

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 (Tsamakis 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

.....

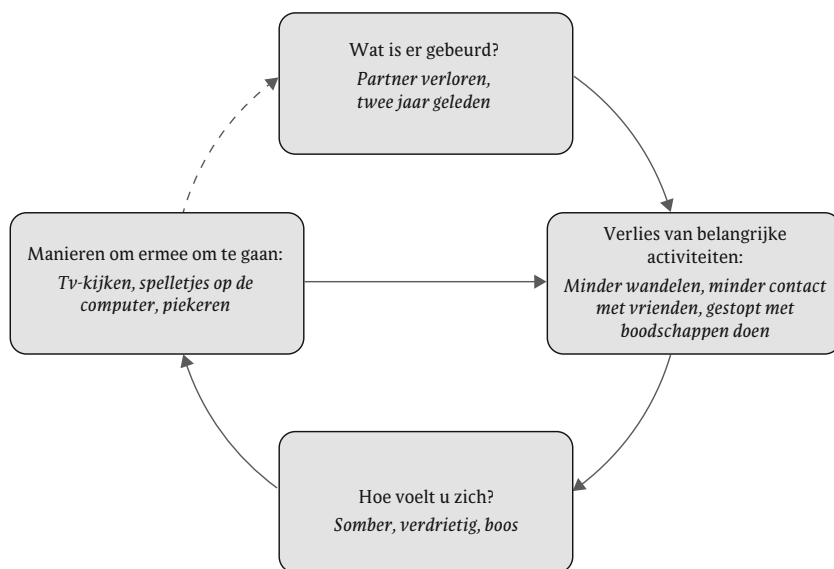
Depressie vermindert het vermogen om in te schatten of een activiteit belonend zal zijn (Dichter et al., 2009). Depressieve patiënten vermijden daardoor vaak potentieel plezierige activiteiten. GA is erop gestoeld om de patiënt de relatie tussen *voelen* en *doen* te laten ervaren, herkennen en inzetten. 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?

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 maandelijks 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 ageïsm 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 spv'er 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 Eerstelijngeneeskunde, 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 Eerstelijngeneeskunde 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.
- Brujniks, S. J., Lemmens, L. H., Hollon, S. D., Peeters, F. P., Cuijpers, P., Arntz, A., Dingenanse, 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 metaregression 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., Delgado, 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., Hincliff, 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.