



Groepsbehandeling voor ouderen in de specialistische ggz

De auteurs zetten in dit artikel uiteen hoe psychotherapie ouderen kan helpen en waarom het nooit te laat is voor verbetering. De variatie aan problematiek bij ouderen is groot. Daarom worden bij GGNet Ouderen drie verschillende deeltijdprogramma's aangeboden, elk met een eigen therapeutisch behandelmilieu. Net als de indicatiestelling worden deze alle drie beschreven, waarbij meer aandacht wordt besteed aan het programma dat de meeste op persoonlijkheidsverandering gerichte groepspsychotherapie biedt.

Door Sanne Lamers en
Femke Versteegen

Sinds jaar en dag bestaat het hardnekkige idee dat psychotherapie ouderen weinig soelaas biedt. Ouderen zouden star zijn, geen behoefte hebben om te veranderen en er zou een toekomstperspectief ontbreken (Gielkens et al., 2016). Ouderen, vooral tachtigplussers, melden zich niet snel aan voor psychotherapie, vanuit het idee dat je 'de vuile was niet buiten hangt', maar wellicht ook omdat zij minder bekend zijn met behandel mogelijkheden (Forbes et al., 2016). Als de depressie of angststoornis eenmaal is onderkend, wordt bij 65-plussers (en zeker bij tachtigplussers) niet direct aan de mogelijkheid van psychotherapie gedacht, terwijl de psychische problemen bij hen niettemin zorgen voor ernstige aantasting van hun kwaliteit van leven (Sivertsen et al., 2015). Voshaar et al. (2015) stellen echter dat er onterecht wordt aangenomen dat psychotherapie te belastend en ingewikkeld is voor ouderen en dat een jarenlang bestaand klachtenpatroon niet meer te veranderen is op hoge(re) leeftijd. Zij zien dit als een vorm van leeftijdsdiscriminatie die ook wel *ageism* wordt genoemd.

GGNet Ouderen is het expertisecentrum ouderenpsychiatrie van een ggz-instelling in Oost-Nederland. Hier wordt al twaalf jaar een deeltijdprogramma aangeboden waarin patiënten van 65 jaar en ouder in groepsverband een psychotherapeutische behan-

deling volgen. Samen met de oudere patiënt wordt naar klachten op somatisch, psychisch en maatschappelijk vlak gekeken in het licht van de individuele levensloop. Daarbij is de ervaring opgedaan dat het zeker mogelijk is om op latere leeftijd inzichtgevend en veranderingsgericht te werken in een groepsgerichte behandeling. Voor een algemene beschrijving van ouderpsychiatrie in al haar facetten verwijzen we naar het artikel van Paul Naarding in dit themanummer.

Psychotherapeutisch deeltijdaanbod voor ouderen

De oudere patiënten voor wie het aanbod van deelname aan een psychotherapeutische deeltijd is geïndiceerd, melden zich meestal met klachten van somberheid, lusteloosheid, verdriet of angst. Er zijn vaak zorgen rondom verschijnselen die passend zijn in de derde en vierde levensfase, zoals

Het bevorderen van welbevinden vraagt meer dan enkel het verminderen van klachten

lichamelijke en cognitieve achteruitgang. Soms willen patiënten zelfs niet meer verder met hun leven, omdat het hun ontbreekt aan perspectief. In dat licht spreken mensen ook wel van 'voltooid leven', maar niet zelden gaan daar ook ontevredenheid, gevoelens van eenzaamheid of uitzichtloosheid achter schuil (Naarding & Versteegen, 2018). In ons aanbod streven we ernaar om

alle kennis die in de intakefase verzameld wordt bij elkaar te brengen en in het licht van het persoonlijke levensverhaal te komen tot een beschrijvende diagnose en een bijbehorend advies ten aanzien van behandeling. Het algemene doel van behandeling is een verbetering in het functioneren, en het ervaren van meer zingeving en gevoel van welbevinden. Waar mogelijk gaat het om reductie van symptomen, het streven naar een zo groot mogelijke autonomie en het ervaren van meer grip op het eigen leven. Deze visie past binnen onderzoeksbevindingen dat het bevorderen van welbevinden meer vraagt dan enkel het verminderen van (psychische) klachten (Lamers & Westerhof et al., 2017). Het sluit daarmee aan op het concept positieve gezondheid (Huber & van Vliet et al., 2015), waarbij gezondheid niet wordt gezien als de af- of aanwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren.

Ons aanbod is gericht op een grote variatie aan problematiek bij de oudere patiënt; van relatief milde klachten die zich voor het eerst voordoen in iemands leven, tot aan klachten die samenhangen met een zeer belaste achtergrond en langdurig bestaande problematiek, met soms ook complexe handicaps. Vanuit deze diversiteit zijn de mogelijkheden voor deelname aan therapie heel verschillend en daarmee is er ook behoefte aan verschillende behandelmilieus; een milieu dat meer of minder steun en structuur biedt, of een milieu dat juist meer gericht is op verandering en het verkrijgen van inzicht.

Indicatiestelling

Op de locaties Apeldoorn en Zutphen worden drie deeltijdvarianten aangeboden, elk met een ander psychotherapeutisch behandelmilieu. Iedere groep bestaat uit maximaal acht patiënten. Het zijn open groepen waar in- en uitstroom mogelijk is. Indicatiestelling vindt plaats na afloop van de intakefase, waarin de klachten van de patiënt en diens achtergrond in kaart worden gebracht.

Vaak geven mensen aan dat ze in de derde levensfase een toegenomen lijdensdruk ervaren

Het deeltijdteam bestaat uit een klinisch psycholoog, psychiater, gezondheidszorgpsycholoog, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, vaktherapeuten, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en ggz-agogen. Iedere patiënt heeft een psychiater of klinisch psycholoog als regiebehandelaar en een sociaal psychiatrisch verpleegkundige die als behandelcoördinator het aanspreekpunt is voor de gehele behandeling.

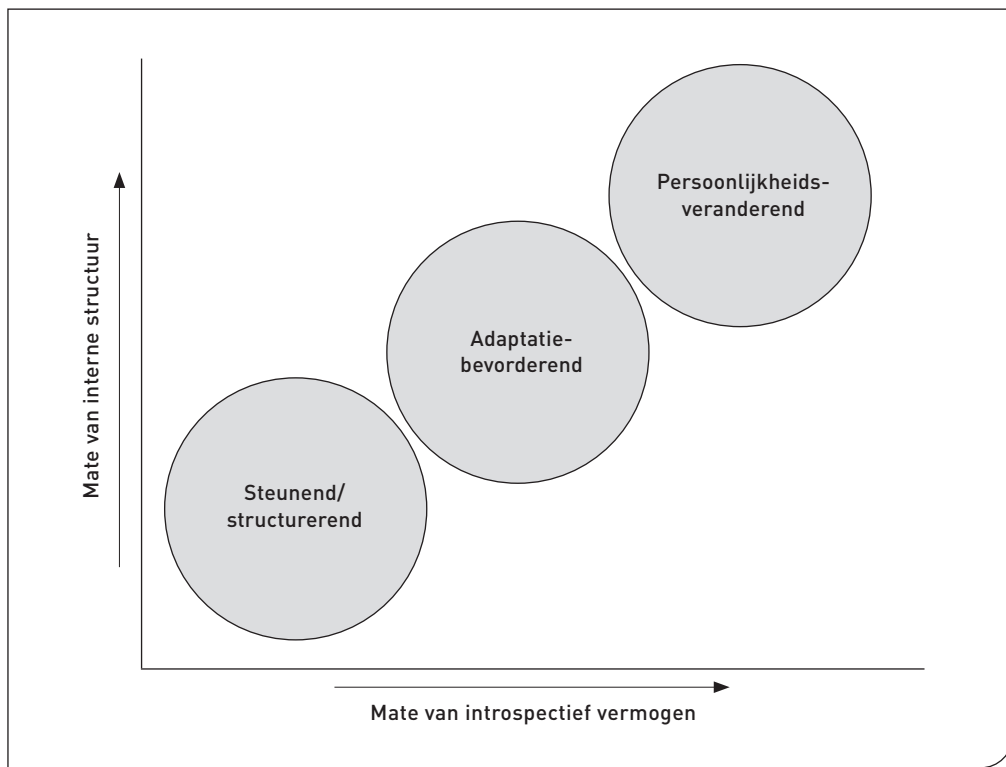
Veelal is er bij de patiënten sprake van recidiverende depressieve episodes, angstklachten en vastzittende patronen in de persoonlijkheid. Vaak geven mensen aan dat ze in de derde levensfase een toegenomen lijdensdruk ervaren. Die uit zich bijvoorbeeld in toegenomen spanning en somberheid als gevolg van afgenomen fysieke en mentale mogelijkheden, waardoor oude copingmechanismen niet meer afdoende werken. Tijdens de uitgebreide intakefase ontstaat

een beeld van de vroegkinderlijke ontwikkeling van de patiënt en wordt nagegaan welke patronen in de basis ontstaan zijn en op dit moment mogelijk een rol spelen bij het (dys)functioneren. Er wordt vastgesteld of er sprake is geweest van vroegkinderlijke traumatisering en door het leven heen door-gemaakte trauma's. Ook wordt er een inschatting gemaakt van de hechtingsstijl van de patiënt, de ego-sterkte, het mentaliserend vermogen en de mate waarin een patiënt de ontregelende effecten van een therapie kan verdragen. Op deze manier schatten we in welk deeltijdmilieu geïndiceerd is. Recent zijn een aantal van onze teamleden getraind in het afnemen van de STIP-5 (Hutsebaut, 2016). Wij streven ernaar bij iedere patiënt die wordt aangemeld voor deeltijdbehandeling bovenstaande factoren aan de hand van dit semigestructureerde interview voor persoonlijkheidsfunctioneren in kaart te brengen, om het op deze manier procedureel zo eenduidig mogelijk te maken (zie Figuur 1). Tijdens een adviesgesprek wordt met de patiënt besproken voor welke deeltijdbehandeling de patiënt geïndiceerd is.

Er zal hieronder inhoudelijk worden ingegaan op de drie therapeutische milieus. De inzichtgevende psychotherapeutische deeltijd zal het uitgebreidst besproken worden. Er is gekozen voor deze verdeling omdat het laatstgenoemde therapeutische milieu de meeste op verandering gerichte groepspsychotherapie in zich heeft.

I De structurerende psychotherapeutische deeltijdbehandeling

De structurerende psychotherapeutische deeltijdbehandeling biedt een steunend en



Figuur 1. De drie therapeutische milieus in verhouding tot de mate van interne structuur en introspectief vermogen van de patiënt.

structurend therapeutisch milieu. Deze behandeling richt zich op patiënten met individuele behandeldoelen met als focus het hervinden van grip op de klachten en het voorkomen van terugval. Het is gericht op het behouden en vergroten van de autonomie. Gezien de behoefte aan structuur van deze groep patiënten, vindt deze deeltijdbehandeling variërend van één tot maximaal drie dagen per week plaats, met ruimte voor op- en afschaling van het aantal dagen dat een patiënt per week naar de deeltijd komt. Opschalen van de deeltijdzorg heeft dan als doel een klinische opname te voorkomen. De klinische opnames zijn door de mogelijk-

heid van deeltijdbehandeling verkort omdat patiënten direct na ontslag binnen het deeltijdprogramma kunnen instromen. Er zijn onderdelen als een gespreksgroep, aandachtstraining, leefstijltraining, beeldende therapie en signaleringsplan. Verbale- en non-verbale blokken worden afgewisseld. Voor de start van de deeltijd worden aan de hand van een checklist behandeldoelen (zie bijlage 1) voor iedere patiënt individuele doelen opgesteld. Met iedere patiënt wordt eens per acht weken geëvalueerd, liefst met iemand uit het systeem van de patiënt samen. Er wordt dan gekeken in hoeverre er stabilisatie en reductie van de klachten is

opgetreden en bepaald hoeveel dagen deeltijdbehandeling de patiënt nog nodig heeft. Waar mogelijk worden andere structurerende activiteiten in de eigen woon/leefomgeving toegevoegd of ter vervanging gezocht en ingepast. Patiënten uit de structurerende deeltijd hebben laten weten dat het hen steunt en helpt in hun proces van herstel om ingebed te zijn en omringd te zijn door zowel groepsleden als therapeuten die hun deelname vertrouwd maken.

Bij het meer adaptatiegerichte aanbod staan de principes van CGT centraal

Cliënt: 'Ja, ik vind het heel fijn en leerzaam, omdat je van elkaar leert. Je voelt soms dat je op een eilandje zit, dat je de enige bent die dingen ervaart zoals jij ze ervaart en dingen ziet zoals jij ze ziet. Dan is het echt heel prettig om te ervaren dat je niet de enige bent en dat er nog veel meer mensen zijn die dezelfde ervaringen hebben. Dat geeft je kracht en moed om daar tegenin te gaan en te denken: ja, ik wil dat wel veranderen.'

II. De adaptatiegerichte psychotherapeutische deeltijdbehandeling

Het deeltijdprogramma met een adaptatiebevorderend therapeutisch milieu is geïndiceerd voor patiënten met individuele behandeldoelen gericht op het vergroten van de eigen regie en het verkrijgen van meer grip op de gemelde klachten bij aanmelding. Bij het meer adaptatiegerichte aanbod staan

de principes van cognitieve gedragstherapie (CGT) centraal. Cognitieve gedragstherapie is een klachtgerichte therapievorm bestaande uit een verzameling van theorieën, procedures en technieken waarbij de leeftijd of de levensfase een ondergeschikte rol speelt. Desondanks is de cognitieve gedragstherapie zeer geschikt voor de behandeling van ouderen met uiteenlopende klachten.

Er wordt twee dagen per week gewerkt met G-schema's waarbij patiënten zicht krijgen op de invloed van hun wijze van denken op hun gevoelens en hun gedrag. Tijdens groeps gesprekken wordt er eveneens ingegaan op thema's vanuit de door Hayes (2004) ontwikkelde Acceptance and Commitmenttherapie. Patiënten leren een meer acceptatiegerichte houding aan te nemen ten opzichte van emoties en gedachten. De kerngedachte is daarbij dat het vechten tegen onvermijdelijke zaken, waaronder het ouder worden, uiteindelijk ten koste gaat van een waardevol leven. Mindfulness-oefeningen helpen patiënten met volle aandacht in het moment te zijn.

Binnen de twee deeltijd dagen worden verbale en non-verbale therapieblokken afgewisseld. De behandeling is opgebouwd uit de volgende onderdelen: groepspsychotherapie, gespreksgroep, beeldende therapie, doelgroep, leefstijltraining, en een blok waarin een signaleringsplan wordt opgesteld. Middels het signaleringsplan leren patiënten bij zichzelf signalen waarnemen die er op wijzen dat hun psychisch functioneren uit evenwicht aan het raken is en stemmingsproblemen of angstklachten toenemen. Er is een helder plan waarin beschreven staat wat patiënten kunnen doen wanneer zij signaleren dat het minder goed met hen gaat. Doel is dan door het vlotte

signaleren verdere terugval te voorkomen. Voorafgaand aan de behandeling worden aan de hand van de Checklist Behandeldoelen (zie bijlage 1) individuele doelen opgesteld die samen met de patiënt eens per acht weken worden geëvalueerd.

Als uit evaluatiemomenten binnen het team en in afstemming met de patiënt blijkt dat de individuele doelen voldoende zijn behaald, de stemming voldoende is gestabiliseerd en overige klachten voldoende in remissie zijn en daarmee beëindiging van de deeltijdbehandeling in zicht komt, kan de patiënt overstappen naar de uitstroomgroep. Deze groep heeft als doelstelling de overstap van de deeltijd naar een volledig zelfstandig functioneren te verkleinen. Het is een groepsprogramma bestaande uit één middag per week, gericht op het vasthouden en uitbouwen van het geleerde, het afronden van het psychotherapeutisch proces, het vergroten van zelfvertrouwen en het nemen van afscheid van een periode waarin behandeling een belangrijke plaats in het dagelijks leven innam.

Cliënt: 'Je leert vooral van je lotgenoten. Ik vind het zo boeiend, dat heb ik voor het eerst ervaren in de adaptatiegerichte deeltijdbehandeling. Toen vertelde een man dat hij van die sombere gedachten had de hele dag en dat hij daar zo veel last van had. En ik dacht: tjonge, je zal het maar hebben. Toen fietste ik naar huis en dacht ik: nou verdraaid nog aan toe, dat heb ik ook! Maar dat heb ik mijn hele leven al. En, merkwaardig, dat wist ik niet. Maar doordat ik dat bij hem zag, kon ik dat [bij mezelf] herkennen. En doordat ik het herkende, was dat al meer dan de helft van de oplossing. Want ik heb het niet meer. En als ik het heb, kan ik mijzelf zeggen: oh, nou ben ik een

beetje aan het draaien. Dat had ik dus nooit één-op-één zo ervaren, want ik wist het niet.'

III De psychodynamische, inzichtgevende psychotherapeutische deeltijdbehandeling

Tot slot bestaat er binnen het aanbod psychotherapeutische deeltijd een psychodynamische, inzichtgevende deeltijdbehandeling. Het betreft een op persoonlijkheidsverandering gericht therapeutisch milieu, gestoeld op de principes van de existentiële psychotherapie (zie ook het artikel van Monique Zoet in dit nummer voor een verdere wetenschappelijke onderbouwing). Yalom (van der Elst, 2015) vindt dat de grootsheid van de menselijke geest in het vermogen tot zelfreflectie ligt. Mensen zijn uitgerust met zelfbewustzijn, we zijn nieuwsgierig naar onszelf – dat is een ingebouwde functie van onze hersenen. Die nieuwsgierigheid leidt tot kennis van onszelf en van de wereld die ons omringt. Maar zelfbewustzijn wekt volgens hem ook angst op, die verdere zelfontdekking afremt. En dat staat een goed leven

Hoe meer zelfkennis, hoe beter het leven

in de weg. De kern van de existentiële psychotherapie is dat als we problemen krijgen, dat vaak te maken heeft met delen van onszelf die we niet goed kennen. Yalom (1981) meent dat het in een psychotherapie uiteindelijk altijd om die existentiële en universele ervaringen en angsten gaat en niet (alleen) om het verwerken van verborgen trauma's. Die fundamentele kwesties moeten we onder ogen komen, vindt hij. Dat zijn existentiële, universele angsten, die inherent zijn aan

ons bestaan: wat is de zin van het leven, van mijn leven, dilemma's rondom vrijheid, angst voor de onvermijdelijke dood – '*Death itches all the time*' – en voor het fundamentele gevoel van eenzaamheid. In lijn met Yalom proberen wij als team om mensen binnen de psychotherapeutische deeltijd meer inzicht in zichzelf te laten krijgen, een *awakening experience*. Hoe meer zelfkennis, hoe beter het leven. De duur van de therapie varieert van een half jaar tot een jaar. Deze psychodynamische inzichtgevende deeltijdbehandeling is er voor patiënten met behandeldoelen die gericht zijn op het versterken van de eigen regie en autonomie door meer inzicht te krijgen in de eigen persoonlijkheid en de relatie met het ontstaan en voortduren van de klachten. Daarnaast biedt de behandeling ruimte voor emoties die vaak lang zijn vermeden en weggestopt. Feit is dat veel van de groepsleden door hun leven heen al vaak kortere klachtgerichte behandeltrajecten hebben doorlopen. Zij hebben ervaren dat er steeds weer terugval van de klachten was. Er wordt tijdens de blokken groepspsychotherapie ruimte gemaakt om te kijken naar de relatie tussen de levensloop, de persoonlijkheidsontwikkeling en de klachten in het hier-en-nu.

Binnen de groepspsychotherapie staat de vraag 'hoe ben ik geworden tot wie ik nu ben?' centraal. Ieder groepslid vertelt na een eerste periode in de groep gedurende een groepsessie uitgebreid over zijn of haar levensloop. Aan de hand van het levensverhaal dat zij voor zichzelf op papier hebben gezet, vertellen zij aan de groep hoe hun leven vanaf de start tot nu toe gelopen is en beschrijven zij de situaties die hen gevormd hebben en bijgedragen hebben aan hun per-

soonlijkhedenontwikkeling. Er wordt stilgestaan bij de wijze waarop patiënten in hun kindertijd tegemoet getreden werden en zelf in relatie stonden tot anderen.

Er staan drie stappen centraal:

- Het verkrijgen van inzicht, mede door de gehele levensloop opnieuw in kaart te brengen en chronologisch op papier te zetten.
- Het doorvoelen en verwerken van door het leven heen weggestopte emoties en het doorbreken van de vermijding in het kader van affect-fobie.
- Het innemen van een andere houding ten opzichte van het verleden om zo in de toekomst bewust andere keuzes te maken en daarmee gepaard, ander gedrag te kunnen laten zien.

Verkrijgen van inzicht

Ieder groepslid krijgt een gehele groepsessie de tijd om stil te staan bij zijn of haar levensloop. In woord en beeld, eventueel gebruikmakend van foto's en beeldmateriaal, wordt het verhaal verteld. Daarbij wordt ingezoomd op de goede momenten en de minder goede, pijnlijke momenten van het leven. Er ontstaat een beeld van de sfeer en de ervaren veiligheid in het gezin van herkomst, van de normen en waarden die iemand van huis uit heeft meegekregen en de wijze waarop dit alles terug te vinden is in het huidige leven van de patiënt. De oorsprong van gevoelens van verdriet, boosheid, angst en schaamte liggen deels in de vroege kindertijd en ook opkomende cognities en de wijze van reageren in gedrag hebben vaak een wortel in het verleden.

Het is binnen de groepstherapie de bedoeling dat groepsleden zicht krijgen op hoe zij

gedurende hun leven wellicht emoties uit de weg zijn gegaan en hoe er verschillende manieren zijn ontstaan om met gevoelens die zich aandienen om te gaan. In de derde levensfase, bij het wegvallen van werk als duidelijke invulling van het leven en bij het uitvliegen van kinderen en het opgroeien van kleinkinderen, dienen lang weg gestopte gevoelens zich vaak meer aan. Het kost mensen dan, bij afnemende fysieke en mentale mogelijkheden en toename van verlieservaringen, meer moeite opkomende emoties 'buiten de deur' te houden.

De groep staat stil bij de vraag 'hoe wil ik vanaf nu omgaan met emoties die zich aandienen?' Men onderzoekt wat het kost en oplevert om de gevoelens blijvend weg te stoppen en gaat na wat het zou kosten en opleveren als deze emoties meer ruimte zouden mogen krijgen en iemand tot verwerking van lang opgeslagen gevoelens kan komen. Emoties worden in het meest gunstige geval door het therapeutisch proces als belangrijke raadgevers gezien. Het voelen ervan wordt dan niet langer betiteld als zwak maar juist als krachtig en goede raadgevers in leven van alledag.

Aan de hand van de in de groepspsychotherapie besproken thema's wordt er aansluitend binnen het blok beeldende therapie op non-verbale wijze voortgeborduurd op de thema's.

Doorvoelen en verwerken

In de groepssessies wordt uitgebreid stilgestaan bij de wijze waarop mensen vaak tijdens hun hele leven gevoelens hebben weggestopt en eroverheen hebben geleefd. De impact daarvan op zowel het fysieke als psychische functioneren wordt in kaart gebracht. Ook de invloed van de tijdsgeest

op de houding die patiënten aannemen ten opzichte van hun emoties komt aan bod. Velen groeiden binnen hun generatie op met de norm 'de vuile was hangen wij niet buiten' en 'huilen of boos zijn, doen wij niet'. Groepsleden die de keuze hebben gemaakt gevoelens niet langer weg te stoppen, leren focusserend te werken. Dit betekent de signalen die het lichaam door de dag heen geeft serieus nemen en erop inzoomen in plaats van ervan weg te gaan. Ze leren zoals Ann Weiser Cornell (2004) het noemt 'na te gaan hoe zij zich voelen en een gesprek aan te knopen met hun gevoelens, waarin zijzelf vooral de rol van luisteraar vervullen'. Focussen is het proces van luisteren naar je lijf op een zachtaardige, accepterende manier; je hoort dan de boodschappen die je innerlijk je stuurt. Groepsleden worden gestimuleerd om datgene wat er zich in hun lijf

Zij ervaren dat emoties komen en gaan en dat na een storm de wind ook weer zal gaan liggen

aan emoties en ervaringen aandient serieus te nemen en er bewust ruimte voor te maken. Beter luisteren naar je lijf leidt tot inzicht en lichamelijke ontspanning en kan de weg zijn naar positieve veranderingen in het leven. In de doelengroep krijgen de groepsleden concrete oefeningen mee naar huis om hiermee aan de slag te gaan. Het 'voelen wat er te voelen valt' is in het begin nieuw en kan daarmee beangstigend zijn. Er wordt uitgebreid stilgestaan bij de

ervaringen die groepsleden gedurende de week opdoen en gewerkt aan het krijgen van vertrouwen in het kunnen hanteren van opkomende gevoelens. Groepsleden gaan ervaren dat zij niet door de emoties overspoeld worden en dat gevoelens er ook niet non-stop zijn. Zij ervaren dat emoties komen en gaan en dat na een stevige storm de wind ook weer zal gaan liggen. Zij leren hoe zij zichzelf kunnen troosten en weer comfort in hun eigen lijf kunnen vinden.

Cliënt: 'Wat ik zelf meekreeg in de groeps-gesprekken is dat ons geleerd werd om alle moeite en verdriet te leren voelen. De gevoelens zijn er. Ga ervoor zitten en luister naar wat je lijf jou te vertellen heeft. Niet onder het kleedje, niet iets gaan doen ter afleiding, maar zitten en focussen. Wat gebeurt er vanbinnen? En daar werd ik niet blij van. Ik ging, na veel oefenen, mijn verdriet, mijn rouw en mijn gemis voelen. De erkenning van mijn verdriet, mijn moeite en de herkenning bij mijn andere groepsleden hebben mij veel geholpen. Vooral het feit dat juist de dingen waar normaal weinig over wordt gesproken aangegaan worden en dat je tijdens de therapie daarmee de diepte in ging. Dat was niet altijd gemakkelijk, maar de enige weg naar herstel. De vragen die ze stelden, de verbanden die we samen zochten, het was een weg die op den duur zorgde voor balans tussen mijn verdriet, rouw en gemis en de goede dingen van mijn leven.'

Veranderende houding

De wijze waarop iemand zijn voorgeschiedenis als rem of mentale gevangenis ervaart en hoe dit aanhoudend klachten van somberte en angst kan stuwen, staat in deze fase centraal. Nu er meer inzicht is geko-

men en langdurig weggestopte gevoelens doorvoeld zijn is de vraag: 'hoe ga ik vanaf dit punt verder?' Om tot een keuze te komen wordt er uitgebreid ingezoomd op datgene wat het oude gedrag van patiënten hen oplevert, maar ook wat het oude gedrag hen kost. Wat houdt iemand tegen om echt een andere keuze te durven maken in het leven? Wat heeft iemand nodig om tot een afgewogen keuze te komen? Deze vragen worden tijdens de therapieonderdelen beantwoord. De vragen die groepsleden elkaar daarbij stellen, helpen om scherp te stellen.

Cliënt: 'Het is een traject met vallen en opstaan... Er worden geen oplossingen aangeboden, maar er wordt meegedacht en meegekeken om je de oplossing zelf te laten vinden. De oplossing zit in jezelf! Ik ben klaar met het traject en ga nu verder. Al zal ik altijd een stukje 'Zutphen' met me meenemen om alert te blijven en niet in oud gedrag te schieten. Eigenlijk kan ik iedereen aanraden om een keer deze deeltijd te volgen. Je krijgt zoveel inzichten in je gedrag! Meestal voelt het oude gedrag wat al jaren vertrouwd voor je was als een lekkere oude jas. Maar als je daarin verandert, blijkt je nieuwe jas veel fijner. En mocht je per ongeluk een keer je oude jas aan doen, wees niet te streng voor jezelf!'

Binnen de therapie is het streven dat groepsleden zich verbinden met hun verleden en de daarmee gepaard gaande pijnpunten en emoties, zonder zich er nog slachtoffer van te voelen. In het maken van deze keuze, die vooral een verandering van houding is ten opzichte van het verleden, komt er ruimte om de tijd die er nog rest in iemands leven anders te gaan invullen. Het besef komt dat de wijze waarop je als kind

te woord bent gestaan, niet de wijze hoeft te zijn waarop iemand zichzelf in het hier en nu te woord staat. Het gaat om het voeren van een mildere, meer accepterende interne dialoog. Edith Eger (2017) schrijft in haar boek *De keuze*: 'Je kunt niet veranderen wat er is gebeurd, je kunt niet veranderen wat je hebt gedaan of wat je is aangedaan. Maar je kunt kiezen hoe je nú leeft.' Groepsleden nemen tijdens de afrondende fase van hun therapieproces de tijd om deze keuze te maken. Wat neem ik mee vanuit mijn verleden en wat laat ik los? Het gaat om acceptatie van emoties als wezenlijk onderdeel van het menselijke leven, de keuze om vanaf nu meer zelf-compassie te hebben, zoeken naar manieren waarop mensen bij het opkomen van gevoelens van verdriet en pijn, ruimte kunnen maken voor deze gevoelens en tegelijkertijd troostrijk kunnen zijn naar zichzelf.

Paul Gilbert, de grondlegger van de compassiegerichte therapie (2013) beschrijft dat er onderzoek is gedaan naar de hersenen van mensen die goed onderricht waren in het uiten van zelfcompassie of goed waren in het toepassen van compassievolle cognities en fantasieën, een van de manieren die gebruikt is om vast te stellen dat compassie goed voor ons is. De gedachten, mentale voorstellingen en fantasieën die we als focus kiezen kunnen zeer sterke effecten hebben op het brein, lichaamsfuncties en ons gedrag. Gilbert (2013) laat zien dat we aardig en troostrijk naar onszelf kunnen zijn of vol kritiek, waarbij we onszelf naar beneden halen en onszelf minder voelen dan een ander. Het is van belang te leren aardig tegen onszelf te zijn en ons op een zorgzame wijze tot onszelf te leren verhouden. Door patiënten te stimuleren zichzelf hierin te

trainen, worden de gebieden in het brein die op vriendelijkheid reageren gestimuleerd en dat zal helpen met stress om te gaan en met tegenslagen.

Patiënten leren naar de totale ijsberg te kijken en niet alleen naar het puntje ervan

De beschreven inzichtgevende psychotherapeutische deeltijd is al tien jaar een onderdeel van het behandelaanbod. De groep heeft vanaf de start altijd vol gezeten en degenen die de therapie hebben gevolgd zijn vrijwel altijd content met het door hen door-gemaakte therapieproces. Patiënten zeggen zeer geregeld dat het als een luxe voor hen voelt om uitgebreid de tijd te krijgen met zichzelf aan de slag te gaan, juist in deze levensfase. De therapeuten dragen uit dat het therapieproces duurt zolang als het duurt. Het feit dat er geen tijdsdruk wordt ervaren maakt dat groepsleden in hun eigen tempo aan het werk kunnen gaan. Het helpt patiënten hun ambivalente motivatie onder ogen te zien en te onderzoeken, om vervolgens tot een gewogen keuze te komen of ze in deze levensfase echt tot verandering willen komen. Dat patiënten nu naar de totale ijsberg leren kijken en niet alleen naar het puntje ervan, draagt bij aan de positieve therapeutische ervaringen.

Naar ons weten is het in Nederland binnen de ouderenpsychiatrie niet gebruikelijk om een inzichtgevende psychotherapeutische deeltijd als behandelaanbod te hebben. Afgaand op de ervaringen die wij hebben opgedaan, lijkt het van belang om een

vergelijkbaar aanbod op meerdere plekken in Nederland te ontwikkelen. Om zicht te krijgen op de werkzame elementen van de therapie en een inschatting te kunnen maken van de kans op remissie van de klachten tijdens de inzichtgevende psychotherapeutische deeltijd, is het de wens om binnen GGNet Ouderen effectonderzoek te gaan doen. Wij streven ernaar onze klinische ervaringen wetenschappelijk te onderbouwen. Het zal hopelijk bijdragen aan het verankeren van de inzichtgevende groepspsychotherapie binnen de ouderenpsychiatrie. Een plek die het verdient.

Tot slot

Het bieden van deeltijdbehandeling aan oudere patiënten zou in de breedte meer verankerd moeten worden binnen de oude-

renpsychiatrie, ongeacht het karakter van het therapeutische milieu. Deeltijdbehandeling biedt patiënten de mogelijkheid om in groepsverband aan zichzelf te werken en stappen te zetten in het eigen proces van herstel. Onze oudere patiënten bewijzen al tien jaar lang dat psychotherapie niet te belastend en ingewikkeld is en dat jarenlang bestaande klachtenpatronen wel degelijk te veranderen zijn op hoge(re) leeftijd. Binnen de veiligheid van de groep kan er een motivatie ontstaan om juist nu, op dit punt in het leven, voor eens en voor altijd af te rekenen met oude patronen en 'monsters uit het verleden'. Het proces van waarnemen bij anderen en meekijken tijdens de groei die groepsgenoten doormaken, maakt dan niet langer bang en slaat niet langer lam, maar motiveert mensen veeleer om boven zichzelf uit te stijgen.

Sanne Lamers is gz-psycholoog, **Femke Versteegen** is klinisch psycholoog, psychotherapeut en systeemtherapeut.

Literatuur

Cornell, A.W. (2004). *De kracht van focussen. Luisteren naar je lijf kan je leven veranderen*. Haarlem: Uitgeverij de Toorts.

Eger, E. (2017). *De keuze*. Amsterdam: Lev.

Elst, A. van der (2015). Irvin Yalom: 'Onze grootsheid schuilt in het vermogen over onszelf na te denken'. *Filosofie Magazine*, 10.

Forbes, M.K., Crome, E., Sunderland, M. & Wuthrich, V.M. (2016). Perceived needs for mental health care and barriers to treatment across age groups. *Aging en Mental Health*, 3, p. 1-7.

Gielkens, E., Veerbeek, M.A., Sobczak, S. & van Alphen, S.P.J. (2016). Waarom psychotherapie bij ouderen? *GZ-psychologie*, 8, p. 12-17.

Hayes, S.C. & Strosahl, K.D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer-Verlag.

Huber, M., Vliet, M. van, Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P.C. & Knottnerus, J.A. (2015). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*, 6(1).

Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Glas, C.A.W. & Bohlmeijer, E.T. (2015). The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *Journal of Positive Psychology*, 10(6), p. 553-560.

Naarding, P. & Versteegen, F. (2018). De onvoltooide 'voltooid leven'-discussie: het onderwerp 'voltooid leven' hoort thuis in de ouderenpsychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(4), p. 272-275.

Schildkamp, F. (2020). *Ervaringen op weg naar herstel: Deeltijdbehandeling GGNet Ouderen. Masterthese Social Work*. Windesheim Zwolle.

Sivertsen, H., Bjorklof, G.H., Engedal, K., Selbaek, G. & Helvik, A.S. (2015) Depression and quality of life in older persons: a review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 40(5-6), p. 311-339.

Trompetter, H., Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Fledderus, M. & Bohlmeijer, E.T. (2017). Both positive mental health and psychopathology should be monitored in psychotherapy: Confirmation for the dual-factor model in acceptance and commitment therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 91, p. 58-63.

Voshaar, R.C., Veen, D.C. van der, Kapur, N., Hunt, I., Williams, A. & Pachana, N.A. (2015). Suicide in patients suffering from late-life anxiety disorders; a comparison with younger adults. *International Psychogeriatrics*, 27(7), p. 1197-1205.

Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

.....

Checklist Behandeldoelen

5 gebieden met elk verschillende onderdelen

1. Omgaan met symptomen

(vragen 1 t/m 27)

- Depressieve ervaringen (1,2,3,4)
- Zelfbeschadiging (5,6)
- Vrees of angst (7,8,9,10)
- Obsessieve gedachten en dwanggedrag (11,12)
- Traumatische ervaringen (13)
- Verslavend gedrag (14,15,16,17)
- Eetgedrag (18,19)
- Slaapproblemen (20)
- Seksualiteit, lichamelijke pijn en ziekte (21,22,23)
- Moeilijkheden op specifiek levensgebied (24,25,26)
- Stress (27)

Doelen

1. leren hoe ik mijn negatieve gedachten, gepieker en schuldgevoelens kan overwinnen
2. loskomen van mijn negatieve stemming, verdriet of gevoel van innerlijke leegte
3. leren hoe om te gaan met mijn stemmingswisselingen
4. weer meer daadkracht en energie krijgen.
5. leren om mijzelf niet meer lichamenlijk pijn te doen of te beschadigen (snijden, branden)
6. leren om gedachten aan zelfdoding te overwinnen of mijn wil om te leven terug te vinden
7. leren om een specifieke angst te overwinnen of er beter mee om te gaan
8. leren hoe angsten of paniekaanvallen onder controle te krijgen
9. leren hoe ik met andere mensen samen kan zijn zonder mij onzeker te gedragen (blozen, stotteren)
10. leren om dingen die ik nu uit angst vermijd weer te doen
11. leren hoe impulsen of nare gedachten die me achtervolgen beter te beheersen
12. leren hoe zichzelf herhalende, tijd verspillende zinloze gedragingen te beperken (overmatig handen wassen, schoonmaken, controleren, tellen)
13. traumatische ervaringen verwerken (bv oorlogservaringen)
14. met het gebruik van verslavende middelen stoppen (alcohol, drugs, etc.)
15. leren hoe ik kan leven zonder verslavende middelen
16. leren hoe ik het gebruik van verslavende middelen onder controle kan krijgen
17. leren hoe ik moeilijke situaties kan hanteren, zonder naar verslavende middelen te grijpen

18. mijn eetproblemen overwinnen (anorexia nervosa, boulimie en of drang tot braken)
19. leren om met mijn lichaamsgewicht om te gaan (afvallen of gewicht accepteren)
20. mijn slaapproblemen overwinnen (moeite met in slaap vallen, midden in de nacht wakker worden, te vroeg in de ochtend wakker worden)
21. seksuele moeilijkheden overwinnen
22. leren om met lichamelijke pijn om te gaan en deze pijn zo mogelijk te verminderen
23. leren om met mijn lichamelijke ziekte(n) of aandoening(en) om te gaan
24. problemen die met mijn woonsituatie te maken hebben overwinnen (een probleem oplossen of een doel met betrekking tot huisvesting nastreven)
25. concrete problemen die met mijn werk of opleiding te maken hebben overwinnen
26. leren om mijn dagelijks leven beter te organiseren
27. leren om stressvolle situaties beter te kunnen hanteren

2. Omgaan met anderen

(onderlinge relatie tussen personen) (vragen 28 t/m 43)

- Huidige relatie (28,29,30)
- Ouderschap en eigen gezin (31,32,33)
- Gezin van oorsprong (34)
- Andere relaties (35,36)
- Eenzaamheid en rouw (37,38)
- Assertiviteit en omgaan met grenzen (39,40)
- Verbondenheid en intimiteit (41,42,43)

Doelen

28. mijn relatie met mijn levenspartner verbeteren
29. mijn seksuele relatie met mijn levenspartner verbeteren
30. mijn verwachtingen en gevoelens ten opzichte van mijn levenspartner duidelijk maken of duidelijk krijgen
31. mijn rol als ouder beter vervullen
32. de relatie met mijn kind/kinderen verbeteren
33. proberen om iets aan de gehele gezinssituatie te veranderen
34. de relatie met mijn ouder(s)/ broer(s)/ zus(sen) veranderen (leren hoe ik meer van hen kan loskomen, leren om schuldgevoel of een gevoel van afhankelijkheid te overwinnen)
35. de relaties met bepaalde mensen uit mijn omgeving (privé of zakelijk) begrijpen of verbeteren
36. de breuk met mijn ex-levenspartner verwerken
37. leren om mijn tijd alleen te kunnen doorbrengen
38. de dood van iemand die mij dierbaar is verwerken

39. leren om naar anderen toe meer mijzelf te blijven en mijn grenzen beter aan te geven
40. leren om beter om te gaan met de reacties van anderen op mijn gedrag (kritiek, afwijzing, waardering)
41. leren om contact met mensen te leggen en te onderhouden (hoe ik mensen leer kennen, vriendschap opbouw etc.)
42. leren om anderen emotioneel dichterbij te laten komen en om meer vertrouwen in andere mensen te krijgen
43. toewerken naar de mogelijkheid van een nieuwe relatie

3. Verbetering welbevinden

(je lichamenlijk, geestelijk en sociaal goed voelen) (vragen 44 t/m 49)

- Beweging en activiteit (44,45)
- Ontspanning en gemoedsrust (46,47)
- Welbevinden (48,49)

Doelen

44. meer gaan sporten of andere lichamenlijke activiteiten gaan ondernemen
45. mijn vrije tijd actiever leren invullen (hobby's, culturele activiteiten, vrijwilligerswerk etc.)
46. technieken aanleren die mij helpen om me te ontspannen
47. leren om problemen en uitdagingen rustiger tegemoet te treden
48. meer optimisme en levensvreugde ontwikkelen
49. leren om mij prettig te voelen in mijn lichaam

4. Zingeving

(vragen 50 t/m 53)

- Verleden, heden en toekomst (50,51,52)
- Zingeving (53)

Doelen

50. beter leren omgaan met dingen die mij vroeger zijn overkomen
51. begrijpen wie ik ben, wat ik kan en wat ik wil
52. nieuwe toekomstperspectieven (persoonlijk, met betrekking tot beroep en opleiding) verwerven
53. vragen over de zin van mijn bestaan verhelderen

5. Herkennen en veranderen eigen gevoelens en gedrag

(zelfkennis en vermogen om te reflecteren) (vragen 54 t/m 64)

- Houding naar mijzelf (54,55)
- Behoeften en wensen (56,57,58)
- Verantwoordelijkheid, actie en controle (59,60,61,62)
- Omgang met gevoelens (63,64)

Doelen

54. meer zelfvertrouwen en zelfverzekerdheid ontwikkelen
55. mijzelf leren accepteren zoals ik ben
56. leren mijn behoeften te herkennen en uit te drukken
57. leren mijn grenzen te onderkennen en ernaar te handelen
58. leren wensen en plannen beter te verwezenlijken
59. leren om verantwoordelijkheid voor mijzelf te nemen (onafhankelijk leven, zelf besluiten nemen etc.)
60. meer zelfdiscipline en doorzetting.

Bron: Inventory of Treatment Goals. Vertaald door dr. A. Hafkenscheid (Sinai Centrum, Joodse GGZ, Amersfoort, Amstelveen), met medewerking van mevrouw drs. C.E.W. Geerse (coördinator Lerarenopleiding Voortgezet Onderwijs Duits, Hogeschool Windesheim, Zwolle). Met toestemming van Prof. Dr. M. Grosse Holtforth, Associate Professor University of Bern, d.d. 8 augustus 2014.