

Klinische ouderenpsychologie: verleden, heden en toekomst

Luc Van de Ven, Lies Van Assche

| TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2020, 50(3), 190-200 |

*Teder en jong, als werd het voorjaar
maar lichter nog, want zonder vruchtbegin,
met dunne mist tussen de gele blaren
zet stil het herfstgetijde in.
(Vasalis, 1947, p. 43)*

Inleiding

De klinische ouderenpsychologie is een vakgebied in volle ontwikkeling, jong en oud tegelijkertijd. In deze bijdrage presenteren we eerst een kort historisch overzicht van de inspanningen die klinisch psychologen hebben geleverd in de geestelijke gezondheidszorg voor senioren en vervolgens staan we stil bij de diverse uitdagingen voor de toekomst.

Een korte geschiedenis: de vorige eeuw

Men kan gerust stellen dat de klinische ouderenpsychologie in Vlaanderen – in vergelijking met de omliggende landen – met enige vertraging uit de startblokken is geschoten. Tot in de zeventiger en tachtiger jaren van de vorige eeuw waren de weinige psychologen die werkten met senioren verbonden aan een psychiatrisch ziekenhuis, waar zij vooral werden ingezet op de zogenaamde chronische afdelingen. De patiënten waren ouderen die reeds decennialang binnen de muren van het ziekenhuis verbleven; soms werd zo'n afdeling de 'infirmierie' genoemd, verwijzend naar de vele lichamelijke zorgen die deze 'zieken' nodig hadden. Tot die tijd bestond er overigens nergens een opnameafdeling specifiek voor ouderen. Buiten het psychiatrisch ziekenhuis was de betrokkenheid van (klinisch) psychologen bij de zorg voor senioren zo mogelijk nog beperkter: het waren uitzonderingen die in de context van een centrum geestelijke gezondheidszorg (cgg), in een woonzorgcentrum (in die tijd nog 'home' genoemd) of in de thuiszorg enige activiteit met senioren

ontwikkelden. Ambulante hulp was bovendien zo goed als onbestaande. In het Verenigd Koninkrijk en in Nederland waren in deze domeinen al veel eerder stappen gezet. Zo kon bij onze noorderburen elk verzorgingstehuis beroep doen op de psycholoog en veel instellingen hadden zo'n functionaris in dienst.

De gegeven omstandigheden bepaalden uiteraard ook de aard van de activiteiten die deze ouderenpsychologen ontwikkelden. In eerste instantie ging het om het begeleiden van teams van verpleegkundigen en hulpverpleegkundigen (van zorgkundigen was toen nog geen sprake) in een poging de kwaliteit van de begeleiding van de patiënten te verhogen. Maar stilaan werden er ook andere activiteiten ontwikkeld en werd de inbreng van de klinisch ouderenpsycholoog breder. Deze evolutie werd 'uitgelokt' door twee fenomenen.

Op de eerste plaats was er de demografische evolutie en de verwachtingen op dit gebied. Onder andere door de verbetering van de leefomstandigheden, de hygiëne en de ontwikkeling van de geneeskunde was de vergrijzing in volle opmars en was er de voorspelling van de zogenaamde 'dubbele vergrijzing' of verzilvering – een toename van het aantal *hoogbejaarden*. Op zich goed nieuws, maar er was ook een minder fraaie kant: het besef groeide dat ouderdomsziekten en meer bepaald dementie, zeker als men het toenemend aantal getroffen in ogenschouw nam, een immense uitdaging zouden vormen. Dit had directe gevolgen voor het werk van psychologen. Zo werd het *klinisch neuropsychologisch onderzoek* voor velen een belangrijke taak. Naast follow-up van de cognitieve toestand van de reeds als dement gediagnosticeerde patiënt, werd vroegdetectie – het onderscheid tussen een normale veroudering en een 'beperkt organisch psychosyndroom' – een belangrijke uitdaging. Uit die tijd stamt overigens de eerste versie van de Vlaamse Dementie Batterij, die werd ontwikkeld in een poging om de zogenaamde 'organiciteitstesten' aan te passen aan de oudere populatie (Werkgroep Klinische Ouderenpsychologie, 1989). Voorheen werd immers meestal een beroep gedaan op het klassiek instrumentarium, bijvoorbeeld een intelligentietest, zoals de WAIS.

Daarnaast kwamen gedurende de laatste decennia van de vorige eeuw ook andere activiteiten, zoals psychotherapie voor ouderen, in toenemende mate in de belangstelling te staan. De opvattingen omtrent de mogelijkheid tot en het rendement van psychotherapie bij ouderen gingen lange tijd gebukt onder het pessimisme van Freud. Hij vond dat psychotherapie bij deze mensen van weinig nut was: in de eerste plaats, omdat boven de vijftig de soepelheid van de mentale processen afneemt; in de tweede plaats, omdat men op deze leeftijd zoveel materiaal moet verwerken dat de therapie te veel tijd in beslag zou nemen; en ten slotte was hij de mening toegedaan dat men dan een leeftijd bereikt waarbij aan psychische gezondheid niet langer een groot belang wordt gehecht (Freud, 1952). Maar dit pessimisme maakte gaandeweg plaats voor een visie dat ook voor ouderen een psy-

chotherapeutische interventie werkzaam kan zijn. In eerste instantie ging het dan om de behandeling van mensen met een gecompliceerde rouw, om de psychotherapeutische begeleiding van partners van personen met dementie en om familietherapeutische interventies met families die onder de zorg van een zwaar hulpbehoevende oudere gebukt gingen.

In hetzelfde tijdsgewricht worden de eerste ouderenpsychologen ingezet op de afdelingen geriatrie van algemene ziekenhuizen, in eerste instantie vanuit de diensten psychiatrie, de zogenaamde liaisonpsychiatrie.

En hoewel het wetenschappelijk onderzoek naar klinisch psychologische thema's in de ouderenzorg nog beperkt was, zien we wel een toenemend aantal studies in de algemene gerontopsychologie. In Vlaanderen speelde professor Alfons Marcoen op dit vlak een voortrekkersrol. Hij verkende verschillende aspecten van 'succesvol' ouder worden bij jongsenioren en hoogbejaarden, waarbij het denkkader van een 'deficitmodel' – ouder worden als het passief ondergaan van verlies – evolueerde naar een model waarbij verouderen beschreven wordt als een constructief proces dat zich voltrekt op het sociale, lichamelijke en cognitieve vlak (Marcoen, 2015). In Nijmegen was het professor Joep Munnichs die pionierswerk verrichtte in het onderzoek naar de levensloopspsychologie, meer specifiek betreffende de psychologie van het ouder worden en de confrontatie met de eigen eindigheid (bijvoorbeeld: Munnichs, Kwant, & Thung, 1965).

De recente geschiedenis: de eenentwintigste eeuw

Rond de eeuwwisseling schakelt de klinische ouderenpsychologie een versnelling hoger. Zo neemt het aantal klinisch psychologen dat op dit terrein werkzaam is sterk toe. Ter illustratie: vandaag maken zestig leden deel uit van de Werkgroep Klinische Ouderenpsychologie (sinds 2019: de divisie ouderenpsychologie binnen de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen). De divisie verdiept zich via intervisie in een aantal inhoudelijke thema's die verband houden met ouderenpsychologie en brengt het vak klinische ouderenpsychologie onder de aandacht van het bredere publiek van hulpverleners in Vlaanderen.

Op de werkvloer betekent dit onder andere dat in veel cgg's stevige ouderenteams worden uitgebouwd. Meerdere woonzorgcentra doen beroep op externe ouderenpsychologen voor de begeleiding van hun bewoners, bijvoorbeeld als het gaat om bemoeilijkte rouw; sommige instellingen vinden zelfs de middelen om een psycholoog deeltijds aan te stellen. Ook de geheugenklinieken doen in toenemende mate beroep op klinisch psychologen, voornamelijk voor het neuropsychologisch onderzoek. Binnen de psychiatrische ziekenhuizen ontstaan opnameafdelingen specifiek voor ouderen en ook de dagbehandeling wordt uit-

gebouwd. Deze laatste is ofwel psychotherapeutisch georiënteerd, ofwel veeleer gericht op revalidatie, bijvoorbeeld bij senioren met een milde cognitieve beperking (mild cognitive impairment [MCI]; Petersen, 2004). In het kader van de psychiatrische hulpverlening vervullen veel klinisch psychologen een belangrijke rol in de diagnostiek en behandeling. Daarnaast zien we een algemene toename van het aantal consulten. Zonder enige twijfel heeft dit te maken met de grotere bekendheid van psychotherapie bij deze leeftijdsgroep én een maatschappelijke context waarbinnen psychische kwetsbaarheid meer en meer uit de taboesfeer raakt (zie onder andere: 'Te Gek' en andere acties in de media). Waar voorheen senioren naar de psychotherapeut gingen 'omdat ze van de huisarts moesten', zien we vandaag dat meerdere ouderen zelf deze stap zetten. En ook op de afdelingen geriatrie neemt de aanwezigheid van klinisch psychologen toe, waarbij men helaas wel moet vaststellen dat op sommige plaatsen hun inbreng beperkt wordt tot het afnemen van screeningsinstrumenten, zoals de Mini Mental State Examination (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) voor het inschatten van de cognitieve mogelijkheden, of de Geriatric Depression Scale (Yesavage et al., 1983) voor een screening van de stemming.

Parallel hieraan zien we een groeiend aantal studenten dat expliciet kiest stage te lopen in een setting waar met senioren gewerkt wordt en daarmee samenhangend een groter aantal specifiek op ouderen gerichte stageplaatsen.

Maar ook de inhoud van het werk evolueert. Zo merken we dat binnen de psychotherapie de diversiteit aan werkvormen toeneemt, deels geïnspireerd op onderzoekswerk van de collega's ouderenpsychologen in het Verenigd Koninkrijk en Nederland. Bijvoorbeeld partnerrelatietherapie (Van Assche, 2015) waarbij ook relatief nieuwe thema's aan bod komen, zoals seksualiteit (in al zijn vormen), echtscheiding op hogere leeftijd en ouderenmishandeling. Ook binnen de familietherapie worden de thema's veel breder dan de oorspronkelijke vragen rond de praktische invulling van zorg. Zo wordt 'finishing well', de zoektocht naar verzoening, vaak een centraal thema (Hargrave & Anderson, 1997). In de individuele psychotherapie ziet men dan weer een toegenomen aandacht voor de 'verwerking' van problemen, zelfs van traumata uit een ver verleden, door middel van systematisch reminisceren en 'life review'. En ook de toepassing van nieuwere therapievormen bij senioren wordt nader onderzocht, zoals de Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR; Vink & Soeteman, 2017). Verder zij nog vermeld dat de diverse therapeutische stromingen in hun opleidingsprogramma 'werken met ouderen' – zij het vaak nog in beperkte mate – hebben opgenomen. En ondanks dat de nood aan meer opleidingen voor klinisch ouderenpsychologen groot blijft (zie infra), moet gezegd worden dat sommige faculteiten psychologie ook inspanningen doen om de klinische ouderenpsychologie op de kaart te zetten door in het curriculum een aantal aspecten van deze specialiteit aan bod te laten komen.

En ook de psychodiagnostiek evolueert, met uiteraard nog steeds een ruime plaats voor het klinisch neuropsychologisch onderzoek. Zo werd de Vlaamse Dementie Batterij verder verfijnd, wat leidde tot de COgnitieve TESTbatterij voor Senioren (COTESS; Werkgroep Klinische Ouderenpsychologie, 2011). Waar in de vorige eeuw de belangrijkste vraag was of er al dan niet (en in welke mate) een organisch psychosyndroom aanwezig was, wordt nu ook nagegaan of de verkregen resultaten compatibel zijn met een welbepaalde neurologische of psychiatrische etiologie. Bovendien worden in het kader van deze differentiaal-diagnostiek in toenemende mate nieuwe domeinen onderzocht, zoals de sociale cognitie en/of de mentalisatie bij veroudering. Een van de belangrijke vragen is of het aanvoelen van intenties, gedachten en emoties bij anderen achteruitgaat met de leeftijd en of dit geassocieerd kan worden met bepaalde neurodegeneratieve of psychiatrische ziektebeelden. Een recente review concludeert dat de sociale cognitie met de leeftijd inderdaad minder goed verloopt, tenminste wanneer die gemeten wordt aan de hand van een aantal vaak gebruikte en internationaal gevalideerde taken die evenzeer een beroep doen op executieve functies zoals het werkgeheugen (Reiter, Kanske, Eppinger & Li, 2017). Daarnaast blijkt dat er bij bepaalde ziektebeelden, zoals een gedragsvariant van een frontotemporale degeneratie (FTD), meer uitgesproken uitval optreedt met betrekking tot het aanvoelen van emoties, gedachten of intenties bij anderen. Tegelijkertijd is er een verminderde sensitiviteit voor wat gepast is in sociale situaties. Dit zorgt voor veranderingen in het gedrag die vaak zichtbaar zijn lang voordat andere cognitieve functies een achteruitgang vertonen. Zo kan een beginnende dementie door familie en hulpverlener ten onrechte beschouwd worden als een psychisch probleem, een zogenaamde midlifecrisis. Bijzonder interessant is ook de differentiaaldiagnose van een beginnende FTD en een ontwikkelingsproblematiek, zoals een autismespectrumstoornis (zie bijvoorbeeld: Videler, Delescen, & Ouwens, 2018), die bij veel ouderen als dusdanig nog niet gediagnosticeerd werd, maar mogelijk wel al gedurende de hele levensloop aanwezig was met moeilijkheden in sociaal contact tot gevolg. Deze moeilijkheden worden nu, naar aanleiding van de veroudering van de hersenen, verder geaccentueerd en dit leidt tot een verloop van symptomen gelijkaardig aan datgene wat ook een gedragsvariant van FTD typeert.

Daarnaast worden ook in de domeinen van de stemming en de persoonlijkheid(sstoornissen) instrumenten ontwikkeld die aan ouderen aangepast zijn (Rossi, Van den Broeck, Dierckx, Segal, & Van Alphen, 2014; Van Alphen, Rossi, Dierckx, & Oude Voshaar, 2014). Van belang hierbij is het begrip *heterotypische continuïteit*, wat inhoudt dat bepaalde persoonlijkheidskenmerken weliswaar stabiel blijven gedurende de levensloop, maar dat de vorm waarin ze tot uiting komen – met andere woorden het concrete gedrag van de persoon – kan verschillen afhankelijk van de levensfase. Zo zal het wellicht minder vaak voorkomen dat een tachtigjarige met antisociale persoonlijkheidskenmerken openlijk agressief is in de vorm van een gevecht, terwijl dit vaker kan voorkomen bij een jongvolwassene

met dezelfde persoonlijkheidskenmerken. De inhoud van items in een persoonlijkheidsvragenlijst, een interview of een heteroanamnestische vragenlijst dient hierop afgestemd te worden. Ook is het belangrijk items bondig te formuleren, zodat de werkgeheugencapaciteit zo weinig mogelijk belast wordt. En vragenlijsten zijn bij voorkeur niet te lang, zodat de invloed van vermoeidheid bij langdurige inspanningen en concentratie beperkt wordt (Van Alphen et al., 2010).

Deze recente ontwikkelingen worden in toenemende mate ondersteund door wetenschappelijk onderzoek. Waar in de vorige eeuw de research binnen de klinische ouderenspsychologie zich voornamelijk toespitste op de problematiek van dementie, zien we de laatste decennia tal van onderzoeken omtrent andere problematieken, zoals persoonlijkheidsstoornissen (Van Alphen et al., 2014), suïcide (Bonnewyn, Shah, Bruffaerts, & Demyttenaere, 2017), trauma (Van Assche, Van de Ven, Vandenbulcke, & Luyten, 2019), psychose (Van Assche, Morrens, Luyten, Van de Ven, & Vandenbulcke, 2017), veranderingen in emotieregulatie bij typische veroudering (bijvoorbeeld: Demeyer & De Raedt, 2015) en diverse onderzoeken omtrent de effectiviteit van verschillende therapeutische benaderingen, waaronder schematherapie en EMDR (bijvoorbeeld: Videler, Rossi, Schoevaars, Van der Feltz-Cornelis, & Van Alphen, 2014; Videler et al., 2018; Vink & Soeteman, 2017).

Uitdagingen

Dat de klinische ouderenspsychologie een relatief jonge discipline is, heeft onherroepelijk tot gevolg dat er nog tal van uitdagingen zijn zowel op het vlak van de inhoudelijke competenties en de opleiding als waar het de toepassing in alle domeinen van de professionele ouderenzorg betreft.

Wetenschappelijk onderzoek ter verfijning van de basiscompetenties

Het op punt stellen en moderniseren van het *algemeen psychodiagnostisch instrumentarium* en het *klinisch neuropsychologisch onderzoek* vergt nog het nodige werk. Zo is er nog (te) veel aandacht voor cognitieve veranderingen bij een beginnende neurodegeneratieve aandoening en zou een systematischere screening van gedragsveranderingen zinvol kunnen zijn. In de internationale literatuur wordt gesproken over een milde gedragsverandering (mild behavioral impairment [MBI]), parallel aan het bekende MCI. Een samenwerking tussen onderzoekers uit verschillende landen resulteerde reeds in een screeningsvragenlijst om dergelijke subtiele veranderingen in gedrag te detecteren: de MBI-checklist (Ismail et al., 2017).

Daarnaast verdient ook de *familiale diagnostiek* de nodige aandacht, met onder andere een deskundige verkenning van de familiale geschiedenis, de interacties, de balans van ‘geven en nemen’, wederzijdse verwachtingen, het omgaan met macht of de filiale en parentale maturiteit. Deze familiale diagnostiek gebeurt door middel van een deskundig gevoerd familiegesprek, maar kan zeker worden aangevuld met specifiek voor ouderen en hun familieleden ontworpen vragenlijsten.

Ook de *psychotherapeutische interventies* dienen verder te worden verfijnd en aangepast aan de behoeften van senioren. Bij de verschillende therapeutische richtingen worden pogingen ondernomen – zij het vaak veeleer aarzelend – om hieraan tegemoet te komen, zoals binnen de gedragstherapie waar toepassingsmogelijkheden van Acceptance and Commitment Therapy bij ouderen worden uitgewerkt (zie bijvoorbeeld: Roberts & Sedley, 2016).

In al deze domeinen is er zonder twijfel een grote behoefte aan meer wetenschappelijk onderzoek.

Specifieke opleiding tot klinisch ouderenpsycholoog

Voor elke professionele discipline geldt dat men ter voorbereiding op het werken met ouderen een specifieke opleiding heeft gevolgd. Hiervoor zijn tal van argumenten aan te dragen. Zo is er het gevaar van de automatisch optredende vooroordelen. Er wordt bijvoorbeeld nog al te vaak gedacht dat depressieve symptomen of tekenen van gecompliceerde rouw normale ouderdomsverschijnselen zijn die dus geen behandeling behoeven. Daarnaast vergt het een geoefend oog en oor om hypothesen te formuleren omtrent een geheugenklacht: past die veeleer binnen de normale ouderdomsvergeetachtigheid, of is dit te interpreteren als een symptoom van een MCI, of eerder al een teken van beginnende dementie? Ook de omgangskunde vormt een hele uitdaging. Zo blijkt een respectvolle communicatie met ouderen niet vanzelfsprekend: kijk maar hoe vaak er met hen infantiliserend wordt omgegaan; en in het geval van de jongere hulpverlener en de oudere patiënt krijgt de ‘overdracht-tegenoverdracht’ een heel eigen invulling.

Wat de psychologen betreft, moeten de faculteiten dringend werk maken van een *aparte afstudeerrichting Klinische Ouderenpsychologie*. Enerzijds omdat dit toekomstige hulpverleners bewustmaakt van een grote groep potentiële cliënten die de komende decennia nog zal groeien en hen stimuleert om zich hierin te verdiepen. Uiteraard moet er een intrinsieke motivatie zijn om met deze doelgroep te werken. Deze interesse en motivatie kunnen echter geprikkeld worden door studenten zo vroeg mogelijk in hun curriculum te confronteren met klinisch gerontologische thema’s en uitdagingen. Anderzijds zal een aparte afstudeerrichting het ontwikkelen van de noodzakelijke kennis en kunde bij geïn-

teresseerde psychologen in spe aanscherpen. Werken met oudere patiënten is inderdaad een vak apart, waarbij – naast de reeds vermelde specifieke attitude en omgangskunde – de klinische neuropsychologie en de familietherapie belangrijke pijlers zijn. In het kader van zo'n opleiding past uiteraard een klinische stage in een setting gespecialiseerd in het werken met senioren; zo'n stage, voor de duur van een academiejaar en begeleid door een ervaren supervisor, zal meer rendement opleveren dan het lezen van tal van boeken en kan niet vervangen worden door zich tijdens een stage met volwassenen enkele uren met ouderen bezig te houden. Een dergelijke afstudeerrichting zou overigens, naast het aanbieden van cursussen en een stage, voldoende aandacht moeten besteden aan het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek.

Inschakeling in het brede veld van de ouderenzorg

Alles kan beter, maar we kunnen met tevredenheid vaststellen dat klinisch ouderenpsychologen duidelijk aanwezig zijn op diverse terreinen, zoals de opnameafdelingen ouderenpsychiatrie, de dagbehandeling en de cgg's. Ook hun presentie op de afdelingen geriatrie en neurologie stijgt, al blijven de werkopdrachten daar nogal eens te beperkt geformuleerd (zie supra).

Het aantal ouderenpsychologen binnen de *woonzorgcentra* is weliswaar toegenomen, maar is op veel plaatsen nog totaal ontoereikend. Dit heeft enerzijds te maken met de krappe financiering van die sector, maar ook met het feit dat het management vaak onvoldoende op de hoogte is van de belangrijkste competenties van zo'n psycholoog. Kort samengevat behelzen die: de zorg voor de bewoner met onder andere gespreksbegeleiding en vroegdetectie van problemen, werken met de context (de zorg voor familieleden en betekenisvolle anderen), de inhoudelijke begeleiding van de teams, bijvoorbeeld via mediatie (Geelen & Bleijenberg, 1999) en bijdragen aan het beleid van de organisatie (Van de Ven, 2014).

Bijzondere aandacht verdient de aanwezigheid van een klinisch ouderenpsycholoog in de *mobiele teams*, die niet alleen moeten instaan voor de follow-up van patiënten maar ook crisiszorg moeten bieden. Al te vaak hoort men de verzuchting – zonder twijfel onder druk van de budgettaire krapte – dat mobiele teams voor volwassenen een van hun leden moeten stimuleren zich te specialiseren in ouderen. Dit is een slecht plan. Deskundige zorg voor ouderen met psychische problemen vereist de oprichting van een apart mobiel team, en hierin hebben een of meerdere klinisch ouderenpsychologen zonder de minste twijfel hun plaats.

Daarnaast is er behoefte aan een groter aantal psychologen/psychotherapeuten dat zich toelegt op *ambulante hulp* voor senioren. Ondanks het feit dat voor sommige ouderen (en hun verwijzers) de drempel nog wat hoog ligt, is er toch een duidelijke toename van het

aantal senioren dat psychotherapeutische hulp zoekt. Het valt te verwachten dat deze tendens doorzet. Het is dan ook betreurenswaardig dat in de wetsvoorstellen betreffende de terugbetaling van deze hulp én in de terugbetalingsregeling van enkele ziekenfondsen mensen ouder dan 64 jaar van terugbetaling worden uitgesloten.

Dit maakt meteen duidelijk dat het aangewezen is dat klinisch ouderenpsychologen zich ook meer gaan bezighouden met *het beleid*, al is het maar door in de media prangende thema's aan bod te laten komen.

Preventie, vroegdetectie, vroeginterventie

Ook op het gebied van preventie, vroegdetectie en vroeginterventie is er nog veel werk te verrichten. In alle 'lijnen' en op alle werkvloeren zal de klinisch ouderenpsycholoog hier een bijdrage kunnen leveren. Een voorbeeld: eenzaamheid bij senioren komt vooral in enkele risicogroepen voor, zoals recent verweduwd en partners van personen met dementie. Als men bijtijds en in nauwe samenwerking met (huis)artsen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers klinisch ouderenpsychologen bij deze problematiek betreft, kan veel onheil worden vermeden.

Conclusie

De klinische ouderenpsychologie heeft een zeer korte geschiedenis. Maar om tal van redenen (zoals de demografische realiteit en de toegenomen mondigheid van senioren) zijn de uitdagingen groot en multipel. Ze situeren zich op het terrein van het wetenschappelijk onderzoek, bij het opzetten van een aparte afstudeerrichting, de inschakeling op alle werkvloeren binnen de gezondheidszorg en het welzijn, en op het gebied van preventie, vroegdetectie en vroeginterventie.

Literatuur

- Bonnewyn, B., Shah, A., Bruffaerts, R., & Demyttenaere, K. (2017). Factors determining the balance between the wish to die and the wish to live in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 32*, 685-691. <https://doi.org/10.1002/gps.4511>
- Demeyer, I., & De Raedt, R. (2015). Opbouwen van veerkracht tegen depressie: efficiënte aandachtscontrolestrategieën leiden tot betere emotieregulatie bij ouderen. *Gedragstherapie, 48*, 30-45.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*, 189-198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6

- Freud, S. (1952). *Gesammelte Werke*. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Geelen, R., & Blijenberg G. (1999). Mediatieve gedragstherapie bij complexe gedragsproblemen: een praktijkvoorbeeld uit een psychogeriatrische verpleeghuis. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 30, 73-79.
- Hargrave, T.D., & Anderson, W.T. (1997). Finishing well: A contextual family therapy approach to the aging family. In T.D. Hargrave & S. Hanna (Eds.), *The aging family: New visions in theory, practice and reality* (pp. 61-80). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Ismail, Z., Agüera-Ortiz, L., Brodaty, H., Cieslak, A., Cummings, J., Fischer, C., ... Lyketsos, C. (2017). The mild behavioural impairment checklist (MBI-C): A rating scale for neuropsychiatric symptoms in pre-dementia populations. *Journal of Alzheimer's Disease*, 56, 929-938. doi:10.3233/JAD-160979
- Marcoen, A. (2015). Het concept succesvol ouder worden: onvoltooid of overbodig? *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 46, 257-261. doi:10.1007/s12439-015-0155-z
- Munnichs, J.M.A., Kwant, R.C., & Thung, P.J. (1965). *Leven en eindigheid: een psychogerontologische studie*. Utrecht: Het Spectrum.
- Petersen, R.C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256, 183-194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x>
- Reiter, A.M.F., Kanske, P., Eppinger, B., & Li, S.-C. (2017). The aging of the social mind: Differential effects on components of social understanding. *Scientific Reports*, 7, 11046. doi:10.1038/s41598-017-10669-4
- Roberts, S.L., & Sedley, B. (2016). Acceptance and commitment therapy with older adults: Rationale and case study of an 89-year old with depression and generalized anxiety disorder. *Clinical Case Studies*, 15, 53-67. doi:10.1177/1534650115589754
- Rossi, G., Van den Broeck, J., Dierckx, E., Segal, D.L., & Van Alphen, S.P.J. (2014). Personality assessment in older adults: The value of personality questionnaires unraveled. *Aging and Mental Health*, 18, 936-940. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.924089>
- Van Alphen, S.P.J., Rossi, G., Dierckx, E., & Oude Voshaar, R.C. (2014). DSM-5 classificatie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 816-820.
- Van Assche, L. (2015). *Partnerrelatie, intimiteit en seksualiteit in de tweede levenshelft*. Antwerpen: Garant.
- Van Assche, L., Morrens, M., Luyten, P., Van de Ven, L., & Vandenbulcke, M. (2017). The neuropsychology and neurobiology of late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: A critical review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 83, 604-621. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.08.024
- Van Assche L., Van de Ven, L., Vandenbulcke, M., & Luyten P. (2019). Ghosts from the past? The association between childhood interpersonal trauma, attachment and anxiety and depression in late life. *Aging and Mental Health*, 10, 1-8. doi:10.1080/13607863.2019.1571017
- Van de Ven, L. (2014). *Troost: over ouderdom, zorg en psychologie*. Antwerpen: Garant.
- Vasalis, M. (1947). *De vogel Phoenix*. Maastricht: Stols.
- Videler, A.C., Delescen, E.C.J., & Ouwens, M.A. (2018). Handvatten voor differentiële diagnostiek bij autisme of persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60, 343-346.
- Videler, A.C., Rossi, G., Schoevaers, M., Van der Feltz-Cornelis, C.M., & Van Alphen, S.P.J. (2014). Effects of schema group therapy in older outpatients: A proof of concept study. *International Psychogeriatrics*, 26, 1709-1717. <https://doi.org/10.1017/S1041610214001264>
- Videler, A.C., Van Alphen, S.P.J., Van Royen, R.J.J., Van der Feltz-Cornelis, C.M., Rossi, G., & Arntz, A. (2018). Schema therapy for personality disorders in older adults: A multiple-baseline study. *Aging and Mental Health*, 22, 738-747. doi:10.1080/13607863.2017.1318260
- Vink, M., & Soeteman, W. (2017). EMDR. In M. Vink, Y. Kuin, G. Westerhof, S. Lamers, & A.M. Pot (Red.), *Handboek Ouderenpsychologie* (pp. 435-454). Utrecht: De Tijdstroom.
- Werkgroep Klinische Ouderenpsychologie. (1989). *Vlaamse Dementie Batterij*. Leuven: Auteur.
- Werkgroep Klinische Ouderenpsychologie. (2011). *Cotess*. Leuven: Auteur.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

Personalia

Luc Van de Ven, klinisch ouderenpsycholoog, Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven.

E-mail: luc.vandeven@upckuleuven.be

Lies Van Assche, PhD, klinisch (neuro)psycholoog en systeemtherapeut, Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven.

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.