve symptomen – namelijk de aanwezigheid van excessieve emoties, gedachten en gedragingen – gelieerd aan de lichamelijke klacht, kan de rationale voor vervolgbehandeling middels cognitieve gedragstherapie (CGT) makkelijk uitgelegd worden aan de patiënt.

SOLK of een somatisch-symptoomstoornis gaan regelmatig gepaard met psychiatrische comorbiditeit. Bij de helft van een groep oudere volwassenen met SOLK kon er een psychiatrische aandoening anders dan een somatoforme stoornis vastgesteld worden (Hanssen et al., 2020). In het bijzonder werd een hoge comorbiditeit gevonden met stemmingsstoornissen (26,3%), angststoornissen (18,6%), en middelenmisbruik of afhankelijkheid (5,1%). Het is daarom belangrijk om alert te zijn op het geven dat SOLK onderdeel kunnen zijn van een ander psychiatrisch ziektebeeld dan de somatisch-symptoomstoornis. Een bekend voorbeeld hiervan is de depressieve stoornis op latere leeftijd, die zich vaker dan bij jongere volwassenen presenteert met lichamelijke klachten (Hegeman et al., 2012). Erkenning van SOLK als onderdeel van psychiatrische ziektebeelden op latere leeftijd kan passende behandeling bevorderen en hiermee de lijdensdruk van de oudere patiënt met SOLK aanzienlijk verminderen.

Somatische diagnostiek

Aansluitend bij de eerdergenoemde definitie van SOLK kan er niet alleen van SOLK gesproken worden wanneer een medische verklaring voor de klachten geheel *afwezig* is, maar ook wanneer er *onvoldoende* verklaring vanuit het medisch model gevonden wordt. Dit onderscheid is relevant voor de oudere doelgroep: bij ongeveer de helft van de oudere patiënten met SOLK is namelijk sprake van lichamelijke klachten welke *deels* verklaard kunnen worden door een comorbide somatische ziekte (Benraad et al., 2013). Optimale behandeling van deze somatische comorbiditeit kan vanzelfsprekend de lijdensdruk van de patiënt met SOLK verlagen. Tevens blijkt dat ouderen met deze zogenaamde *partieel* onverklaarde klachten juist minder (ernstige) somatische comorbiditeit hebben dan ouderen met verklaarde lichamelijke klachten, maar wel fysiek kwetsbaarder zijn door een afname van de reservecapaciteit van het lichaam. Bovendien gebruiken zij meer medicatie (Arts et al., 2019). Dit suggereert dat deze klachten onnodig medicatiegebruik uitlokken, terwijl juist bij kwetsbare ouderen polyfarmacie voorkomen dient te worden. Evaluatie van de somatische diagnostiek en/of behandeling, inclusief medicatiegebruik, is dan ook wenselijk, teneinde somatische onderdan wel overbehandeling te voorkomen. Gezien de frequente somatische comorbiditeit raden wij bij SOLK op latere leeftijd aan om diagnostische en daaruit voortkomende somatische en psychologische behandeltrajecten gelijktijdig op te starten en uit te voeren. Dit wijkt af van de suggestie in bestaande richtlijnen voor (jongere) volwassenen, waarin geadviseerd wordt om somatische diagnostiek af te ronden voordat men start met eventuele psychologische behandeling (van Rood & de Roos, 2017).

Vervolg casus: psychiatrische en somatische diagnostiek

Zoals eerder genoemd, ervaart Lieneke klachten bij het zien en het horen. Voor haar oogklachten bezoekt ze regelmatig de oogarts. Er is sprake van staar, die moeilijk te behandelen is vanwege de complicaties van de aangezichtsverlamming. De problemen met horen worden grotendeels opgelost door een gehoorapparaat.

In het kader van de ROM wordt de HONOS-65+ afgenomen, een maat voor de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van psychiatrische patiënten van 65 jaar en ouder. Lieneke heeft bij aanvang van de behandeling een score 38 op deze lijst, bij een maximale score van 48, waarbij een hogere score staat voor meer problematiek. In het bijzonder scoort zij hoog op het gebied van gedragsstoornissen (score 5), problemen die verband houden met lichamelijke ziekte (12), problemen die betrekking hebben op de somatisch-symptoomstoornis (12) en problemen met sociale of ondersteunende relaties (5).

Door de lichamelijke klachten en beperkingen is Lieneke wisselend boos en verdrietig. Ze heeft een 'kort lontje' en komt soms in conflict met haar partner. Op

de Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) scoort zij 19, wat wijst op een lichte tot matig ernstige depressie. Daarnaast is Lieneke afhankelijk van pijnstillende medicatie (oxycodon). Zij erkent het problematisch gebruik van deze pijnstillers, maar is bang om de medicatie af te bouwen in verband met mogelijke toename van haar pijnklachten.

BEHANDELING VAN SOLK OP LATERE LEEFTIJD VANUIT HET COGNITIEF-GEDRAGSTHERAPEUTISCH MODEL

.....

Behandeling van SOLK

.....

De Zorgstandaard SOLK (GGZ Standaarden, 2018) adviseert om bij persisterende SOLK te starten met het geven van psycho-educatie, onder andere over de samenhang tussen lichaam en geest. Wanneer psycho-educatie en hieruit voortvloeiende zelfmanagement-adviezen onvoldoende resultaat laten zien, of wanneer het ernstige problematiek betreft, kan psychologische behandeling overwogen worden, eventueel aangevuld met vaktherapieën (onder andere psychomotore therapie en beeldende therapie).

CGT is een van de weinige evidence-based (psychologische) behandelingen voor SOLK (van Dessel et al., 2014). Het cognitief-gedragstherapeutisch model (Deary et al., 2007; Rief & Broadbent, 2007) gaat ervan uit dat SOLK in stand gehouden worden door fysieke, psychologische en sociale factoren. Naast deze in stand houdende factoren onderscheidt het model voorbeschikkende factoren (bijvoorbeeld persoonlijkheidstrekken) en uitlokkende factoren (bijvoorbeeld infectie) (Henningens et al., 2018). Omdat de voorbeschikkende en uitlokkende factoren vaak moeilijk te beïnvloeden zijn met behandeling, is het zinvol om in de CGT de (verandering van) fysieke, psychologische en sociale in stand houdende factoren centraal te stellen. Deze factoren zijn verschillend per patiënt, wat maakt dat SOLK vraagt om een gepersonaliseerd CGT-behandelplan.

Er is ook bewijs gevonden voor de positieve werking van derde generatie therapieën, zoals *mindfulness-based* cognitieve therapie (MBCT) bij SOLK (van Ravesteijn et al., 2013) en *acceptance and commitment therapy* (ACT) bij chronische pijn (Wetherell et al., 2011). Van hypnotherapie is de werkzaamheid tot op heden enkel aangetoond bij patiënten met aanhoudende maag-darmklachten (Wilson et al., 2006). Al deze psychologische behandelingen laten een sterkere afname van klachten zien in vergelijking met een controle- of wachtlijstconditie. De behandel-effecten zijn echter beperkt (klein tot medium), ongeacht de therapiestroming (van Dessel et al., 2014).

Behandeling van SOLK op latere leeftijd

Tot op heden is er nog geen effectiviteitsonderzoek gedaan naar de werkzaamheid van CGT bij oudere patiënten met SOLK. In een kleine, niet-ge-randomiseerde studie werd een CGT-protocol van 18 sessies geëvalueerd bij 9 oudere (≥ 60 jaar) en 13 jongere (< 60 jaar) patiënten met een somatisch-symptoomstoornis. Ouderen verbeterden significant wat betreft pijnintensiteit en aan pijn gerelateerde beperkingen; jongeren verbeterden significant wat betreft sociaal functioneren, vitaliteit en angstsymptomen. De ernst van de somatische symptomen verminderde in geen van beide leeftijdsgroepen (Verdurmen et al., 2017). Gezien de kleine deelnemersaantallen zijn deze bevindingen echter niet eenduidig te interpreteren. Een belangrijke nevenbevinding was dat zowel behandelaren als oudere patiënten CGT als haalbaar en waardevol hebben ervaren. Omdat CGT een effectieve behandeling is voor SOLK op zowel jongvolwassenen als middelbare leeftijd én recent onderzoek laat zien dat psychotherapie bij andere klachten, zoals depressie, net zo effectief is op latere leeftijd als op jongvolwassenen en middelbare leeftijd (Cuijpers et al., 2020), zien wij weinig reden waarom CGT bij SOLK in de klinische praktijk *niet* zou werken op latere leeftijd.

In het vervolg van dit artikel schetsen we een richtlijn voor gepersonaliseerde behandeling van SOLK op latere leeftijd vanuit cognitief-gedragstherapeutisch kader. Wij baseren onze aandachtspunten op een pilotstudie naar de toepassing van CGT bij SOLK op latere leeftijd (van Driel et al., 2007) en op onze eigen praktijkervaringen.

Aandachtspunten bij het toepassen van CGT bij SOLK op latere leeftijd

- ▶ Valideer teleurstellingen ten gevolge van eerdere ervaringen met (somatische) hulpverleners.
- ▶ Wees alert op de neiging van de oudere patiënt met SOLK om de therapeut in de *bovenpositie* te plaatsen, want bij CGT staat juist de samenwerking centraal.
- ▶ Gezien de hoge mate van somatische comorbiditeit bij SOLK op latere leeftijd wordt aangeraden om behandeldoelen te stellen gericht op het verhogen van de kwaliteit van leven in plaats van op het verminderen van de klachten. Een klachtenvrij leven is vaak geen optie op latere leeftijd.
- ▶ Niet-accepterende cognities, hypochondere cognities en cognities op het vlak van hulpeloosheid staan vaak centraal in cognitieve interventies bij SOLK op latere leeftijd.
- ▶ Maak bij het uitdagen van cognities onderscheid tussen 'helpende' en 'niet-helpende' gedachten.
- ▶ Centraal in de gedragstherapeutische behandeling van SOLK op latere leeftijd staan relevante emotionele, gedragsmatige, fysieke en sociale in stand houdende factoren (zie tabel 1).

- ▶ Betrek bij de behandeling waar mogelijk het systeem, inclusief (somatische) hulpverleners.
- ▶ Let erop het tempo van de behandeling aan te passen aan de cognitieve capaciteiten van oudere patiënten. Niet alleen veroudering, maar ook de focus op lichamelijke klachten kan leiden tot een beperkte aandachtsspanne.
- ▶ Bied in de therapie ruimte om aan veroudering gerelateerde onderwerpen te bespreken, zoals pensionering of het naderende levenseinde.

Eerdere negatieve zorgervaringen en het belang van een goede behandelrelatie

In de praktijk merken wij dat sommige oudere patiënten met SOLK weerstand voelen tegen een psychologische behandeling voor hun lichamelijke klachten. Dit is opmerkelijk, aangezien oudere volwassenen met *depressieve* klachten juist aangeven een voorkeur te hebben voor psychotherapeutische behandeling (Luck-Sikorski et al., 2017). Mogelijk kan deze weerstand verklaard worden vanuit de vele teleurstellende (somatische) zorgervaringen die oudere volwassenen met SOLK vaak al gehad hebben voordat zij bij een therapeut aangemeld worden. Validering van dergelijke gevoelens van teleurstelling kan een eerste stap zijn bij het opbouwen van een goede behandelrelatie.

Anderzijds dient er aandacht te zijn voor de weerstand die psychologen en andere professionals kunnen voelen aangaande de behandeling van SOLK. Bij het geven van onderwijs merken wij bijvoorbeeld op dat hulpverleners zich vaak onzeker voelen over het behandelen van SOLK. Dit in tegenstelling tot andere veelvoorkomende klachten als depressie en angst, terwijl bij SOLK de principes van CGT op eenzelfde manier toegepast kunnen worden. Een gevolg kan zijn dat de patiënt met SOLK en de therapeut elkaar vermijden, wat passende behandeling van SOLK in de weg kan staan.

Bij het aangaan van de behandelrelatie is het daarnaast aan te raden om alert te zijn op de zogenaamde *relatiedefinitie*, dat wil zeggen op de wijze waarop patiënt en therapeut zich tot elkaar verhouden in het gesprek. Hoewel bij cognitief-gedragstherapeutische behandeling de patiënt en de therapeut *naast* elkaar werken, zien wij dat oudere patiënten de therapeut soms in een *bovenpositie* plaatsen. Patiënten doen dan uitspraken als: 'U bent de deskundige. Ik doe alles wat u nodig vindt.' Wanneer de patiënt uitgenodigd wordt om *naast* elkaar te werken, interpreteren sommige oudere patiënten met SOLK dit als: 'De therapeut weet ook niet hoe het zit met mijn klachten.' Dit gevoel kan refereren aan eerdere teleurstellende zorgervaringen. Het bespreekbaar maken van de angst voor teleurstelling en de wisselwerking tussen therapeut en patiënt kan in dergelijke gevallen helpend zijn bij het verder opbouwen van de werkrelatie.

In stand houdende factoren van SOLK op latere leeftijd

Mediërende cognities en (emotionele, fysieke, gedragsmatige en sociale) in stand houdende factoren van SOLK op latere leeftijd kunnen in kaart gebracht worden en genoteerd worden in het gevolgenmodel (van Rood et al., 2011). De toepassing van dit model wordt uitgebreid beschreven in het handboek *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* (van Rood & de Roos, 2017; www.gevolgenmodel.nl). De mediërende cognities (in het gevolgenmodel de 'ideeën over de klacht') worden uitgevraagd in een dialoog met de oudere patiënt, waarbij aanvullend gebruikgemaakt kan worden van de Ziekte Cognitie Lijst Plus (van Driel et al., 2016; te downloaden via www.solkweb.nl). Deze vragenlijst is specifiek ontwikkeld om ziektecognities van oudere volwassenen met lichamelijke klachten in kaart te brengen. Onderzoek heeft laten zien dat bij oudere volwassenen met SOLK vaker niet-accepterende cognities, hulpeloosheid en hypochondere cognities voorkomen dan bij oudere volwassenen met alleen verklaarde lichamelijke klachten (van Driel et al., 2016). In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de door patiënten gerapporteerde variatie aan in stand houdende factoren van SOLK op latere leeftijd (van Driel et al., submitted), die in het gevolgenmodel de 'gevolgen van de klachten' genoemd worden. Het ingevulde gevolgenmodel kan, als een vorm van probleemsamenhang of variant op de holistische theorie, een kapstok bieden bij het vormgeven van de cognitief-gedragstherapeutische behandeling.

TABEL 1 *Overzicht van in stand houdende factoren van SOLK op latere leeftijd*

Emotie	Gedrag	Fysiek	Sociaal
► Frustratie en moedeloosheid ten aanzien van de klachten ► Schaamte en falen ten aanzien van de klachten ► Moeite met interpreteren van emoties en lichaamssignalen	► Overmatig zorggebruik ► Vermijdingsgedrag ► Alles-of-nietsgedrag ► Te hoge eisen stellen aan zichzelf ► Moeite met hulp vragen	► Slaapproblemen ► Slechte lichamelijke conditie ► Afwijkend voedingspatroon ► Verhoogde gevoeligheid voor lichamelijke sensaties	► Disfunctionele interacties met naasten ► Verstoorde relatie met artsen en/of andere hulpverleners ► Problemen met rolfunctioneren ► Ervaren van onvoldoende erkenning ten aanzien van de klachten

Vervolg casus: inventarisatie van de in stand houdende factoren

Na de intake vullen Lieneke en de therapeut samen het gevolgenmodel in. Ze maken daarbij gebruik van de Ziekte Cognitie Lijst Plus. Lieneke scoort hoog op items die samenhangen met volhardendheid, zoals: 'Ondanks mijn ziekte doe ik de dingen liever zelf dan dat ik hulp vraag.' Deze automatische gedachten maken dat Lieneke geen hulp vraagt, ingegeven door de angst dat ze zwak en minderwaardig zal zijn (*hot cognition*). Lieneke spant zich sterk in om haar doelen te bereiken, wat echter lang niet altijd lukt, gezien haar lichamelijke klachten. Lieneke is dan boos op zichzelf en ze wordt er somber van, wat leidt tot spanningen in haar relatie. Haar levensmotto 'doorgaan tot je erbij neervalt' zorgt ervoor dat zij telkens over haar grenzen heen gaat. Hard werken geeft haar even voldoening, maar leidt er op termijn toe dat ze uitgeput raakt. De recente toename van de visusproblemen zorgt ervoor dat het nog moeilijker is om door te blijven gaan.

De therapeut noteert alle gevolgen van de klachten kernachtig en overzichtelijk in het gevolgenmodel, waarbij zoveel mogelijk de woordkeuze van Lieneke aangehouden wordt.

Behandeldoelen en behandelplan vanuit multidisciplinair perspectief

Wanneer de in stand houdende factoren en ziektecognities in het gevolgenmodel zijn ingevuld, stelt de patiënt samen met de therapeut persoonlijke behandeldoelen voor de CGT op. De therapeut ziet erop toe dat de patiënt haalbare, concrete doelen stelt, aansluitend bij zijn of haar hulpvraag. Hoewel afname van de lichamelijke klachten vaak een grote wens is van de patiënt met SOLK, is het – zeker op latere leeftijd en bij mensen met somatische comorbiditeit – niet aan te raden om dit als primair behandeldoel te stellen voor de CGT-behandeling. In plaats daarvan kan gekozen worden voor behandeldoelen voortkomend uit de in stand houdende, herstelbelemmerende factoren. Technieken uit de motiverende gespreksvoering kunnen helpen om tot een passend behandeldoel te komen. Om draagvlak te creëren en de kans van slagen te vergroten, betreft de hulpverlener bovendien het systeem bij het opstellen van de doelen, mits de patiënt hiermee akkoord gaat. Vergeleken met jongere patiënten met SOLK noemen oudere patiënten met SOLK namelijk vaker sociale in stand houdende factoren, zoals 'disfunctionele relaties met familie en vrienden' en 'problemen met professionals in de gezondheidszorg' (van Driel et al., submitted). Meer nog dan bij jongere volwassenen is het daarom belangrijk om het systeem bij de behandeling te betrekken en hier eventuele interventies op in te zetten. Het gaat daarbij niet alleen om partner en (klein)kinderen, maar ook om het betrekken van andere disciplines die betrokken zijn bij de zorg voor de betreffende patiënt.

Een breed gedragen, multidisciplinair behandelplan is wenselijk, in eerste instantie in het kader van de behandeling en monitoring van eventuele

somatische comorbiditeit. Daarnaast is het naar onze ervaring helpend in de CGT-behandeling als de betrokken arts de patiënt met enige regelmaat uitnodigt op het spreekuur om de klachten te monitoren. Immers, ook bij patiënten met SOLK kan er nieuwe somatische comorbiditeit ontstaan. Het is daarbij belangrijk om de consulten met de huisarts, ouderenpsychiater of geriater niet *klacht*contingent, maar *tijd*contingent aan te bieden. Concreet betekent dit dat, ook wanneer er geen andere klachten zijn, de patiënt op een afgesproken tijdstip wordt verwacht op het spreekuur. Door consult en lichamelijke klacht los te koppelen, wordt de bekrachtiging doorbroken. Afspraken over de samenwerking tussen disciplines (bijvoorbeeld met de arts, psycholoog of thuiszorg) kunnen eventueel vastgelegd worden in een *consultation letter* (Hoedeman et al., 2010) als instrument om het behandelplan vast te leggen en continuïteit van zorg te waarborgen.

Functieanalyse en betekenisanalyse

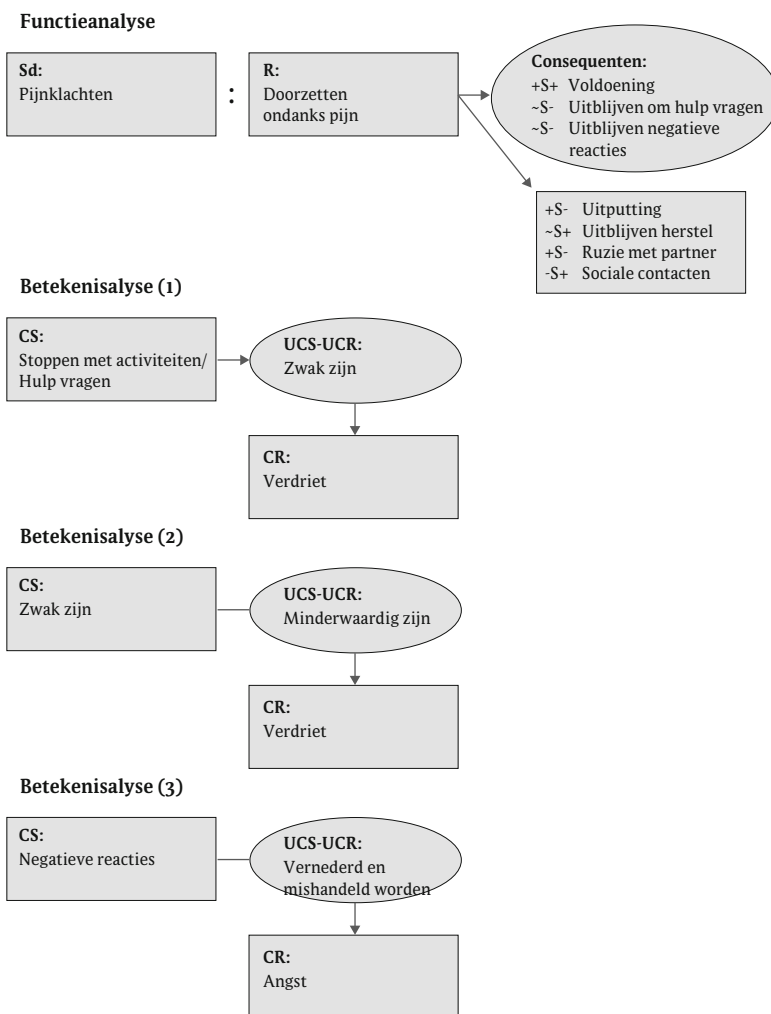
Binnen de CGT kan een gepersonaliseerde behandeling alleen tot stand komen wanneer er voor de betreffende patiënt met SOLK een individuele probleem-analyse gemaakt wordt in de vorm van functieanalyses en betekenisanalyses. Deze individuele analyses zijn leidend bij het bepalen van interventies.

Vervolg casus: functieanalyse en betekenisanalyses

In de loop van de gesprekken wordt duidelijk dat Lieneke vanuit de harde leer-school tijdens haar puberteit geleerd heeft om alsmear door te zetten. Zij wil de wereld laten zien dat ze zich staande kan houden en ondanks de gedeeltelijke verlamming in het gezicht niet onderdoet voor anderen. Deze gedachte heeft haar ver gebracht, maar keert zich tegen haar nu ze last heeft van pijnklachten.

Zij kiest, in overleg met de therapeut, een behandelgoal gericht op het eerder kunnen stoppen van activiteiten en het accepteren van hulp van vrienden en professionele organisaties. Er worden functieanalyses en betekenisanalyses uitgevoerd om beter te begrijpen waarom het voor Lieneke zo moeilijk is om op tijd te stoppen en hulp te vragen (zie figuur 1).

De eerste betekenisanalyse liet een sequentieel verband zien waarbij Lieneke de verwachting had dat zij als 'zwak' bestempeld zal worden als ze op tijd stopt met activiteiten en om hulp vraagt. In de tweede betekenisanalyse kwam naar voren dat gezien worden als 'zwak' haar doet denken aan situaties waarin ze zich minderwaardig voelde (referentieel verband). In de archiefkast van dit kernthema vinden we gebeurtenissen uit het verleden als minderwaardigheid bij opleidingskeuze, geen kinderen mogen krijgen en pestervaringen. Ten slotte liet de derde betekenisanalyse zien dat doorgaan ondanks pijn ervoor zorgt dat negatieve reacties uitblijven. Dit doet haar denken aan een situatie waarin ze in haar puberteit door een grote groep jongens werd vernederd en mishandeld, vermoedelijk vanwege de gedeeltelijke verlamming van haar gezicht (referentieel verband).

FIGUUR 1 *Functieanalyses en betekenisanalyses van Lieneke*

Interventies

Zodra de individuele probleemanalyse is afgerond, kan er overgegaan worden tot het kiezen van interventies. Gezien de heterogeniteit in mediërende cognities en in stand houdende factoren bij SOLK op latere leeftijd, kan er gekozen worden uit een breed spectrum van CGT-interventies. Men kan allereerst denken aan cognitieve technieken (zoals gedragsexperimenten). Bij het toepassen van cognitieve technieken zien we dat maladaptieve cognities op latere leeftijd vaak moeilijk te toetsen zijn op (on)geloofwaardig-

heid. Het werkt in dergelijke gevallen beter om deze cognities om te buigen van niet-helpende cognities naar helpende cognities. De cognitie 'ik tel niet meer mee vanwege mijn lichamelijke klachten' kan dan bijvoorbeeld omgebogen worden naar de cognitie 'ondanks mijn lichamelijke klachten, kan ik iets betekenen voor anderen'. Daarnaast kan gedacht worden aan operante technieken (zoals *graded activity* en *activity pacing*), alsook aan meer experiëntiële interventies (zoals gebruikt in ACT en MBCT). Uiteraard kunnen ook andere interventies (zoals EMDR) ingezet worden als de individuele probleemanalyse hierom vraagt. Bedenk bij elk van de interventies dat CGT bij ouderen vraagt om geduld. Als gevolg van cognitieve achteruitgang is vertraging van het tempo soms nodig en is herhaling vaker nodig dan bij jongere volwassenen. Ook dient rekening te worden gehouden met een kortere aandachtsspanne, soms ook vanwege de sterke focus op de lichamelijke klachten.

Gezien de kortere aandachtsspanne is het raadzaam om af te wisselen in therapeutische modaliteit. Afwisseling tussen gesprekstherapie en psychomotore therapie (PMT) lijkt juist bij ouderen zinvol (Faassen, 2011). Bovendien is het gebruik van non-verbale, ervaringsgerichte technieken aan te bevelen, omdat bij ouderen de cognitieve component in de CGT-behandeling minder effectief lijkt te zijn (Hendriks et al., 2014). In de praktijk hebben wij positieve ervaringen met het combineren van CGT en PMT in de behandeling van oudere patiënten met SOLK.

Ten slotte adviseren wij om in de therapie ook ruimte te maken voor het bespreken van thema's passend bij de latere leeftijd, zoals de gevolgen van pensionering, het verlies van naasten of het naderende levenseinde. Hoewel deze thema's vaak niet (direct) terugkomen in het gevolgenmodel, kan het bespreken ervan belangrijk zijn voor het omgaan met lichamelijke klachten en het verbeteren van de kwaliteit van leven.

Vervolg casus: interventies en resultaat van de behandeling

Op basis van de referentiële verbanden uit de betekenisanalyses kozen Lieneke en de therapeut ervoor om de herinnering aan de traumatische gebeurtenis, dat wil zeggen de vernedering en mishandeling door een grote groep jongens, middels EMDR te behandelen. Vervolgens werd middels gedragsexperimenten de verwachting getoetst dat anderen haar bij hulp vragen zwak zouden vinden. Verder werd gestart met een antidepressivum (duloxetine) als behandeling voor de somberheid. De interventies leidden ertoe dat Lieneke beter en eerder in staat was om hulp te vragen, waardoor ze zichzelf minder uitputte. De MADRS-score daalde van 19 bij aanvang van behandeling (lichte of matig ernstige depressie) naar 8 bij afronding van behandeling (normaal, niet depressief). De pijnklachten kwamen door het totaalpakket aan interventies minder op de voorgrond te staan. Dit was ook zichtbaar in de HONOS-65+ score, die daalde van 38 naar 14. Lieneke durfde het vervolgens aan om te starten met afbouw van de oxycodon, onder begeleiding van haar huisarts.

CONCLUSIE

.....

317

SOLK komen op latere leeftijd frequent voor en gaat gepaard met aanzienlijke lijdensdruk. In dit artikel hebben we laten zien hoe somatische zorg en psychologische zorg samengebracht kunnen worden bij het behandelen van SOLK op latere leeftijd. Aangezien SOLK op latere leeftijd vaak samengaat met verklaarde lichamelijke klachten, is het belangrijk om alert te zijn op over- en onderbehandeling van eventuele somatische comorbiditeit. Hoewel CGT een evidence-based behandeling is voor SOLK op jongere leeftijd, is er nog nauwelijks wetenschappelijk onderzoek verricht naar SOLK op latere leeftijd. Het ontbreekt dan ook aan gerandomiseerde studies naar de effectiviteit van CGT op latere leeftijd. Toekomstige studies zouden zich daarnaast kunnen richten op het in kaart brengen van biopsychosociale kenmerken van SOLK op jongere versus latere leeftijd, teneinde de huidige therapieën te verfijnen voor verschillende leeftijdsgroepen. Ook kan toekomstig onderzoek zich richten op verbetering van implementatie van CGT in behandelcentra voor ouderen met SOLK, om zo de kwaliteit van zorg voor deze doelgroep te verbeteren. In de praktijk lijkt de gepersonaliseerde benadering passend bij een CGT-behandeling immers ook voor oudere patiënten met SOLK goed toepasbaar te zijn. De in dit artikel aangereikte kennis over in stand houdende factoren en maladaptieve cognities biedt aanknopingspunten voor een CGT-behandeling van persisterende SOLK bij ouderen, teneinde het psychisch lijden van de oudere patiënt met SOLK te verlichten en de kwaliteit van leven te verbeteren.

Denise Hanssen is verbonden aan de afdelingen Soma en Psyche en Ouderenpsychiatrie, Universitair Centrum Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen.

Dorine van Driel is werkzaam bij SeniorBeter, specialistische praktijk voor ouderen met psychische klachten, Gendt-Nijmegen. Verder is zij (plv.) hoofdopleider GZ-opleiding Ouderen, RINO, Amsterdam.

Correspondentieadres: Denise Hanssen, UMCG, Universitair Centrum Psychiatrie CC 30, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen. E-mail: d.j.c.hanssen@umcg.nl.

Summary *Cognitive behavioral therapy for persistent medically unexplained symptoms in later life*

Medically unexplained symptoms (MUS) frequently occur in later life and are associated with significant suffering. Cognitive behavioral therapy (CBT) is one of the few available evidence-based treatment methods for MUS. However, its effectiveness is based entirely on treatment studies in younger adults. By summarizing scientific literature and sharing practical experiences, we argue in this article that CBT is also applicable in later life, with the following considerations: (1) ensure adequate treatment of somatic co-morbidity, parallel to

psychological treatment; (2) pay special attention to non-accepting and hypochondriacal cognitions, as well as cognitions related to helplessness, since these often occur in late-life MUS; (3) interactional problems more frequently occur in older patients with MUS compared to younger patients; therefore, it is recommended to involve family and multidisciplinary caregivers in the treatment; (4) the aim of treatment is improvement of quality of life, not a decrease of symptoms. After all, living without symptoms is often not an option in later life.

Keywords *medically unexplained symptoms, somatic symptom disorder, later life, cognitive behavioral therapy*

Literatuur

- Aldwin, C. M., Sutton, K. J., Chiara, G., & Spiro, A. (1996). Age differences in stress, coping, and appraisal: Findings from the Normative Aging Study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 51, 179-188.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Uitgeverij Boom.
- Arts, M. H., Benraad, C. E., Hanssen, D., Hilderink, P., de Jonge, L., Naarding, P., Lucassen, P.L.B.J., & Oude Voshaar, R. C. (2019). Frailty and somatic comorbidity in older patients with medically unexplained symptoms. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20, 1150-1155.
- Benraad, C. E., Hilderink, P. H., van Driel, D. T., Disselhorst, L. G., Lubberink, B., van Wolferen, L., Olde Rikkert, M. G. M., & Oude Voshaar, R. C. (2013). Physical functioning in older persons with somatoform disorders: A pilot study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14, 75-e9.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Ng, M. Y., Corteselli, K. A., Noma, H., Quero, S., & Weisz, J. R. (2020). Psychotherapy for depression across different age groups: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77, 694-702.
- Deary, V., Chalder, T., & Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: A theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 27, 781-797.
- Diehl, M., Chui, H., Hay, E. L., Lumley, M. A., Grün, D., & Labouvie-Vief, G. (2014). Change in coping and defense mechanisms across adulthood: Longitudinal findings in a European American sample. *Developmental Psychology*, 50, 634.
- Eikelboom, E. M., Tak, L. M., Roest, A. M., & Rosmalen, J. G. M. (2016). A systematic review and meta-analysis of the percentage of revised diagnoses in functional somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 88, 60-67.
- Faassen, L. (2011). Psychomotore therapie en cognitieve gedragstherapie. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 7, 19-25.
- GGZ Standaarden. (2018). *Somatisch onvoldoende verklaarde klachten (SOLK)*. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/somatisch-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk/introductie
- Gol, J., Terpstra, T., Lucassen, P., Houwen, J., van Dulmen, S., Hartman, T. C. O., & Rosmalen, J. (2019). Symptom management for medically unexplained symptoms in primary care: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 69, e254-e261.

- Hanssen, D. J., Lucassen, P. L., Hilderink, P. H., Naarding, P., & Voshaar, R. C. O. (2016). Health-related quality of life in older persons with medically unexplained symptoms. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 1117-1127.
- Hanssen, D. J., Oude Voshaar, R. C., Naarding, P., Rabeling-Keus, I. M., Olde Hartman, T. C., & Lucassen, P. L. (2016). Social characteristics and care needs of older persons with medically unexplained symptoms: A case-control study. *Family Practice*, 33, 617-625.
- Hanssen, D. J. C., van Driel, T. J. W., Hilderink, P. H., Benraad, C. E. M., Naarding, P., Olde Hartman, T. C., Lucassen, P. L. B. J., & Voshaar, R. O. (2020). Psychiatric characteristics of older persons with medically unexplained symptoms: A comparison with older patients suffering from medically explained symptoms. *European Psychiatry*, 63, e56.
- Hegeman, J. M., Kok, R. M., van der Mast, R. C., & Giltay, E. J. (2012). Phenomenology of depression in older compared with younger adults: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 275-281.
- Hendriks, G. J., Kampman, M., Keijsers, G. P. J., Hoogduin, C. A. L., & Oude Voshaar, R. C. (2014). Cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia in older people: A comparison with younger patients. *Depression and Anxiety*, 31, 669-677.
- Henningens, P., Zipfel, S., Sattel, H., & Creed, F. (2018). Management of functional somatic syndromes and bodily distress. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87, 12-31.
- Hilderink, P. H., Collard, R., Rosmalen, J. G. M., & Voshaar, R. O. (2013). Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12, 151-156.
- Hoedeman, R., Blankenstein, A. H., van der Feltz-Cornelis, C. M., Krol, B., Stewart, R., & Groothoff, J. W. (2010). Consultation letters for medically unexplained physical symptoms in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD006524.pub2
- Joustra, M. L., Janssens, K. A., Bültmann, U., & Rosmalen, J. G. (2015). Functional limitations in functional somatic syndromes and well-defined medical diseases: Results from the general population cohort LifeLines. *Journal of Psychosomatic Research*, 79, 94-99.
- LaChapelle, D. L., & Hadjistavropoulos, T. (2005). Age-related differences among adults coping with pain: Evaluation of a developmental life-context model. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 37, 123.
- Luck-Sikorski, C., Stein, J., Heilmann, K., Maier, W., Kaduszkiewicz, H., Scherer, M., Weyerer, S., Werle, J. Wiese, B., Moor, L., Bock, J.-O., König, H.-H., & Riedel-Heller, S. G. (2017). Treatment preferences for depression in the elderly. *International Psychogeriatrics*, 29, 389.
- Olde Hartman, T., Blankenstein, A. H., Molenaar, A. O., Bentz van den Berg, D., van der Horst, H. E., Arnold, I. A., Burgers, J. S., Wiersma, T. J., & Woutersen-Koch, H. (2013). NHG-Standaard Somatisch onvolgende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). *Huisarts & Wetenschap*, 56, 222-230.
- Page, L. A., & Wessely, S. (2003). Medically unexplained symptoms: Exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96, 223-227.
- Peters, S., Rogers, A., Salmon, P., Gask, L., Dowrick, C., Towey, M., Clifford, R., & Morriss, R. (2009). What do patients choose to tell their doctors? Qualitative analysis of potential bar-

- riers to reattributing medically unexplained symptoms. *Journal of General Internal Medicine*, 24, 443.
- Rief, W., & Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptoms. Models and mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 27, 821-841.
- van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstäuber, M., Leone, S. S., Terluin, B., Numans, M.E., van der Horst, H.E., & van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD011142.
- van Driel, D., Hanssen, D., Hilderink, P., Naarding, P., Lucassen, P., Rosmalen, J., & Oude Voshaar, R. (2016). Illness cognitions in later life: Development and validation of the Extended Illness Cognition Questionnaire (ICQ-Plus). *Psychological Assessment*, 28, 1119.
- van Driel, D., Hilderink, P., de Bakker, S., Benraad, C., & Speckens, A. (2007). Cognitieve gedragstherapie bij ouderen met onverklaarde lichamelijke klachten. *Gedragstherapie*, 27, 92-101.
- van Driel, T. J. W., Hilderink, P. H., Tak, L. M., van Rood, Y. R., Hanssen, D. J. C., Oude Voshaar, R. C., & Rosmalen, J. G. M. (submitted). Perpetuating factors of medically unexplained symptoms of older patients in specialized care: A comparison of three age groups and both sexes.
- van Ravesteijn, H., Lucassen, P., Bor, H., van Weel, C., & Speckens, A. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained symptoms: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 299-310.
- van Rood, Y., & de Roos, C. (2017). Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatisch-symptoomstoornis: Protocol voor een gepersonaliseerd behandelplan voor patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). In G. Keijsers, A. van Minnen, M. Verbraak, K. Hoogduin, & P. Emmelkamp (red.), *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 3* (pp. 19-62). Uitgeverij Boom.
- van Rood, Y., van Ravesteijn, H., de Roos, C., Spinhoven, P., & Speckens, A. (2011). Protocol voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Het gevolgenmodel. In G. Keijsers, A. van Minnen, & K. Hoogduin (red.), *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 2* (pp. 15-48). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Verdurmen, M. J., Videler, A. C., Kamperman, A. M., Khasho, D., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2017). Cognitive behavioral therapy for somatic symptom disorders in later life: A prospective comparative explorative pilot study in two clinical populations. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2331.
- Verhaak, P. F., Meijer, S. A., Visser, A. P., & Wolters, G. (2006). Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practice*, 23, 414-420.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., Solomon, B. C., Lehman, D. H., Liu, L., Lang, A. J., & Atkinson, J. H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152, 2098-2107.
- Wilson, S., Maddison, T., Roberts, L., Greenfield, S., Singh, S., & Birmingham IBS Research Group. (2006). Systematic review: The effectiveness of hypnotherapy in the management of irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 24, 769-780.

Schematherapie bij ouderen

321

SILVIA VAN DIJK & MARTINE VEENSTRA

Samenvatting

Schematherapie biedt een geïntegreerd behandelmodel dat technieken uit de cognitieve gedragstherapie combineert met elementen uit de psychodynamische psychotherapie, gestalttherapie en hechtingstheorie. Schematherapie werd initieel ontwikkeld als behandeling voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis om de tegenvallende (langetermijn)effectiviteit van cognitieve gedragstherapie te verbeteren. Vastgestelde effectiviteit in een *randomized controlled trial* bij de borderline-persoonlijkheidsstoornis zorgde voor meer onderzoek en een toename van de toepassingen in de klinische praktijk. Schematherapie werd al snel breder geïmplementeerd bij andere persoonlijkheids- en chronische psychiatrische problematiek. De eerste resultaten van onderzoek naar de effectiviteit van schematherapie bij ouderen zijn positief.

In deze bijdrage wordt een overzicht gegeven van de effectiviteit en aanpassingen van schematherapie bij ouderen. Ter illustratie wordt een casus beschreven van een 76-jarige vrouw die kampt met een recidiverende depressieve stoornis en een comorbide afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis, en die behandeld wordt in een schematherapiegroep voor ouderen.

Trefwoorden: schematherapie, ouderen, persoonlijkheidspathologie, onderzoek

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Ouderen kunnen profiteren van een veranderingsgerichte psychotherapie, zoals schematherapie.
- ▶ Ouderen profiteren minder van cognitieve technieken, maak bij schematherapie bij ouderen gebruik van experiëntiële technieken.
- ▶ Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of schematherapie bij ouderen (kosten-)effectief is.

INLEIDING

322

.....

Schematherapie werd in 1990 door Jeffrey Young ontwikkeld (Young, 1999) voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis. Young had gemerkt dat de langetermijneffecten van cognitieve gedragstherapie tegenvielen bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek. In een poging de langetermijneffecten van de behandeling voor persoonlijkheidsproblematiek te verbeteren, begon Young experiëntiële technieken vanuit andere therapievormen in de cognitieve gedragstherapie te implementeren (Young, 1999). Schematherapie bevat elementen uit de cognitieve gedragstherapie, psychodynamische psychotherapie, de hechtingstheorie en de gestalttherapie. In aanvulling op het cognitieve model van Beck richt het schemamodel zich op de schemarepresentaties en daarmee geassocieerde kernovertuigingen, die behandeld worden in een samenhangend geheel met emoties, gedrag, coping en interpersoonlijk gedrag. De invloed van ervaringen en affectieve tekorten uit de jeugd en de impact hiervan op het dagelijks leven staan in de schematherapie meer centraal dan in de klassieke cognitieve gedragstherapie.

Young stelt dat (persoonlijkheids)psychopathologie voortkomt uit de activatie van disfunctionele (of: maladaptieve) schema's. Disfunctionele schema's zijn basale thema's die ontstaan zijn door onvervulde emotionele behoeften in de kindertijd en adolescentie, en die zich uiten in maladaptieve patronen van denken, voelen en doen. Schema's beïnvloeden hoe een persoon zichzelf, anderen en de wereld ziet. Schema's worden onderzocht met de zelfrapportagevragenlijst van Young (Rijkeboer et al., 2005; Young, 1999). Naast schema's introduceerde Young in zijn uitgebreide model de schemamodus (meervoud: modi). Modi zijn gemoedstoestanden waarin een patiënt terechtkomt naar aanleiding van een gebeurtenis of herinnering (Young et al., 2003). Modi worden onderzocht met de Schema Mode Inventory (Lobbestael et al., 2005). Het doel van schematherapie is om disfunctionele schema's en modi te herkennen, en deze vervolgens te doorbreken en te vervangen door nieuw (functioneel) gedrag.

In schematherapie is de houding van de therapeut gericht op *limited reparenting*: een warme en zorgzame houding, die waar nodig confronterend en begrenzend is. De therapeutische relatie is een belangrijk onderdeel van schematherapie. De therapeut zorgt ervoor dat de patiënt binnen de veiligheid van de opgebouwde vertrouwensrelatie nieuwe schemacorrigerende ervaringen op kan doen (Young et al., 2003).

Schematherapie is oorspronkelijk ontwikkeld als individuele psychotherapie voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis, waarbij de behandeling van langere duur was (2 à 3 jaar) (Young, 1999). Tegenwoordig bestaan er ook geprotocolleerde kortdurende schematherapiebehandelingen (20 sessies), die ook worden toegepast bij andere psychiatrische aandoeningen (Malogiannis et al., 2014; Renner et al., 2016; van Vreeswijk et al., 2014). Van-

wege de kortere duur moet een keuze gemaakt worden in de interventies, bijvoorbeeld meer cognitieve schematherapie waarin geen experiëntiële technieken worden toegepast (van Vreeswijk & Broersen, 2013, 2017).

Reviewstudies naar schematherapie voor persoonlijkheidsstoornissen bij volwassenen tonen aan dat schematherapie de kwaliteit van leven verbetert (Masley et al., 2012; Taylor & Arntz, 2016) en in vergelijking met de reguliere zorg kosteneffectief is (van Asselt et al., 2008). Uit een in Nederland verrichte randomized controlled trial (RCT) onder volwassenen bleek schematherapie superieur aan *transference focused psychotherapy* (TFP), zowel wat betreft herstel van de borderline-persoonlijkheidsstoornis als wat betreft secundaire uitkomstmaten (Giesen-Bloo et al., 2006). Naast het bewezen effect van schematherapie bij de borderline-persoonlijkheidsstoornis (Farrell et al., 2009), is de effectiviteit ervan bij volwassenen tevens aangetoond bij de vermijdende-persoonlijkheidsstoornis (Bamelis et al., 2014), de gemengde persoonlijkheidsstoornis (Skewes et al., 2015), en bij chronische stemmings- en angststoornissen (Malogiannis et al., 2014; Renner et al., 2016).

SCHEMATHERAPIE BIJ OUDEREN

.....

In de ouderenpsychiatrie ligt de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen tussen 5 en 33% in een poliklinische setting en deze loopt op tot mogelijk 80% in een klinische setting (van Alphen et al., 2015; Videler, Ouwers et al., 2020). In de verpleeghuissector is de prevalentie van comorbide persoonlijkheidsstoornissen binnen gerontopsychiatrische afdelingen 23% (van Alphen, 2019). Internationale multidisciplinaire richtlijnen voor persoonlijkheidsstoornissen adviseren psychotherapie als behandeling van voorkeur (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001; GGZ Standaarden, 2017; Grenyer et al., 2015; Videler, Ouwers et al., 2020). Het wetenschappelijk onderzoek waarop dit advies is gebaseerd, betreft echter hoofdzakelijk volwassenen van gemiddeld 25 tot 35 jaar oud, en deze richtlijnen zijn niet zonder meer van toepassing op ouderen (Hutsebaut et al., 2017).

Over het algemeen worden ouderen met persoonlijkheidspathologie minder vaak behandeld met psychotherapie dan jongere volwassenen met dezelfde problematiek (Cooper et al., 2010). Een specifieke behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen is klinisch vaak minder beschikbaar en wordt daarmee weinig aangeboden in de ouderenpsychiatrie. Oudere patiënten met een persoonlijkheidsstoornis krijgen vaker dan volwassenen farmacotherapie (met of zonder ondersteunende zorg van een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige), terwijl psychotherapie de voorkeur heeft (Hetlevik et al., 2019; Mohlman, 2012). Dit komt onder andere door de nog beperkte wetenschappelijke evidentie voor het effect van psychotherapie bij ouderen. Verder zijn er minder ouderenpsychotherapeuten geschoold

in bijvoorbeeld schematherapie dan psychotherapeuten in de volwassenenggz. Daarnaast is er sprake van enig therapeutisch nihilisme, waarin zowel patiënten als therapeuten zich afvragen of ouderen nog wel kunnen profiteren van een veranderingsgerichte psychotherapie (Videler, Ouwers et al., 2020). Bovendien kan er bij ouderen sprake zijn van specifieke somatische, neurocognitieve en psychosociale problematiek, waardoor voor volwassenen ontwikkelde psychotherapieën minder aansluiten bij de mogelijkheden en behoeften van ouderen (Videler & Van Alphen, 2018).

In een studie naar de leeftijdsneutraliteit van de Young Schema Questionnaire – Long Form 2 (YSQ-L2) (Pauwels et al., 2014) werd slechts 3% differentiërend itemfunctionering (DIF) gevonden, wat leeftijdsneutraliteit van de YSQ-L2 suggereert. Phillips en collega's hebben onderzoek gedaan naar de verkorte versie van de YSQ (YSQ-S3), die uit 90 items bestaat, en vonden voldoende interne consistente betrouwbaarheid voor 13 van de 18 schema's (Phillips et al., 2019). De test-hertestbetrouwbaarheid was voldoende voor 17 van de 18 schema's. Er is tot op heden geen onderzoek verricht naar de betrouwbaarheid van de schemamodivragenlijst (SMI) bij ouderen. Desalniettemin leert de klinische ervaring dat de SMI (118 items) goed bruikbaar is bij ouderen.

Een *proof of concept study (pre-mid-post design)* was het eerste empirische onderzoek naar schematherapie bij ouderen waarin werd gemeten wat het effect is van kortdurende groepsschematherapie op psychologische symptomen, schema's en schemamodi bij 31 ouderen met kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis en/of een aanhoudende stemmingsstoornis (Videler et al., 2014). Er werden kleine tot medium effectgrootten gevonden op psychologische symptomen. De effectgrootten waren bij ouderen minder groot dan die bij jongere volwassenen op dezelfde uitkomstmaten. De auteurs adviseerden om de groepsschematherapie aan te passen voor ouderen, met meer individuele sessies voorafgaand aan de groepsschematherapie, en om meer experiëntiële en minder cognitieve technieken te gebruiken, om zo de effectiviteit te vergroten. Ouderen kunnen zich hierdoor de schemataal meer eigen maken en hun schema's en modi beter leren herkennen in het dagelijks leven.

Naar de effectiviteit van individuele schematherapie bij ouderen zijn tot op heden twee *multiple baseline case series* studies verschenen. Het multiple baseline design wordt geregeld voor persoonlijkheidsonderzoek gebruikt en kan net zoals RCT's aantonen (1) dat er een gedragsverandering heeft plaatsgevonden, (2) dat de verandering het gevolg is van de interventie, en (3) dat de verandering significant is. Daarnaast vereist dit design minder deelnemers en fungeren die als hun eigen controle (Hawkins et al., 2007). De eerste studie werd verricht onder acht patiënten met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis (gemiddelde leeftijd 69 jaar) (Videler et al., 2018). Er werd na een willekeurige baseline één jaar individuele schematherapie gegeven (maximaal 40 sessies), gevolgd door 6 maanden follow-upsessies

(maximaal 10 sessies). De resultaten lieten sterke positieve effecten zien op alle uitkomstmaten, te weten negatieve kerncognities, de YSQ, de Symptom Checklist-90 (Arrindell & Ettema, 2003) en kwaliteit van leven (Trompenaars et al., 2005). Bij de follow-up voldeed geen enkele deelnemer nog aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis volgens de Structured Clinical Interview for DSM Axis 2 (SCID-II; First et al., 1997). De tweede studie betreft een multiple baseline studie, verricht bij drie ouderen woonachtig in een Frans verzorgingshuis, die positieve effecten liet zien bij twee van de drie deelnemers op depressie en een afname van disfunctionele schema's (Lapp et al., 2019). Resultaten vanuit randomized controlled trials verricht onder ouderen zijn tot op heden niet beschikbaar.

LOPEND ONDERZOEK

.....

Schematherapie krijgt in toenemende mate een plek in de behandeling van ouderen, wat ook terug te zien is in het aantal lopende studies. Een drietal belangrijke studies zijn:

- 1 In 2019 publiceerden Khasho en collega's een onderzoeksprotocol met een multiple baseline design, waarin tien patiënten (ouder dan 60 jaar) met een borderline-persoonlijkheidsstoornis geïnccludeerd worden. De primaire uitkomstmaat is de geloofwaardigheid van de kerncognities. De secundaire uitkomstmaten bestaan uit kwaliteit van leven, psychologische stress, schema's, modi en de ernst van borderline symptomen en de borderline-persoonlijkheidsstoornis en het alternatieve dimensionale model voor persoonlijkheidsstoornissen (Sectie III van de DSM-5) (Khasho et al., 2019).
- 2 In 2017 werd gestart met een multicenter RCT naar de (kosten)effectiviteit van de combinatie van groepsschematherapie aangevuld met psychomotore therapie (PMT), in vergelijking met de gangbare behandeling van ouderen met cluster B- en C-persoonlijkheidsstoornissen (van Dijk et al., 2019). De onderzochte interventie bestaat uit wekelijkse groeps-sessies voor een periode van 18 weken, met twee follow-up sessies, respectievelijk 1 en 2 maanden na de achttiende sessie. Uitkomsten op het gebied van kosteneffectiviteit, psychologische symptomen en een brede range aan secundaire uitkomstmaten worden gemeten voorafgaand aan de behandeling, na de behandeling en bij twee follow-upmomenten 6 en 12 maanden na afronding van de behandeling.
- 3 Een Nederlandse vertaling van de Young Positive Schema Questionnaire (YPSQ) wordt momenteel gevalideerd voor de oudere populatie (Videler, van Royen et al., 2020).

Deze lopende onderzoeken dragen bij aan het vergroten van de kennis over schematherapie bij ouderen en verstrekken daarnaast ook kwalitatieve informatie voor aanpassingen bij de behandeling van ouderen. Een suggestie voor nader onderzoek betreft de schema- en/of modivragenlijsten die onderzocht en mogelijk aangepast kunnen worden voor de oudere doelgroep. Er staan nu bijvoorbeeld enkele vragen in die uitgaan van een actief gezinsleven en werksituatie. Deze vragen sluiten vaak niet aan bij de belevingswereld van ouderen en zouden onbedoeld bepaalde schema's kunnen triggeren, zoals het schema Emotioneel tekort ('Dit gaat niet over mij').

CASUS TER ILLUSTRATIE

.....

Hoe schematherapie er bij ouderen uit kan zien, en welke keuzes en aanpassingen er ten aanzien van oudere patiënten gemaakt worden, illustreren we in de rest van dit artikel met een casus. De casus is om privacyredenen geanonimiseerd. Bepaalde feiten en gegevens zijn weggelaten en waar nodig vervangen door fictieve elementen.

Aanmelding

.....

Patiënte is een 76-jarige vrouw, die 10 jaar in behandeling is vanwege terugkerende depressieve klachten gesuperponeerd op een afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis. Patiënte durft nauwelijks dingen alleen te doen en offert zich vaak op voor anderen. Dit leidt tot depressieve klachten en tot overbelasting van haar man en kinderen.

Klachten en klachtgeschiedenis

.....

Patiënte is sinds 2010 in behandeling vanwege chronisch depressieve klachten. Antidepressiva hebben enig effect, maar dit effect is niet blijvend. Ten tijde van de aanmelding voor de schematherapie zijn de depressieve klachten aanwezig.

Levensgeschiedenis en huidige leefsituatie

.....

Patiënte is familiair belast met depressies. Zij is de oudste uit een gezin van acht kinderen en is opgegroeid op een boerderij met melkvee. Beide ouders waren harde werkers en gaven weinig blijk van affectie. Materieel kwam ze echter niets tekort. Ze omschrijft haar vader als een harde, dominante man, die onvoorspelbaar was wanneer hij te veel dronk. Haar moeder was daarentegen een lieve en warme vrouw. Zij had het echter vaak te druk met het huishouden en het meehelpen op de boerderij om emotioneel betrokken te zijn bij de kinderen. Patiënte kreeg, als oudste dochter, van haar moeder de

zorg over de jongere kinderen. Patiënte is op haar twintigste het huis uitgegaan, toen ze trouwde met een boerenzoon van drie boerderijen verderop. In de huidige situatie heeft patiënte drie uitwonende kinderen, twee zoons (51 en 49 jaar) en één dochter (47 jaar). Haar man heeft één jaar geleden een beroerte gehad, waarna hij geheugenklachten ervaart en soms woede-uitbarstingen heeft. Ze beschrijft haar man als iemand die alles voor haar regelde. Patiënte kan na diens beroerte minder leunen op haar man.

Hulpvraag en behandeldoelen van patiënt

Patiënte vindt het moeilijk om dingen alleen te doen. Verder komt naar voren dat ze moeite heeft om haar grenzen aan te geven. De drie behandeldoelen zijn: (1) het reduceren van depressieve gevoelens, (2) leren meer zelfstandig te zijn en op zichzelf te vertrouwen, en (3) leren om grenzen beter aan te geven.

Diagnostische omschrijving en DSM-5-classificatie na intake

- ▶ 296.32 Depressieve stoornis (matig)
- ▶ 301.6 Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis
- ▶ Somatische comorbiditeit: diabetes mellitus type 2
- ▶ Onderhoudende factoren: er bestaan problemen binnen de primaire steungroep van patiënte; haar man heeft verleden jaar een beroerte gehad, met blijvende gedragsveranderingen tot gevolg

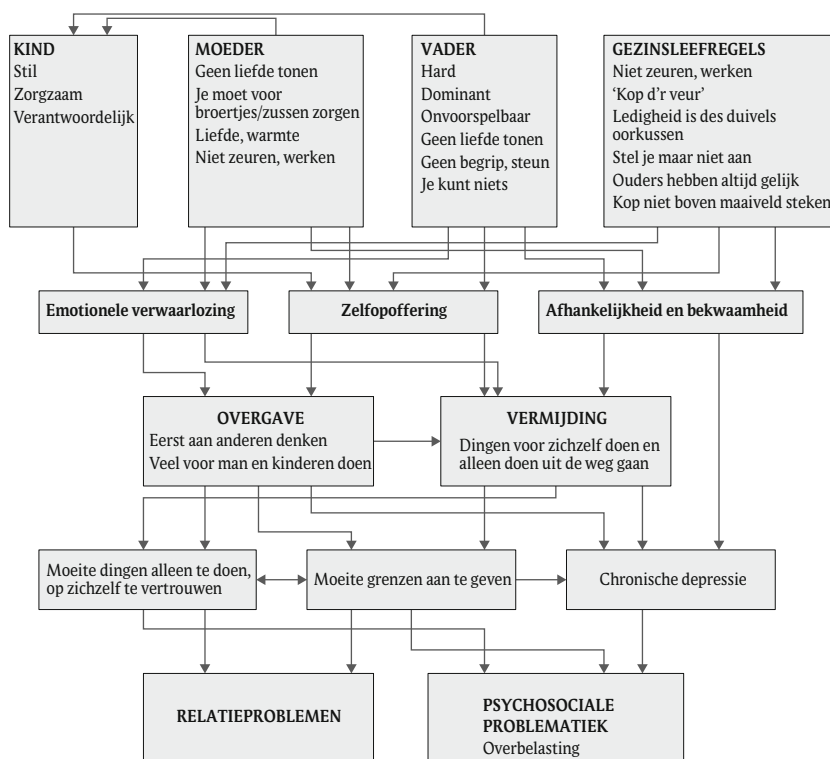
Metingen voor, tijdens en aan het eind van de behandeling

Zowel voor de diagnostiek als de effectmeting zijn drie meetinstrumenten gebruikt, die voor aanvang, tussentijds en bij afronden van de therapie afgenomen werden: de Young Schema Questionnaire versie L2 (YSQ-L2), de schemamodivragenlijst (SMI; 118 items; Lobbestael et al., 2005) en de Symptom Checklist (SCL-90; Arrindell & Ettema, 2003). De SCL-90 is een zelfrapportageklachtenlijst die een indicatie geeft van de mate van psychopathologie. Naast het invullen van deze vragenlijsten, gaf patiënte iedere week een ernstscore aan op de drie hoogst scorende schema's en modi. Het doel van het invullen van deze ernstscores is de verandering per week te visualiseren.

Taxatiefase en analyses

De taxatiefase voorafgaand aan de start van de groepsbehandeling bestond uit zes sessies. Hierin werden de schemavragenlijsten afgenomen en nabesproken met patiënte (zie tabel 1). De Nederlandse schemavragenlijst

YSQ-L2 heeft een goede betrouwbaarheid, en convergente en discriminante validiteit (Rijkeboer et al., 2005). Deze vragenlijst meet 16 van de 18 mal-adaptieve schema's. Schemamodi worden in kaart gebracht met behulp van de Nederlandse SMI, die met 118 items 16 modi meet en een goede test-her-testbetrouwbaarheid heeft (Lobbestael et al., 2005). Tijdens de behandeling werd er gefocust op de drie hoogst scorende schema's en modi. Uit de schemavragenlijst kwamen als drie hoogst scorende schema's naar voren: Emotionele verwaarlozing, Zelfopoffering en Afhankelijkheid/onbekwaamheid. Op de schemamodivragenlijst kwamen als drie hoogst scorende disfunctionele modi naar voren: Willoze inschikkelijke, Veeleisende ouder en Onthechte beschermer. Tot slot werd in deze fase samen met patiënte de casus-conceptualisatie (Arntz & Bögels, 2000; Young et al., 2006) van de schema's en klachten opgesteld (figuur 1).



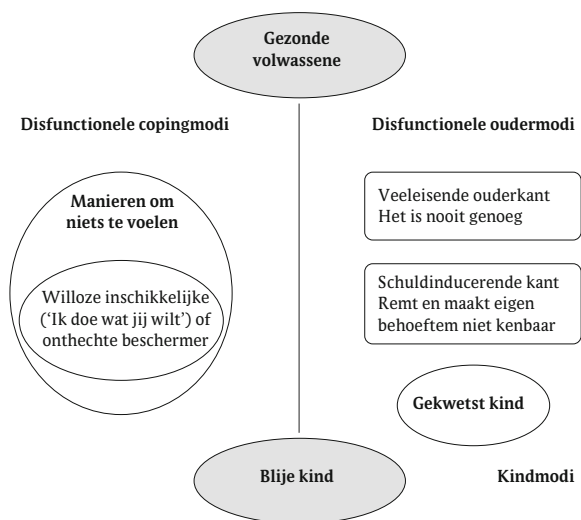
FIGUUR 1 *Casusconceptualisatie*

Hypothese

Uit de casusconceptualisatie ontstaat de hypothese dat de depressieve klachten en het onvermogen om grenzen aan te geven manifest worden wanneer

er sprake is van activering van de schema's Emotionele verwaarlozing, Zelfopoffering en Afhankelijkheid/onbekwaamheid. Het schema Emotionele verwaarlozing lijkt te zijn ontstaan door de affectieve tekorten in haar jeugd.

In de perceptie van patiënte staat er niemand voor haar klaar als ze iemand nodig heeft. Om toch zoveel mogelijk waardering en zo min mogelijk kritiek te ontvangen, heeft patiënte de schema's Zelfopoffering en Afhankelijkheid/onbekwaamheid als copingstrategie ontwikkeld. Op de lange termijn heeft dit copingmechanisme ertoe geleid dat patiënte steeds minder haar emoties uitte en steeds minder haar grenzen aangaf, uit angst voor afwijzing. Hierdoor werden de depressogene cognities bevestigd. Zo vertoonde patiënte de volgende opvatting: 'Zie je wel, ik doe er alleen toe als ik iets voor een ander doe.' Patiënte is vanuit haar verleden sensitief voor het gevoel afgewezen te worden (schema Emotionele verwaarlozing), wat ook samenhangt met depressieve gevoelens. Onze hypothese is dat de depressieve symptomen zullen afnemen wanneer ze haar schema's en disfunctionele modi meer kan herkennen en er op een andere (gezondere) manier mee kan omgaan.



FIGUUR 2 Schemamodusmodel

Behandeling

De patiënte uit de casus werd behandeld aan de hand van de *Handleiding kortdurende schematherapie: Voor groepstherapie en individuele therapie* (van Vreeswijk & Broersen, 2017).

Aanpassingen voor schematherapie bij ouderen

Het protocol van van Vreeswijk en Broersen (2017) werd aangepast voor de oudere doelgroep, onder andere door meer voorbereidende sessies te plannen voorafgaand aan de start van de schemagroep. Daarin konden de ouderen zich de 'schemataal' meer eigen maken, en hun schema's en modi gaan herkennen. Omdat cognitieve technieken minder effectief zijn op latere leeftijd (Gould et al., 2012), werden enkele cognitieve uitdaagtechnieken weggelaten en werden experiëntiële technieken als imaginatie en rescriptie toegevoegd. Tijdens de imaginatie en rescriptie moet er rekening mee gehouden worden dat ouderen zich beschroomd kunnen voelen om aan te geven wat ze in hun jeugd graag anders hadden gewild. Dit is vaak afkomstig uit leefregels als: 'Daar praten we buitenshuis niet over.' Het recent verschenen *Casusboek schematherapie* (Hornsveld et al., 2021) adviseert daarnaast om bij voorkeur geen diagnostische imaginatie te doen bij ouderen, omdat daarin een negatieve herinnering wordt opgeroepen zonder dat eraan gewerkt wordt.

Daarnaast werden er in het protocol leeftijdsspecifieke thema's voor de oudere doelgroep toegevoegd die schema's en modi kunnen triggeren. Dit zijn thema's als rolverandering, ouder worden, omgaan met verlies en verminderd (fysiek) functioneren. Bij schematherapie voor ouderen moet er verder genoeg aandacht zijn voor het opmaken van de levensbalans en ruimte voor rouw om wat patiënten in hun leven hebben gemist.

Omdat ouderen (verbaal) minder vaardig zijn in het spreken en ervaren van hun emoties dan jongeren (Lenze & Wetherell, 2011), werd PMT toegevoegd als additionele therapievorm naast het verbale gedeelte. Door het principe van 'leren door te doen' komt de theorie tot leven. Hoewel schematherapie nog weinig wordt toegepast bij ouderen, sluit ze juist goed aan bij de oudere doelgroep, omdat schematherapie de klachten plaatst in een levensloopperspectief.

Groepsbehandeling

De groepsbehandeling bestaat uit 18 wekelijkse sessies van elk 3 uur: één uur en drie kwartier verbale groepsschematherapie en één uur PMT, met een kwartier pauze daartussen. Afrondend zijn er twee follow-upsessies, respectievelijk 1 en 2 maanden na de laatste wekelijkse sessie. Er is in de groep plaats voor acht deelnemers. Er zijn twee schematherapeuten en één psychomoteur therapeut betrokken bij de groepsbehandeling. De twee schematherapeuten zijn altijd beiden aanwezig bij het verbale gedeelte. Een van de schematherapeuten gaat als cotherapeut mee naar het psychomotorische gedeelte, ten eerste om de veiligheid van de groep te bewaren (*limited re-parenting*), ten tweede om de verbinding te leggen tussen het verbale en het PMT-gedeelte. PMT werd toegevoegd met het doel door ervaringsoe-

feningen een verbinding te leggen tussen gedrag – letterlijk zichtbaar in de PMT-zaal – en de disfunctionele schema's en modi. Door ervaren en oefenen wordt de oudere patiënt steeds vertrouwd met zijn of haar schema's en modi. De naasten van de patiënt zijn nadrukkelijk betrokken bij de intake, de tussentijdse evaluatie en het eindgesprek. Hiervoor wordt gekozen omdat juist bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen levensfasespecifieke veranderingen kunnen leiden tot conflicten binnen families (van de Ven & Videler, 2018). Naasten psycho-educatie geven over het schematherapiemodel kan het effect van de therapie vergroten. De uitvoering van het behandelplan vindt plaats aan de hand van het groepsschemaprotocol voor ouderen.

Fase 1: Uitleg schema's en modi, ernstscores en cognitieve technieken (sessie 1-5)

Het doel van de eerste fase is dat patiënte meer inzicht krijgt in wanneer haar schema's en modi actief zijn. In de PMT worden de schema's symbolisch weergegeven door materialen. Daarnaast worden ervaringsgericht de emoties, schema's en modi onderzocht. Er wordt een veilige plek gecreëerd. Het introduceren van de functionele modi Gezonde volwassene en Blij kind staan in deze fase centraal. Er wordt ook voorzichtig gekeken naar de modus Kwetsbaar kind. Verder worden de emotionele kernbehoeften onderzocht.

Uit de ernstscores komt naar voren dat patiënte bij zichzelf het schema Afhankelijkheid al snel beter kan herkennen. Het schemadagboek (G-schema, aangevuld met schema's, modi en schemacoping) vindt patiënte best lastig om thuis in haar eentje in te vullen. Patiënte heeft veel baat bij de visuele uitdaagtechniek door middel van het taartdiagram. Ze merkt dat ze zich hierdoor minder verantwoordelijk voor bepaalde gebeurtenissen hoeft te voelen. Een helpende geloofwaardige cognitie formuleren vindt ze moeilijk. Ze vraagt veel om steun van de groep en de therapeuten. Als deze gegeven wordt, ziet ze dit als kritiek en voelt het voor haar alsof ze dom en mislukt is. Met patiënte is onderzocht welk schema hier geactiveerd werd, namelijk Mislukking. Dit is een schema dat niet was meegenomen als aandachtspunt (niet een van de drie hoogst scorende schema's op de vragenlijst). Patiënte herkent dit schema wel bij zichzelf en ook dat ze dat schema gebruikt als overcompensatie voor het schema Emotionele verwaarlozing en Zelfopoffering. Dat vertaalde zich in de houding: 'Als ik het niet perfect doe, word ik afgewezen.' Door hierop in te gaan, krijgt patiënte meer inzicht in wat er gebeurt en kan ze vervolgens de oefening beter zelfstandig oppakken.

Fase 2: Experiëntiële technieken (sessie 6-10)

Patiënte komt binnen in de achtste sessie en gaat met een bedrukt gezicht zitten. Als de groepsleden vragen wat er is, geeft ze aan dat een herinnering waar ze nauwelijks meer aan dacht opeens vaak opkomt. Patiënte was vóór de therapiesessie bij haar dochter, die haar wilde spreken. Patiënte vroeg

aan haar dochter waar ze haar over wilde spreken, maar die wilde niets zeggen en richtte zich op haar kinderen. Patiënte voelde zich toen plotseling heel verdrietig worden en is vroeg naar de schematherapie gegaan (schema Emotionele verwaarlozing).

Om meer grip te krijgen en om erkenning te geven, doet patiënte een imaginatieoefening met rescriptie, waarin ze zich vanuit haar huidige gevoel verplaatst naar een oude situatie waarin ze datzelfde gevoel had. Ze komt terug bij een beeld waarin ze als kind van 9 jaar op de boerderij de hele dag hard had gewerkt. Om haar moeder te helpen, had ze toen ook de keuken uit zichzelf schoongemaakt. Toen moeder binnenkwam, zei ze niets over de keuken, maar vroeg waarom ze nog niet begonnen was met aardappels schillen.

In de oefening stapte een therapeut als Gezonde volwassene in het beeld, stelt onder andere op een veilige manier grenzen en vraagt wat ze nodig heeft. Verder geeft de therapeut aan 'jonge' patiënte aan dat ze niet verantwoordelijk is voor het huishouden, want ze is nog maar 9 jaar oud, heeft heel hard gewerkt en dat heel erg goed gedaan. Er wordt stilgestaan bij hoe ze zich als 'kind' voelt, nu de Gezonde volwassene dit zo zegt. De oefening wordt afgerond. Naast erkenning krijgen voor de pijnlijke gebeurtenissen van vroeger, is het in de ervaring van patiënte ook belangrijk dat zij alsnog gezien wordt in de emotionele basisbehoeften die zij als kind had. De emotionele basisbehoeften die passen bij haar schema Emotionele verwaarlozing zijn dat zij als kind gezien en gehoord wordt en liefde getoond krijgt. De therapeut let er in de rescriptie op aan te sluiten bij deze basisbehoefte.

Tussentijdse evaluatie (individuele sessie)

Patiënte geeft tijdens de tussentijdse evaluatie aan dat de groepsleden patronen hebben teruggegeven die voor haar onbekend waren. Door de ernst-scores en de verschillende uitdaagtechnieken geeft ze aan deze patronen steeds beter te kunnen doorbreken. Patiënte wil in de komende fase meer aandacht besteden aan het schema Zelfopoffering, dat nog erg op de voorgrond staat. Ze wil leren ervaren dat ze zich niet altijd weg hoeft te cijferen om aardig gevonden te worden.

Fase 3: Gedragsverandering en terugvalpreventie (sessie 11-15)

In de derde fase staan de modi op de voorgrond en hoe deze het contact bepalen. Daarbij worden steeds de emotionele kernbehoeften centraal gezet. Er wordt geoefend met rollenspelen en een start gemaakt met het invullen van haar persoonlijke terugvalpreventieplan.

In rollenspelen heeft patiënte geoefend met nee zeggen en met verzoeken weigeren zonder daarvoor uitgebreid haar excuses aan te bieden. Tijdens deze sessies is een terugvalpreventieplan gemaakt. Aan het einde hiervan zegt ze zich in jaren niet meer zo goed gevoeld te hebben. Het lukt patiënte steeds

beter om negatieve gedachten uit te dagen met het schemadagboek en ze vertrouwt daarin ook meer op zichzelf (het schema Afhankelijkheid/onbekwaamheid is minder actief). Ze merkt verder op dat haar relaties met haar dochter en een vriendin zijn verbeterd. Haar dochter geeft aan dat ze trots op haar is en blij is te zien dat ze meer alleen durft te doen. Patiënte ziet op tegen het einde van de groepstherapie. Ze voelt zich veilig en gesteund door de groep.

Fase 4: Afronden therapie (sessie 16-18)

In de vierde fase ligt de nadruk op het terugkijken en verwerken van wat patiënte geleerd heeft. Er wordt gekeken naar relaties in het nu en naar wensen voor de toekomst. Het terugvalpreventieplan wordt afgerond om oude patronen sneller te herkennen en waar mogelijk te voorkomen. In de laatste twee PMT-sessies wordt teruggekeken naar hoe het geweest is om samen met deze groepsleden in een groep te zitten.

Patiënte gaf aan bij een afscheid nooit aandacht te vragen voor zichzelf. In de PMT wordt er tijd gemaakt om afscheid te nemen van patiënte. Patiënte gaat even naar de gang en de rest van de patiënten verdeelt zich in twee groepen, terwijl de drie therapeuten de laatste groep vormen. Per groep wordt stilgestaan bij het persoonlijke proces van patiënte. De bevindingen worden met behulp van materialen tot een symbolisch beeld gemaakt. Er liggen drie beelden in de zaal voor patiënte die kracht en zelfstandigheid uitstralen. Patiënte geeft aan dat het haar raakt dat haar groepsleden haar zo hebben gezien en haar zo positief hebben zien veranderen. Ze is zichtbaar geraakt door de beelden.

Fase 5: Follow-upgesprekken (sessies 19 en 20)

Tijdens de eerste follow-upsessie geeft patiënte aan dat ze een slechte maand achter de rug heeft. Nadat haar man met COVID-19 op de intensive care terecht kwam, werd haar schema Afhankelijkheid/onbekwaamheid steeds actiever. Daarnaast was er een toename van depressieve klachten. Patiënte geeft aan dat ze dit na een week herkende en daardoor niet helemaal is teruggevallen. De therapeuten geven aan dat een kleine tijdelijke terugval vaker voorkomt na het afronden van een therapie. De therapeuten geven haar een compliment dat ze ondanks deze grote stressor de draad na een week al zo goed heeft kunnen oppakken. De man van patiënte is overigens na drie weken in relatief goede gezondheid ontslagen uit het ziekenhuis. In het laatste follow-upcontact geeft patiënte aan dat ze nog niet helemaal is hersteld van de depressieve klachten, maar dat het wel een stuk beter gaat en dat ze de toekomst rooskleuriger voor zich ziet. Ze vertrouwt erop sneller een terugval te boven te komen, in vergelijking met de terugvallen vóór de behandeling. Patiënte geeft aan tevreden te zijn over het resultaat van de therapie en geeft aan het afsluiten van de behandeling met vertrouwen tegemoet te zien.

Meetinstrumenten

De schematherapievragenlijst laat over de metingen een dalende lijn zien (zie tabel 1), met uitzondering van de schema's Sociaal isolement/vervreemding en Verlating/instabiliteit. De schema's Zich rechten toe-eigenen en Wantrouwen/misbruik zijn onveranderd bij de eindmeting.

Ook de schemamodi laten een verbetering zien (zie tabel 2). Patiënte reageert meer vanuit de modi Gezonde volwassene en Blij kind, en minder vanuit de disfunctionele modi, met uitzondering van Onthechte beschermer en Veeleisende ouder.

TABEL 1 Resultaten schemavragenlijst van de patiënte uit de casus

Schema's	Frequentie* bij de eerste meting	Frequentie* bij de tweede meting	Frequentie* bij de derde meting
Emotionele verwaarlozing	75%	80%	50%
Zelfopoffering	66%	53%	42%
Afhankelijkheid/onbekwaamheid	52%	44%	32%
Verlating/instabiliteit	31%	25%	36%
Sociaal isolement/vervreemding	44%	41%	48%
Emotionele geremdheid	32%	22%	25%
Mislukken	25%	40%	22%
Verstrengeling/kluwen	31%	15%	28%
Onderwerping	40%	54%	35%
Meedogenloze normen/overmatig kritisch	22%	35%	20%
Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar	15%	15%	10%
Minderwaardigheid/schaamte	24%	28%	20%
Wantrouwen/misbruik	31%	25%	31%
Sociale ongewenstheid	50%	52%	35%
Zich rechten toe-eigenen	11%	14%	11%
Gebrek aan zelfbeheersing/zelfdiscipline	19%	25%	18%

* De frequentie is het percentage per schema dat alle scores (1-6) van het schema meeneemt.

TABEL 2 Resultaten schemamodivragenlijst van de patiënte uit de casus

Modus	Frequentie* bij de eerste meting	Frequentie* bij de tweede meting	Frequentie* bij de derde meting
Willoze inschikkelijke	53%	49%	35%
Veeleisende ouder	44%	50%	32%
Onthechte zelfsusser	39%	28%	21%
Gezonde volwassene	40%	52%	65%
Blij kind	30%	44%	50%

* De frequentie is het percentage per schema dat alle scores (1-6) van het schema meeneemt.

De SCL-90 (zie tabel 3) laat op alle subschalen een afname van klachten zien in vergelijking met de eerste meting.

TABEL 3 SCL-90 resultaten van de patiënte uit de casus

	Score eerste meting		Score tweede meting		Score derde meting	
ANG	25	Benedengemiddeld	18	Laag	16	Laag
AGO	15	Gemiddeld	10	Benedengemiddeld	9	Laag
DEP	59	Hoog	52	Bovengemiddeld	32	Benedengemiddeld
SOM	26	Gemiddeld	18	Laag	16	Zeer laag
IN	23	Gemiddeld	17	Benedengemiddeld	14	Laag
SEN	40	Gemiddeld	32	Benedengemiddeld	28	Laag
HOS	12	Bovengemiddeld	8	Benedengemiddeld	8	Benedengemiddeld
SLA	8	Gemiddeld	7	Gemiddeld	5	Laag
PSSY-NEUR	242	Bovengemiddeld	228	Gemiddeld	191	Benedengemiddeld

Noot. AGO = Agorafobie; ANG = Angst; DEP = Depressie; HOS = Hostiliteit; IN = Insufficiëntie van denken en handelen; PSYNEUR = Psychoneuroticisme; SEN = Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit; SLA = Slapeloosheid; SOM = Somatische klachten.

Evaluatie door patiënt

Patiënte geeft in het eindgesprek aan tevreden te zijn over haar verbeterde stemming en de groepsbehandeling. De depressieve klachten zijn duidelijk verminderd. De klachten zijn niet geheel in remissie, maar ze merkt dat ze meer onderneemt en dat anderen haar complimenten geven, zoals haar dochter. Haar man gaat nu één dag in de week naar de dagbehandeling, zodat zij naast de mantelzorgtaken wat meer voor zichzelf kan ondernemen.

Evaluatie door de therapeut

Patiënte komt aan het einde van de behandeling meer voor zichzelf op. Ze heeft aangegeven dat ze de zorg voor haar man zwaar vindt, waarna één dag in de week dagbehandeling voor hem werd opgestart. Ze vond dit in het begin erg moeilijk en had het gevoel te falen, maar kan inmiddels een beetje genieten van de middagen, zich opladen en iets voor zichzelf doen. Aan het eind van de behandeling durfde patiënte zich meer te uiten in de groep en zich kwetsbaarder op te stellen.

KWALITATIEF ONDERZOEK

Deze schemagroepsbehandeling is onderdeel van meerdere promotietrajecten, waaronder een kwalitatief onderzoek naar PMT bij ouderen waarin middels kwalitatieve interviews en focusgroepen gekeken wordt naar de beleving van patiënt en therapeut over de behandeling. In een interview met patiënte kwam de volgende kenmerkende uitspraak naar voren: 'Had ik deze inzichten en handvatten maar vele jaren eerder gehad.' Patiënte benoemde herhaaldelijk de meerwaarde van de PMT: 'Door in de zaal met opdrachten automatisch in mijn valkuilen te belanden, kreeg ik inzicht in hoe dit bij mij werkt en de kans het eens op een andere manier te proberen.' Ook de therapeuten benoemden de meerwaarde van de PMT voor patiënte. Zij merkten geregeld een worsteling van patiënte op tijdens het verbale gedeelte: zij kon bijvoorbeeld niet zo goed duidelijk maken in welke modus ze zat. Door de PMT werd voor patiënte, groepsleden en therapeuten zichtbaar hoe het modusgedrag er bij patiënte uitzag, waardoor ze beter konden aansluiten bij haar.

DISCUSSIE

Vanuit therapeutisch nihilisme werd lange tijd gedacht dat behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen niet goed mogelijk was. Het eerste empirische onderzoek naar psychologische behandeling voor persoonlijk-

heidsstoornissen bij ouderen dateert uit 2007 (Lynch et al., 2007). Hoewel schematherapie goed werkzaam lijkt te zijn bij ouderen, zijn in de meeste effectiviteitsonderzoeken ouderen niet geïncludeerd of laagfrequent aanwezig. De casus uit dit artikel illustreert hoe een op ouderen gerichte (kortdurende) groepsschematherapie mogelijk van meerwaarde kan zijn. Omdat (oudere) ouderen vaak minder bekend zijn met therapie, en met het spreken over emoties en gedachten, is het aan te raden om tijdens de startfase van therapie voor ouderen meer tijd te besteden aan psycho-educatie over emoties en oefening in het spreken daarover.

In het begin van de gepresenteerde casus is de hypothese geformuleerd dat de klachten van de betreffende patiënte voor een belangrijk deel ontstaan en/of toenemen indien er sprake is van de activering van de schema's Emotionele verwaarlozing, Zelfopoffering en Afhankelijkheid/onbekwaamheid. De behandeling heeft zich gericht op het verminderen van die schema's en lijkt hierin voor een groot gedeelte geslaagd te zijn, gezien de afname op disfunctionele schema's en modi, en de toename op de modi Gezonde volwassene en Blij kind. Verder rapporteert patiënte minder klachten op de symptoomvragenlijst dan aan het begin van de behandeling.

Ondanks deze positieve resultaten zijn enkele kritische aandachtspunten eveneens op hun plaats. Het feit dat het een casestudie betreft ($n = 1$), maakt dat de resultaten niet generaliseerbaar zijn. Het lijkt erop dat activering van de schema's Emotionele verwaarlozing en Afhankelijkheid/onbekwaamheid voor patiënte het belangrijkste risico zijn op terugval. De vraag is of deze behandeling patiënte voldoende handvatten heeft gegeven om op lange termijn anders met deze schema's om te gaan. Patiënte heeft een mooie ontwikkeling kunnen doormaken, echter wel met de holding van een groep en therapeuten bij wie ze voor haar gevoel veilig kon oefenen.

Vanwege de beperkte belastbaarheid van haar echtgenoot, hadden we de kinderen of vriendin nog nadrukkelijker kunnen uitnodigen bij de gesprekken. Dit om de therapie ook in het dagelijks leven van patiënte beter te bestendigen.

Als laatste connotatie van deze casusbeschrijving merken we op dat de tevredenheid van patiënte en therapeut uitsluitend in kaart is gebracht op een kwalitatieve manier, namelijk door middel van kwalitatieve interviews. Voor eventueel vervolgonderzoek is aan te raden dit ook middels patiënttevredenheidslijsten te meten, om zo de resultaten te kunnen repliceren. Het kwalitatieve onderzoek bracht echter pakkende uitspraken naar voren, die de kern van de schematherapie ook op oudere leeftijd omvatten: 'Dat ik op mijn leeftijd toch nog nieuwe dingen kan leren, dat had ik nooit gedacht.'

CONCLUSIE

.....

Schematherapie blijkt een waardevolle behandeling te zijn voor ouderen met persoonlijkheidsproblematiek of met chronische affectieve stoornis-

sen. Helaas is de wetenschappelijke onderbouwing hiervan nog beperkt, omdat in de meeste effectiviteitsonderzoeken ouderen niet zijn meegenomen.

Gegeven het contrast tussen de praktijk (waar de oudere patiënt nog dikwijls uitsluitend farmacologische interventies en begeleiding krijgt) en de groeiende behoefte bij ouderen aan psychologische interventies, bevelen wij aan om ook de oudere patiënt, mits geïndiceerd, te behandelen met schematherapie.

Silvia van Dijk is klinisch psycholoog, psychotherapeut (supervisor VGct, schematherapeut) en promovenda, werkzaam bij het UMCG, afdeling Ouderenpsychiatrie.

Martine Veenstra is als gz-psycholoog in opleiding werkzaam bij het UMCG en als promovenda bij de multicenter RCT groepsschematherapie verrijkt met PMT voor ouderen.

Correspondentieadres: Silvia van Dijk, UMCG, afdeling Ouderenpsychiatrie, Hanzeplein 1, 9700 RB Groningen. E-mail: s.d.m.van.dijk@umcg.nl.

Summary *Schema therapy for older adults*

Schema therapy offers an integrated therapy model consisting of cognitive therapy combined with experiential techniques and elements from the psychodynamic, gestalt and attachment theory. Schema therapy has initially been developed for the borderline personality disorder to improve disappointing long-term results of cognitive behavioral therapy. Established effectiveness in a randomized controlled trial conducted on borderline personality disorders resulted in an increase in research as well as in clinical practice. Due to its popularity, schema therapy has now been implemented for the treatment of a variety of personality disorders and chronic psychiatric disorders. The first schema therapy studies conducted in older adults are promising.

In this article, we give an overview of the current state of schema therapy in older adults and shine a light on adaptations for conducting schema therapy in an older population. This article presents a case study of a 76-year old woman who suffers from a recurrent depressive disorder and a comorbid personality disorder who was treated in a schema group therapy for older adults.

Keywords *schema therapy, older adults, personality disorder, psychotherapy, research*

Literatuur

American Psychiatric Association Practice Guidelines. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association.

ciation. American Journal of Psychiatry, 158, 1-52.

Arntz, A., & Bögels, S. (2000). *Schema-gerichte cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen*. Bohn Stafleu van Loghum.

- Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (2003). *SCL-90: Symptom Checklist*. Swets Test Publishers.
- Bamelis, L. L. M., Evers, S. M. A. A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171, 305-322.
- Cooper, C., Bebbington, P., McManus, S., Meltzer, H., Stewart, R., Farrell, M., King, M., Jenkins, R., & Livingston, G. (2010). The treatment of common mental disorders across age groups: Results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, 127, 96-101.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 317-328.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Benjamin, L. S., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I personality disorders (SCID-II)*. American Psychiatric Press.
- GGZ Standaarden. (2017). *Zorgstandaard persoonlijkheidsstoornissen*. www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_6bde951a-37d4-4ec0-b271-ce2a1c8f7f46_persoonlijkheidss-toornissen__authorized-at_20-11-2017.pdf
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Gould, R. L., Coulson, M. C., & Howard, R. J. (2012). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people: A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60, 218-229.
- Grenyer, B. F. S., Jenner, B. A., Jarman, H. L., Carter, P., Bailey, R. C., & Lewis, K. L. (2015). *Treatment guidelines for personality disorders*. University of Wollongong.
- Hawkins, N. G., Sanson-Fisher, R. W., Shakeshaft, A., D'Este, C., & Green, L. W. (2007). The multiple baseline design for evaluating population-based research. *American Journal of Preventive Medicine*, 33, 162-168.
- Hetlevik, Ø., Garre-Fivelsdal, G., Bjorvatn, B., Hjørleifsson, S., & Ruths, S. (2019). Patient-reported depression treatment and future treatment preferences: An observational study in general practice. *Family Practice*, 36, 771-777.
- Hornsveld, H., Bögels, H., & Grandia, H. (2021). *Casusboek schematherapie: 21 voorbeelden uit de praktijk*. Springer Nature.
- Hutsebaut, J., Videler, A. C., Schoutrop, M. J. A., van Amelsvoort, T. A. M. J., & van Alphen, S. P. J. (2017). Persoonlijkheidsstoornissen: Levensloopbenadering zinvol. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59, 52-55.
- Khasho, D. A., van Alphen, S. P. J., Heijnen-Kohl, S. M. J., Ouwens, M. A., Arntz, A., & Videler, A. C. (2019). The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 14, 100330.
- Lapp, M., Quaderi, A., & Corveleyn, X. (2019). Schema therapy in depression of elderly in homecare: Three AB single case experimental design in multiple baseline. *Pratiques Psychologiques*, 25, 183-204.

- Lenze, E. J., & Wetherell, J. L. (2011). A lifespan view of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13, 381.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., Arntz, A., Spinhoven, P., & 't Hoen, T. (2005). *Dutch translation of the Young Atkinson Mode Inventory (YAMI)*. Maastricht University.
- Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Thorp, S. R., Bronner, L., & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 131-143.
- Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S., Vlavianou, M., Pehlivanidis, A., Papadimitriou, G. N., & Zervas, I. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 319-329.
- Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G., & Taylor, M. A. (2012). A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41, 185-202.
- Mohlman, J. (2012). A community based survey of older adults' preferences for treatment of anxiety. *Psychology and Aging*, 27, 1182.
- Pauwels, E., Claes, L., Dierckx, E., Debast, I., van Alphen, S. P. J., Rossi, G., Schotte, C., Santens, E., & Peuskens, H. (2014). Age neutrality of the Young Schema Questionnaire in patients with a substance use disorder. *International Psychogeriatrics*, 26, 1317-1326.
- Phillips, K., Brockman, R., Bailey, P. E., & Kneebone, I. I. (2019). Young Schema Questionnaire – Short Form Version 3 (YSQ-S3): Preliminary validation in older adults. *Aging & Mental Health*, 23, 140-147.
- Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. P., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 51, 66-73.
- Rijkeboer, M. M., van den Bergh, H., & van den Bout, J. (2005). Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 129-144.
- Skewes, S. A., Samson, R. A., Simpson, S. G., & van Vreeswijk, M. (2015). Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 5, 1592.
- Taylor, C. D. J., & Arntz, A. (2016). Schema therapy. In A. M. Wood & J. Johnson (Eds.), *The Wiley handbook of positive clinical psychology* (pp. 461-476). Wiley Blackwell.
- Trompenaars, F. J., Masthoff, E. D., van Heck, G. L., Hodiament, P. P., & de Vries, J. (2005). Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Quality of Life Research*, 14, 151-160.
- van Alphen, S. P. J. (2019). *Een persoonlijke kwestie: Inaugurale rede leerstoel beroepsopleiding tot gezondheidszorg-psycholoog*. Tilburg University.
- van Alphen, S. P. J., van Dijk, S. D. M., Videler, A. C., Rossi, G., Dierckx, E., Bouckaert, F., & Oude Voshaar, R. C. (2015). Personality disorders in older adults: Emerging research issues. *Current Psychiatry Reports*, 17, 538.
- van Asselt, A. D. I., Dirksen, C. D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J. H., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Kremers, I. P., Nadort, M., & Sevens, J. L. (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: Cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transfer-

- ence-focused psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 192, 450-457.
- van de Ven, L., & Videler, A. (2018). Systeemtherapie. In S. P. J. van Alphen, A. C. Videler, F. Bouckaert, & R. C. Oude Voshaar (Eds.), *Handboek persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen* (pp. 149-158). De Tijdstroom.
- van Dijk, S. D. M., Veenstra, M. S., Bouman, R., Peekel, J., Veenstra, D. H., van Dalen, P. J., van Asselt, A. D. I., Boshuisen, M. L., van Alphen, S. P. J., van den Brink, R. H. S., & Oude Voshaar, R. C. (2019). Group schema-focused therapy enriched with psychomotor therapy versus treatment as usual for older adults with cluster B and/or C personality disorders: A randomized trial. *BMC Psychiatry*, 19, 26.
- van Vreeswijk, M. F., & Broersen, J. (2013). *Handleiding kortdurende schemagroepstherapie: Cognitief gedrags-therapeutische technieken*. Bohn Stafleu van Loghum.
- van Vreeswijk, M. F., & Broersen, J. (2017). *Handleiding kortdurende schematherapie: Voor groepstherapie en individuele therapie*. Bohn Stafleu van Loghum.
- van Vreeswijk, M. F., Spinhoven, P., Eurelings-Bontekoe, E. H., & Broersen, J. (2014). Changes in symptom severity, schemas and modes in heterogeneous psychiatric patient groups following short-term schema cognitive-behavioural group therapy: A naturalistic pre-treatment and post-treatment design in an outpatient clinic. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21, 29-38.
- Videler, A. C., Ouwens, M. A., van Dijk, S. D. M., & van Alphen, S. P. J. (2020). Psychological treatment of personality disorders in older adults: A review. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 51. <https://doi.org/10.36613/tgg.1875-6832/2020.02.05>
- Videler, A. C., Rossi, G., Schoevaars, M., van der Feltz-Cornelis, C. M., & van Alphen, S. P. J. (2014). Effects of schema group therapy in older outpatients: A proof of concept study. *International Psychogeriatrics*, 26, 1709-1717.
- Videler, A. C., & van Alphen, S. P. J. (2018). Indicatiestelling. In S. P. J. van Alphen, A. C. Videler, F. Bouckaert, & R. C. Oude Voshaar (Eds.), *Handboek persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen* (pp. 67-80). De Tijdstroom.
- Videler, A. C., van Alphen, S. P. J., van Royen, R. J. J., van der Feltz-Cornelis, C. M., Rossi, G., & Arntz, A. (2018). Schema therapy for personality disorders in older adults: A multiple-baseline study. *Aging & Mental Health*, 22, 738-747.
- Videler, A. C., van Royen, R. J., Legra, M. J., & Ouwens, M. A. (2020). Positive schemas in schema therapy with older adults: Clinical implications and research suggestions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 48, 481-491.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.). Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy*. Guilford.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

Reviewers 2021

De redactie bedankt de onderstaande reviewers hartelijk voor het beoordelen van manuscripten in 2021.

Prof. dr. Paul Boelen
Dr. Elise Debeer
Prof. dr. Robert Didden
Dr. Hermien Elgersma
Dr. Arnold van Emmerik
Prof. dr. Kristof Hoorelbeke
Dr. Jaap Lancee
Dr. Miriam Lommen
Dr. Margreet Oorschot
Dr. Elske Salemink
Dr. Sara Scheveneels
Dr. Sandra Verbeken

De redactie van *Gedragstherapie* ontving de volgende boeken. U bent van harte uitgenodigd deze te recenseren. Bent u geïnteresseerd, stuurt u dan een berichtje met een korte motivatie en een eveneens korte beschrijving van uw achtergrond naar: redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl.

Gedragstherapie is een peer reviewed tijdschrift. Plaatsing van een recensie is daarom niet gegarandeerd. Informatie over eisen die de redactie stelt aan boekbesprekingen vindt u in de auteursrichtlijnen (www.tijdschriftgedragstherapie.nl/auteurs/auteursrichtlijnen).

Barkley, R. A. (2021). *Twaalf principes voor het opvoeden van een kind met ADHD*. Nieuwezijds.

Bloothoofd, G. (2021). *Fundamentele vaardigheden in gesprekstherapie*. Boom.

Zwaan, R. (2021). *Drang naar samenhang: De psychologie van het begrijpen*. Boom.

Boom psychologie & psychiatrie



Behandelprotocol positieve CGT

***Behandelprotocol positieve CGT* integreert de positieve psychologie en oplossingsgerichte therapie binnen een cognitief-gedragstherapeutisch kader.**

De inmiddels beproefde methode van positieve cognitieve gedragstherapie focust niet op het reduceren van wat er mis is, maar juist op bouwen aan wat er goed gaat. Met de uitgebreide beschrijving en praktische toepassingen uit *Behandelprotocol positieve CGT* kun je als therapeut direct aan de slag. Het boek bevat zowel een protocol voor individuele therapie als een voor groepsbehandeling en is inclusief werkboeken voor de cliënt.

**Boom psychologie
& psychiatrie**

uitgever aan te geven.

Aanwijzingen voor auteurs

Dit is een samenvatting. Uitgebreide instructies vindt u op www.tijdschriftgedragstherapie.nl.

Aanbieden van kopij

- ▶ Dien uw manuscript in via www.tijdschriftgedragstherapie.nl/auteurs/artikel_indienen. Voor het eventueel reproduceren van eerder gepubliceerd materiaal moet alle benodigde toestemming zijn bijgesloten.
- ▶ Wilt u uw manuscript per e-mail indienen dan dient kopij vergezeld te gaan van een begeleidende brief van de auteur, die voor de verdere correspondentie over het stuk verantwoordelijk is. De begeleidende brief moet een verklaring bevatten dat het manuscript is goedgekeurd door alle auteurs, dat het niet elders is aangeboden en dat het om oorspronkelijk materiaal gaat. Stuur uw manuscript naar redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl of naar het redactiesecretariaat: t.a.v. J.L. Wolters, Suikerplein 65, 1013 CJ Amsterdam.

Vorm van het manuscript

- ▶ Op het *titelblad* moet staan: de volledige titel, beknopt maar informatief; de naam en voorna(a)m(en) van de auteur(s); van elke auteur de werkkring met een adres; en één correspondentieadres.
- ▶ *Artikelen* worden onderverdeeld in paragrafen, afhankelijk van het soort artikel. Bijvoorbeeld: Inleiding, Methoden, Resultaten en Discussie. In lange artikelen zal een paragraaf ter verduidelijking van de inhoud soms verder moeten worden onderverdeeld.
- ▶ Willen *gevalsbeschrijvingen* voor publicatie in aanmerking komen, dan moet het gaan om bijzondere probleemgedragingen, behandelingsmethoden en/of resultaten.
- ▶ Cliëntgegevens als namen (of afkortingen daarvan), beroepen, plaatsen en tijden dienen veranderd te worden. Eventuele klachten van cliënten die zich in beschrijvingen herkennen komen uitsluitend ten laste van de auteur(s).
- ▶ Artikelen, gevalsbeschrijvingen en bijdragen voor Forum en Kort Instrumenteel worden gevolgd door een samenvatting met trefwoorden en referenties in de Nederlandse taal, en een *summary* inclusief titel en *keywords* in de Engelse taal.

Deze omvatten maximaal 150 woorden en vermelden het doel van of de aanleiding tot de studie, de gevolgde werkwijze en de belangrijkste bevindingen en conclusies.

- ▶ Bijdragen voor de rubriek *Kort instrumenteel* moeten voldoen aan een aantal voorwaarden. Zie hiervoor de uitgebreide richtlijnen. Belangrijkst is dat het beschreven instrument zijn nut moet hebben voor gedragstherapie en gedragsdiagnostiek.
- ▶ Bij *boekbesprekingen* dient aan een aantal punten aandacht geschonken te worden. Zie hiervoor eveneens de uitgebreide auteursrichtlijnen.

Literatuur

Bij het vermelden van literatuurverwijzingen in de tekst en in de literatuurlijst gelden de richtlijnen van de zesde editie van de *Pu-blication Manual* van de American Psychological Association (APA, 2009).

Figuren en tabellen

Figuren en tabellen moeten logisch aansluiten bij de tekst. Door middel van een aanwijzing in de tekst moet worden aangegeven waar de figuur of tabel bij voorkeur moet worden ingevoegd. Illustraties en grafieken worden aangeduid als figuren.

GEDRAGSTHERAPIE

Vierenvijftigste jaargang, nummer 4, december 2021

Pagina 201-344

201 *Redactioneel*

203 *Voorwoord*

205 **Gert-Jan Hendriks & Richard Oude Voshaar**

Diagnostiek bij ouderen met angststoornissen en depressies

227 **Bas van Alphen**

Persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen

241 **Noortje Janssen & Marcus Huibers**

Gedragsactivatie bij ouderen? Doen!

254 **Tanja Su, Noortje Janssen & Patricia van Oppen**

Cognitieve gedragstherapie voor depressie bij ouderen: Toepassing en aandachtspunten

270 **Gerben Westerhof & Ernst Bohlmeijer**

Life review therapie

284 **Gert-Jan Hendriks, Noortje Janssen, Rosanne van den Berg & Richard Oude Voshaar**

Cognitieve gedragstherapie bij ouderen met angst- en dwangstoornissen en PTSS

304 **Denise Hanssen & Dorine van Driel**

Cognitieve gedragstherapie bij persisterende SOLK op latere leeftijd

321 **Silvia van Dijk & Martine Veenstra**

Schematherapie bij ouderen

342 *Reviewers 2021*

343 *Ontvangen*