

Ouderenpsychiatrie, een inleiding

Tegenwoordig spreekt men liever van levensloopspsychiatrie dan van ouderenpsychiatrie, omdat de grenzen tussen de verschillende levensfasen onscherp zijn en problematiek van de ene fase door kan werken in de volgende. Met het ouder worden treden ook veranderingen op die specifiek zijn voor veroudering en waarvoor dus specifieke kennis nodig is. In deze inleiding van het themanummer zullen we de ouderenpsychiatrie in de volle breedte proberen neer te zetten, met aandacht voor de plaats van groepsbehandeling in het behandel aanbod.

Door Paul Naarding

Traditioneel wordt in de ouderenpsychiatrie onderscheid gemaakt in drie groepen. De eerste groep is een groep patiënten die al langdurig psychiatrische ontregelingen heeft gehad in het leven en nu 'oud' is geworden. Daarnaast zijn er twee groepen die pas laat in het leven voor het eerst een psychiatrische ontregeling hebben. Op latere leeftijd is er niet altijd even helder onderscheid tussen personen met een psychiatrische ontregeling die daarbij wel hersenveranderingen ('dementie', tegenwoordig 'een neurocognitieve stoornis') hebben en personen bij wie dat (nog) niet het geval is. De laatsten hebben dan wat heet een functionele psychische stoornis met aanvang op latere leeftijd ('late-onset psychische stoornissen').

Het zijn vooral die veranderingen die voor het eerst optreden op latere leeftijd die tot het domein van de ouderenpsychiatrie horen; de groep patiënten die een levenslange kwetsbaarheid heeft en nu ouder is geworden, is meestal al ingebed in zorg elders. De leeftijdsgrens is daarbij onscherp, maar gewoonlijk wordt ongeveer 65 jaar aangehouden als de overgang naar de ouderdom; verder zijn er boven de 65 jaar tegenwoordig twee generaties te onderscheiden, de jonge ouderen, van 65-75 à 80 en de oudere ouderen, van tachtig en ouder. Men moet zich realiseren dat dit inderdaad over twee generaties gaat. De zogenoemde derde levensfase start na het

stoppen met werken en wordt gekenmerkt door verlies of verandering in sociale rollen; de vierde levensfase begint later en hierbij staat verandering en verlies van gezondheid en onafhankelijkheid centraal.

Mentale gezondheid is een belangrijke factor van oud worden op een goede manier

De reden van een psychische ontregeling op latere leeftijd kan dus gelegen zijn in veranderingen die veroudering met zich meebrengt. Vrijwel iedereen krijgt daar vroeg of laat mee te maken. De leeftijd waarop dat gebeurt is variabel; soms al vanaf het vijftigste levensjaar of nog eerder, meestal rond de 65 jaar en aan het andere uiterste pas na het tachtigste jaar. Het kan gaan om veranderingen in de gezondheid, in het bijzonder in afname van het geheugen en andere hersenfuncties, maar ook om zaken als stoppen met werken, het overlijden van belangrijke anderen of het niet meer kunnen uitoefenen van hobby's.

Het omgaan met dit soort veranderingen is voor ieder mens verschillend. De een gaat dit ogenschijnlijk vrij makkelijk af, voor de ander leidt dit tot grote problemen in het dagelijks functioneren. Sommigen krijgen er zelfs ernstige psychische klachten van, in de zin van verstoringen in emoties en gedrag. Welke invloed dit soort veranderingen op iemand heeft, hangt van een aantal factoren af. Het gaat dan niet alleen over wat iemand

op dat moment nog aan vaardigheden heeft en welke steun er nog is, maar ook over hoe van jongs af aan geleerd is met veranderingen om te gaan. Hier komt bij dat in de jeugd doorgemaakte trauma's die onbehandeld zijn de persoonlijkheidsontwikkeling kunnen beïnvloeden en juist op latere leeftijd veel klachten kunnen geven. Anders gezegd, de mate waarin men met veranderingen op latere leeftijd overweg kan, is sterk bepaald door in aanleg aanwezige kracht en kwetsbaarheid van de persoon. Al met al kan dit voor mensen op latere leeftijd tot zeer complexe uitdagingen leiden, die niet ongewoon zijn, maar die wel moeten worden aangegaan om op een zo plezierig mogelijke manier oud te kunnen worden. Bij 'gezond oud worden' (*succesfull ageing*), lag de nadruk altijd nogal op de somatische aspecten van veroudering. Steeds meer wordt duidelijk dat de mentale gezondheid een minstens zo'n belangrijke factor is om op een goede manier ('gezond') oud te worden.

Gespecialiseerde zorg

De zorgverleners in de ouderenpsychiatrie staan vaak voor een complexe uitdaging. Voor een gespecialiseerde afdeling voor ouderenpsychiatrie is het van belang om samen met de patiënt te kijken naar de klachten op somatisch, psychisch en maatschappelijk vlak in het licht van de levensloop. De meest voorkomende redenen voor verwijzing naar de gespecialiseerde ggz voor ouderen zijn klachten van somberheid, lusteloosheid, verdriet of angst. Er zijn vaak zorgen omtrent de 'aftakeling'. Soms willen patiënten zelfs niet meer verder met hun leven, omdat het hun ontbreekt aan

perspectief. In dat licht is de term 'voltooid leven' tegenwoordig in zwang, maar niet zelden gaan daar ook ontevredenheid, gevoelens van eenzaamheid of uitzichtloosheid achter schuil.

In de gespecialiseerde teams werken veel verschillende specialisten. Er is natuurlijk kennis van de psychiatrie zelf, maar er moet ook veel kennis zijn over veroudering, over lichamelijke ziekte en handicaps en over medicatie (zowel psychiatrische als algemene medicatie) en wat deze medicatie wel en niet voor de patiënt kan betekenen. Tevens zijn er professionals die gespecialiseerd zijn in psychotherapie, individueel, in een groep of samen met een partner of belangrijke anderen. Ook zijn er professionals die de thuissituatie van de patiënt goed kunnen beoordelen en kunnen kijken wat nodig is om zo goed mogelijk te kunnen blijven functioneren. Vanuit de lichamelijke en psychische tekorten kan het nodig zijn om extra hulp en ondersteuning te organiseren thuis, of is soms een indicatie voor wonen in een beschermende omgeving nodig. Het samengaan van lichamelijke en psychische problemen kan elkaar in stand houden, zeker als de hulp en zorg in de thuissituatie ontoereikend is. Dan bestaat 'therapie' dus nogal eens uit het organiseren van meer hulp en zorg.

Visie

Het streven is om al deze kennis bij elkaar te brengen en in het licht van het persoonlijke levensverhaal te komen tot een behandeling waarbij niet alleen gestreefd wordt naar symptoomreductie, ook omdat dit niet altijd 100% waar te maken is. Zingeving en welbevinden krijgen een belangrijke plek. Voor

iedereen is het doel een zo groot mogelijke autonomie en grip op het leven te krijgen, om mee te kunnen blijven doen in de maatschappij. Het sluit daarmee aan bij een algemene visie op zorg, namelijk die van Positieve Gezondheid (Huber et al., 2011). Dit staat voor 'een behandeling waarbij de focus ligt op het bevorderen van een door de patiënt zelf vastgestelde vorm van welbevinden, daarbij maximaal gebruikmakend van de eigen kracht van de patiënt en zijn omgeving. Klachten en beperkingen die bij dit doel in de weg staan, dienen met hulp en behandeling zoveel mogelijk verminderd of, als dit niet kan, geaccepteerd te worden. Gezondheid is hierbij niet het ontbreken van ziekte, of een toestand van compleet welbevinden, want dat is doorgaans niet realistisch. De patiënt wordt maximaal betrokken bij de behandeling, en is waar mogelijk zelf regisseur van het proces. Kennis van de eigen levensloop is hierbij belangrijk. Thema's zijn optimaal lichamenlijk en geestelijk functioneren, kwaliteit van leven, zelfcompassie, maatschappelijke participatie, en spiritualiteit.'

Vignette 1

Meneer X is een 67-jarige man die langdurig voor zijn partner heeft gezorgd. Zij was meerdere jaren ernstig ziek. Nu vier maanden geleden is zij helaas overleden. Hij kwam daarna niet goed meer op gang, is langzaam steeds inactiever geworden. Hij is daarbij ook angstig en soms in paniek en niet meer goed in staat zichzelf goed te verzorgen en zijn dagelijkse dingen te doen. Ook zijn administratie is een chaos. Na een bezoek aan de huisarts werd al gestart met paroxetine, maar de klachten worden steeds erger. De huisarts deed lichamenlijk onderzoek, maar behoudens een wat

verhoogde bloeddruk en licht overgewicht zijn er geen bijzonderheden gevonden. Hij gebruikt alleen een tablet tegen de hoge bloeddruk, naast de paroxetine. De cognitieve functies zijn in de diagnostiekfase getest en lijken prima. Patiënt was in zijn werkzame leven boekhouder en heeft lange tijd bij de belastingdienst gewerkt. Hij heeft een zoon en twee dochters, met wie hij een goede relatie heeft, maar die hij weinig ziet omdat ze ver weg wonen. De diagnose is gesteld op 'depressieve stoornis, eerste episode'. Hij krijgt medicatie conform depressieprotocol en via een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige wordt ondersteuning geboden die gericht is op zelfmanagement, en het ontwikkelen signaleringsplan. Psychotherapeutisch moet nog een keuze gemaakt worden tussen een individuele behandeling (IPT/CGT) of een groepsaanbod, in deeltijd, gericht op adaptatie.

Groepsgericht dagprogramma

Vanuit bovenstaande visie is het helder dat voor de behandeling, begeleiding en steun voor specialistische psychiatrische ouderen-problematiek een geïntegreerd behandelplan nodig is waarin het ook gaat om het leren omgaan met jezelf in de huidige situatie, in deze nieuwe levensfase, met de specifieke uitdagingen die daarbij horen en met aandacht voor zowel de kwetsbare als de sterke kanten.

In het algemeen is er nog steeds betrekkelijk weinig onderzoek naar en ervaring met psychotherapie bij ouderen. In de tekstboeken wordt vaak opgemerkt dat je met het oog op sommige kenmerken van de oudere patiënt aanpassingen in de therapie zult moeten doen. Dan gaat het vaak over meer herhalingen vanwege geheugenproblemen,

langzamer werken, kortere sessies in verband met vermoeibaarheid en luider spreken vanwege gehoorproblemen. Maar binnen de groep ouderen bestaan grote verschillen: jongere ouderen (leeftijd 65-70 jaar) komen vanuit een andere generatie dan de groep oude ouderen (80+). Binnen deze laatste groep nemen de ernstige problemen met de gezondheid, zowel fysiek als qua cognitieve functies en de afname van de zintuigen nogal eens de overhand, hoewel er ook uitzonderingen zijn. In de jongere groep is daarentegen een tamelijk grote groep overwegend lichamelijk en cognitief in goede conditie en zijn er dus veel meer mogelijkheden.

Het aanbod in het curatieve deel bestaat in deze groep ook uit 'gewoon' individuele CGT, IPT, EMDR en andere, relatief kortdurende behandelingen. Er is dan geen groot verschil met vergelijkbare behandelingen bij jongere volwassenen, ook niet qua indicatie.

In de oudere groep komt het steeds meer op maatwerk aan, maar zelfs in het verpleeghuis is soms individuele psychotherapie met oog op rouw of somberheid mogelijk, soms ook indirect, via gedragstherapeutische instructies aan een verzorgend team.

In de groep die meer en meer zorgafhankelijk wordt, is het soms ook nodig om een groepsgericht dagprogramma aan te bieden; hoewel het therapeutische deel hierin soms beperkt blijft tot structuur en steun, en voor een deel ook dagbesteding, is hiervoor zeker bij de complexe groep ouderen die daarbij ook gedragsproblemen laat zien een goed opgeleid professioneel team nodig. Dit gaat om een groep patiënten die zich ook niet altijd goed laat mengen met 'gewone' ouderen (al is het verschil niet zo groot als menigeen denkt).

Vignet 2

Mevrouw Y is een 78-jarige vrouw die in het verleden een psychotische episode doormaakte. Dat is echter lang geleden (ongeveer 25-30 jaar) en zij heeft daarna haar leven op een rustige en 'normale' manier kunnen leiden. Nu zijn er sinds een aantal jaren ernstige gedragsveranderingen die vooral haar partner opvallen en hinderen. Het gaat om apathie, decorumverlies en er zijn ook hernieuwde psychotische verschijnselen die aan de episode van vroeger doen denken. De verzorging van zichzelf en van haar omgeving laat te wensen over en ze doet overdag vrijwel niets, wil er niet op uit en er zijn nauwelijks nog sociale contacten. Partner kan de zorg niet aan, bij patiënte zelf ontbreekt het aan enig ziektebesef. Zij vraagt geen hulp of zorg. Opname vindt plaats in een gedwongen kader met zorgmachtiging. Stabilisatie vindt plaats met medicatie en het bieden van dagstructuur. Nader onderzoek leert dat er lichte cognitieve achteruitgang is waardoor het eigen overzicht en haar mogelijkheid tot planning van het dagelijkse leven verminderd is en ook het risico op terugval in psychotisch denken groter is. Zij stroomt uit naar gespecialiseerde dagopvang, met dagactiviteiten maar ook aandacht voor zelfmanagement met behulp van een signaleringsplan waar ook de partner bij betrokken wordt.

Specialistische psychotherapie

Welke plek heeft specialistische psychotherapie voor ouderen dan? Dit is een relatief onontgonnen gebied, maar het wint snel aan terrein. In Nederland zijn nu meerdere centra die zich bezighouden met persoonlijkheidsproblematiek bij ouderen. Behandeling voor persoonlijkheidsproble-

matiek bij jongere volwassenen is er al heel lang, meestal voor zeer jonge volwassenen en adolescenten, en dan met de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis. Lang is gedacht dat dergelijke problematiek in de loop van het leven zou uitdoven, of in ieder geval dat het tot een mindere last zou leiden, zowel op individueel niveau als op maatschappelijk niveau.

Het is een uitdaging om in de maatschappij bekendheid te geven aan de mogelijkheden

Steeds meer wordt nu helder dat met de overgang naar een andere levensfase het evenwicht danig verstoord kan worden. Uitlokkend daarbij is meestal ziekte, verlies van een partner of andere belangrijke mensen en stoppen met werken. De presentatie in de psychiatrie is er meestal met een affectieve ontregeling, doorgaans somberheid en/of angst. Maar onderliggend kan dus een kwetsbaarheid vanuit de (vroeg) jeugd schuilgaan. Dit wordt meestal zichtbaar doordat iemand slecht reageert op behandeling, snel weer terugvalt of doordat er zaken van vroeger in deze crisis bloot komen te liggen en niet meer te vermijden zijn. Het is de uitdaging voor de ouderenpsychiatrie in de komende jaren om hier goede behandelingen voor te ontwikkelen en die te toetsen op effectiviteit. Juist bij de jongere groep zal dit aanbod prima in een groeps-psychotherapeutisch milieu kunnen plaatsvinden. Het is een uitdaging in de bredere zin voor alle medewerkers in deze sector om

in de maatschappij bekendheid te geven aan deze mogelijkheden. Naast de mensen die zich nu wel melden voor hulp, zijn er hoogstwaarschijnlijk nog tallozen die van deze hulp verstoken blijven. Enerzijds omdat ze zelf denken dat het erbij hoort, of dat er niets aan te doen is, maar ook omdat er zowel bij professionals als in het algemeen

in de maatschappij een fenomeen is dat met een Engelse term 'ageisme' genoemd wordt: een stereotype manier om naar ouderdom kijken, doorspekt met vooroordelen over aftakeling, doodgaan en onmogelijkheden en in die zin nogal in strijd met de positieve gezondheidsfilosofie.

Paul Naarding is ouderenpsychiater en werkt bij het GGNet Expertisecentrum Ouderen.

Literatuur

.....
Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Meer, J.W.M. van der, Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. van & Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343.
.....