

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

.....

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 verschilde 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 bloedverdunners 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 leeftijdsgerelateerde 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 – irreeël 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 irreele 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-helpele 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-

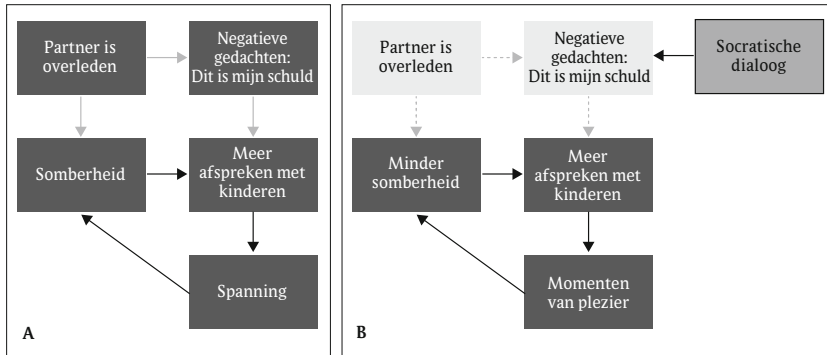
spreken. Beide kinderen zijn zeer geraakt dat hun moeder zo lang onder haar irreële overtuiging gebukt is gegaan. Ze geven aan dat moeder volgens hen geen schuld heeft aan het overlijden van vader, maar dat het noodlot hem getroffen heeft. Hierdoor kan de vrouw weer makkelijker met haar kinderen afspreken.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

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 somberheid 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). Gedegen 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 post-doc-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! *Gedrags therapie*, 54, 241-253.
- Jeuring, 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.
- Jeuring, 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/b0822cf7-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., Huson, 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>