
EENZAAM MAAR NIET ALLEEN!

Een literatuuronderzoek naar geschikte behandelingen voor eenzame ouderen met kans op de ontwikkeling van een depressie.

Nienke van Haaster, GGZ verpleegkundig specialist i.o.

Het ouder worden gaat veelal gepaard met veranderingen, wat het leven niet makkelijker maakt. Verandering van status, maatschappelijke en financiële situatie en afhankelijkheid van anderen, zijn veranderende factoren die spelen bij het ouder worden. Het centrum van de aandacht lijkt te gaan naar de jongere generatie. Dit alles maakt dat ouderen zich steeds meer bewust en onbewust terugtrekken (Festen&Verburg, 2005).

De huidige generatie ouderen en zeker de oudste ouderen hebben ten minste een wereldoorlog meegemaakt, waarbij materieel gebrek bekend was. Deze ouderen zijn weinig geneigd tot het stellen van kritische vragen en eisen aan behandelaars, zullen niet snel om hulp vragen of erkennen dat ze problemen met rouwverwerking hebben. "Niet klagen maar dragen" is bij deze generatie ouderen de attitude. Wel merkt de omgeving een stillere, teruggetrokken en sombere houding op. Eenzaamheid is geen psychiatrisch ziektebeeld maar een psychosociaal probleem dat een depressie tot gevolg kan hebben. De eerste signalen van een mogelijke depressie treden langzaam naar de voorgrond. De omgeving maakt zich zorgen en vraagt om hulp. Met zeer weinig enthousiasme kijken de ouderen uit naar bemoeienis van de ouderenpsychiatrie. Het stigma van de ouderenpsychiatrie speelt hierbij tot op heden een belangrijke rol (Eikelenboom, Beekman en Stek, 2008).

Gedurende het eerste jaar als GGZ Verpleegkundig Specialist in opleiding, bij Divisie Ouderenpsychiatrie van GGZ Noord-Holland-Noord, ben ik deze huidige generatie ouderen regelmatig tegengekomen. Het verband tussen eenzaamheid en depressie heeft bij mij veel vragen opgeroepen wat de belangrijkste aanleiding is geweest voor dit literatuuronderzoek. Wat kunnen deze eenzame ouderen, hun sociale steun en de hulpverlening doen om een depressie te voorkomen?

In dit beschrijvende artikel wordt eerst aandacht geschonken aan een literatuurstudie over stemmingsbeïnvloedende factoren die de kans op een depressie vergroten. Vervolgens worden de behandelmogelijkheden van eenzame ouderen beschreven onder "Interventies".

Stemmingsbeïnvloedende factoren

Eenzaamheid

Van alle ouderen voelt 36% zich alleen (Krupinski & Tiller, 2001). De ouderen die zich alleen voelen hebben 80% kans op de ontwikkeling van een depressie (Golden, Conroy, Bruce, Denihan, Greene, Kirby & Lawor 2009).

Psychische isolatie, sociale isolatie, zich zielig voelen door gemis van prikkels uit de omgeving en deprivatie van affect zijn de risicofactoren om eenzaam te worden (Heather, 2009) en eenzaamheid is een van de belangrijkste oorzaken van de ontwikkeling van een depressie (Beekman, Deeg & Van Tilburg, 1993). Dit maakt het verband tussen eenzaamheid en de kans op de ontwikkeling van een depressie onlosmakelijk. Eenzaamheid wordt door Fokkema & Van Tilburg (2006) omschreven als een negatieve ervaring die optreedt als het sociale netwerk of de sociale relaties van een persoon onvoldoende zijn. Dit kan betrekking hebben op het kwalitatief en kwantitatief aspect.

Newman (1990, 1991) heeft onderzocht dat veel ouderen last hebben van het 'depletion syndrome' wat gekarakteriseerd wordt door interesseverlies in zichzelf en omgeving. De Beer & Lange (1993) geven aan dat ouderen niet alleen last hebben van het 'depletion syndrome' maar dat het onvermogen om intieme relaties te ondergaan door gebrek aan sociale competentie ook een rol speelt. Ook dit kan eenzaamheid tot gevolg hebben.

De invloed van sociale steun staat samen met het lichamelijk functioneren bovenaan de lijst met belangrijkste factoren die invloed hebben op de stemming (Beekman e.a., 1993).

Sociale steun

In epidemiologische studies onderzoekt men of de invloed van sociale steun werkzaam is als beschermende factor, de "buffer", voor depressie en stress (Cohen & Wills, 1985). Volgens deze "Buffertheorie" wordt er lang niet altijd een beroep gedaan op de sociale steun, en maakt het dus niet uit of er veel of weinig sociale steun is. In tijden van stress door specifieke gebeurtenissen als verweeduwing, ruzie met omgeving en lichamelijke achteruitgang, wordt er wel een beroep gedaan op de sociale steun. Dan blijkt het hebben van sociale steun zeker een belangrijk en positief effect te hebben op de stemming (Krause, 1986). Weliswaar zijn dit verouderde bronnen, maar alle aspecten die ik wil onderzoeken komen hierin aan bod.

Het ontbreken van sociale steun bij de oudste ouderen, kan leiden tot de dood omdat levenslust ontbreekt en zij het leven "opgeven" (Arehart-Treichel, 2005). Objectieve maten als frequentie van contacten of uitgebreidheid van het steunsysteem zijn weinig voorspellend voor het welbevinden of ontwikkelen van een depressie (Baldassare, 1987 & Arling, 1987). Er is in 2008 een onderzoek gepubliceerd (Golden e.a.) waarin geconcludeerd wordt dat het subjectieve gevoel van eenzaamheid en het objectieve sociale netwerk een absolute rol spelen bij de ontwikkeling van een depressieve stemming.

De persoonlijke verwachting van de sociale steun, het algeheel welbevinden, kwaliteit van steun en optreden van stress spelen door specifieke gebeurtenissen een te grote rol.

Demografische factoren

In meerdere onderzoeken komt naar voren dat ook demografische factoren een rol kunnen hebben in het welbevinden van de ouderen. Zo is bewezen dat mensen met een lagere sociaaleconomische status meestal minder sociale steun hebben dan mensen met een hogere sociaaleconomische status (Murphy, 1983).

Daarnaast hebben oudere mannen op het platteland meer last van depressieve symptomen dan mannelijke stadbewoners. De plattelanders hebben immers hun hele leven op het land gewerkt wat zij door lichamelijke beperkingen door het ouder worden niet meer kunnen (Eaton, 1981 & O'hara, 1985). Daarentegen is er bij vrouwen op het platteland een lagere prevalentie depressie dan vrouwen in de stad (Weissman, 1988). Deze bevindingen zijn te verklaren door hechtere sociale verbanden en meer steun vanuit de omgeving (Brown, 1981).

Er is met behulp van onderzoek aangetoond dat burgerlijke stand significant positief correleert met depressie en eenzaamheid (Stek e.a., 2005 & Swamie e.a., 2007).

Interventies

De reeds genoemde stemmingsbeïnvloedende factoren bij ouderen is met relatief simpele interventies beïnvloedbaar (Hosman & Bosma, 1990).

Om het herstel proces te bevorderen is het van belang de cliënt inspraak te laten hebben in de behandeling. Deze inspraak van de cliënt zal destigmatiserend werken ten opzichte van zelfstigma en het stigma ten opzichte van de psychiatrische hulpverlening (Van 't Veer, 2006).

Om de stemmingsbeïnvloedende factoren te kunnen behandelen is identificatie, herkenning en erkenning van de factoren van belang (Hassall & Gill, 2008). Verpleegkundige interventies gericht op identificatie, herkenning en erkenning van de stemmingsbeïnvloedende factoren en tevens de behandeling van de depressieve stemming, staan beschreven in Nursing Interventions Classification (NIC). Het aanleren van copingvaardigheden, leren anticiperen in huidige situatie met de beperkingen door verlies van functies en veranderingen van status, inzicht leren tonen in de aspecten die al dan niet veranderd kunnen worden in huidige situatie en accepteren en omgaan met deze aspecten zijn belangrijke verpleegkundige interventies (Bulechek, Butcher & Dochterman, 2004). Zij beschrijven tevens dat het leren participeren in sociale activiteiten en interacties en het blijven volgen van de cliënt tijdens dit proces, eveneens factoren zijn die in de behandeling een rol zouden moeten hebben.

Beekman, Deeg en Stek (1995) adviseren om verder onderzoek te doen naar de invloed van de verschillende stemmingsbeïnvloedende determinanten en gefaseerde behandeling te ontwikkelen. Inmiddels is het Zorgprogramma Depressie addendum Ouderen ontwikkeld (Dhondt & Van Woerkom, 2008) waarin wordt aangegeven dat het biopsychosociale model (Buis, 1996) een overzichtelijke indeling kan maken omdat zowel biologische, psychologische en sociale factoren een rol spelen bij het ontstaan, beloop en herstel van stemmingsstoornissen. Tevens zijn er landelijke draaiboeken met cursussen voor mensen met een lichte tot matige depressie. Cursussen als "In de put, uit de put" en "Verlies en dan verder..." zijn voorbeelden van dit behandel aanbod (Van Wamel e.a., 2005). Sportief wandelen is een mogelijkheid voor depressieve en/of eenzame ouderen die op een prettige, laagdrempelige manier contacten willen leggen met anderen. Bovendien werkt dit gezondheidsbevorderend (Passade, 2008). Het betrekken van sociale en psychische aspecten in een behandeling is volgens Samuelson (1993) belangrijk. Een grotere hoeveelheid ervaren sociale steun, leidt tot een betere psychische toestand van cliënten (Lampinen e.a., 2006, Beekman e.a., 1997 & Sleath e.a., 2007). Mensen met meer contacten ervaren hun kwaliteit van leven en hun ziekte positiever dan mensen met weinig sociale contacten en hoe meer de depressieve klachten op de voorgrond komen te staan, des te meer depressieve klachten er optreden. Het leggen van nieuwe contacten en het bevestigen van bestaande contacten speelt hierin een belangrijke rol (Samuelson, 1993).

Met de Loneliness scale van De Jong-Gierveld en Kamphuis (1985) kan geïnventariseerd worden waar de oudere behoefte aan heeft en wat hij/zij mist. Ouderen met minder autonomie en geen zicht op doelen en mogelijkheden voor de toekomst, ervaren hun toestand en toekomstbeeld negatief. Beschermende factoren (De Beer & Lange, 1993) voor ouderen zijn onder andere het geven en ontvangen van sociale steun, deelname aan maatschappelijke netwerken als verenigingen en geloofsgemeenschap. Het Handboek Ouderenpsychiatrie (Heeren, Kat & Stek, 2001) beweert dat de kwaliteit van leven van de huidige generatie ouderen verbeterd kan worden wanneer de voorwaarden in de maatschappij zullen verbeteren. De maatschappij zorgt er nu regelmatig voor dat ouderen aan hun lot worden overgelaten omdat voorzieningen gebreken vertonen. Praktische voorzieningen en toename van de mogelijkheden voor ouderen kunnen veel bijdragen aan de kwaliteit van leven. Hier zijn echter geen directe interventies voor in het kader van behandeling.

Preventieve maatregelen op een ontwikkeling van een depressie door eenzaamheid kunnen gericht zijn op een goede introductie bij een nieuwe vereniging of een nieuwe woonomgeving als verzorgingshuis.

Ook het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten voor het sociale netwerk over invloeden op de determinant sociale steun, is een vorm van een preventieve maatregel. Aandacht zou dan gericht kunnen zijn op; wat is sociale steun, wie geeft het en wanneer en wat heb je nodig om de steun te geven (Hosman & Bosma, 1990).

Voor allochtone ouderen is het wenselijk om een behandelaanbod te ontwikkelen gericht op depressie, sociale steun en sociale vaardigheden. Vanwege achtergrond, cultuur en taalproblemen zullen deze ouderen een speciaal behandelaanbod behoeven (Passade, 2008).

Er is bij ouderen veelvuldig sprake van therapieontrouw, zowel bewust als onbewust.

Bewust therapieontrouw komt veelal door de stigma gebonden factoren als schaamte en angst. Onbewust therapieontrouw door vergeetachtigheid of het niet begrijpen van de behandeling. Het is van belang hier aandacht aan te schenken tijdens de behandeling (Charne, Charles & Reijnolds, 2003).

Nieuwe onderzoeksvragen die dit literatuuronderzoek oproept:

- Welke behandeling is geschikt voor ouderen die zich eenzaam voelen en geen groot netwerk hebben?
- Welke behandeling is geschikt voor ouderen die een groot netwerk hebben en zich eenzaam voelen?
- Hoe ziet de toekomstige generatie ouderen er uit en welke behandeling is voor deze nieuwe generatie ouderen geschikt?

Samenvatting

De huidige generatie ouderen zal zelf niet snel om hulp vragen. De omgeving maakt zich veelal zorgen om de eenzame oudere die toenemend depressieve klachten ontwikkelt. Behandeling van de eenzame oudere is absoluut van belang, om depressie te voorkomen!

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar behandeling van eenzame ouderen. Het is gebleken dat de stemmingsbeïnvloedende factoren met relatief eenvoudige interventies te behandelen zijn. Uit deze literatuurstudie blijkt dat de behandeling meerdere aspecten zou moeten bevatten.

Ten eerste kan aan destigmatisering gewerkt worden, door de ouderen de klachten te laten identificeren, erkennen en herkennen. Het werken volgens het biopsychosociale model kan hierbij een goed hulpmiddel zijn. Ten tweede zal er geïnventariseerd kunnen worden wat de behoeften van de oudere zijn en kan er gewerkt worden aan het stellen van doelen. Hierbij is de inspraak in behandeling erg belangrijk, dit bevordert het herstelproces en werkt destigmatiserend.

Op basis van de doelen worden interventies ten behoeve van de behandeling opgesteld.

Opbouw van het sociaal netwerk als buffer voor perioden dat er zich specifieke gebeurtenissen voordoen, hulp bieden bij integreren in nieuwe situaties en het geven van voorlichting aan het sociale netwerk zijn belangrijke preventieve aspecten in de behandeling.

Ten derde worden er beschermende factoren genoemd die zeker in de behandeling moeten worden meegenomen. Het geven en ontvangen van sociale steun, opstellen van doelen en deelname aan maatschappelijke organisaties.

Naast de eerder genoemde interventies zou groepsbehandeling een aanvullende behandeling kunnen zijn. Ook de maatschappij zou de kwaliteit van leven voor ouderen kunnen verbeteren wanneer de voorzieningen toegankelijker zijn voor ouderen. Hier is geen directe interventie voor gevonden. Voor allochtone ouderen zou een speciaal behandelaanbod ontwikkeld moeten worden.

Tot slot zou de oorzaak van de ouderen die therapie-ontrouw geanalyseerd moeten worden.

Kortom: Eenzame ouderen hebben een grote kans op de ontwikkeling van een depressie, maar hier zijn behandelmogelijkheden voor.
Eenzaam maar niet alleen!

Literatuurlijst

- Arehart-Treichel, J. (2005). Depression plus loneliness may hasten death in elderly, *Psychiatric news*, vol. 40, no. 2, 53.
- Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H. & Stek, M.L. (1995). Het beloop van depressie bij ouderen in de bevolking, *Vakgroep psychiatrie*, 7.
- Beekman, A.T.F., Deeg D.J.H. & Tilburg, W. van (1993). Depressie bij ouderen in de bevolking, *Tijdschrift voor de Psychiatrie*, 35, 154-168.
- Beer, M. de, & Lange, J. de (1993). Depressie bij ouderen, een literatuuronderzoek ten behoeve van de preventiepraktijk in de AGGZ, *NCGV*, Utrecht.
- Buis, W.M.N.J., (1996). Biopsychosociaal model voor Diagnostiek en beleid, *Tijdschrift voor psychiatrie*; vol. 38 (1996), afl. 8, pag. 616-623 (8).
- Bulechek, M., Butcher, G. & Dochterman, H. (2007). *Nursing Interventions Classification*, 5e druk, USA, Elsevier.
- Butler, R. & Orrell, M. (1998). Late-life depression, *Current opinion in Psychiatry*, vol. 11, no. 4, 435-439.
- Charney, D.S., Reynolds, C.F., Lewis, L. (2003). Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life, *Archives of General Psychiatry*, vol. 60, 664-672.
- Dhondt, T. & Woerkom, E. (2008). *Addendum Zorgprogramma Depressie bij Ouderen*, Kwaliteitshandboek GGZ Noord-Holland-Noord.
- Eikelenboom, P., Beekman, A.T.F., Stek, M.L. (2008). Ouderenpsychiatrie in Nederland, *Tijdschrift voor psychiatrie*, 50, jubileumnummer 1959-2008, 131-136.
- Festen, Th. & Verburg, H. (2005). *Passende zorg voor ouderen met psychische problemen*, SWP, 1e druk, Amsterdam.
- Golden, J., Conroy, R.M., Bruce, I., Denihan, A., Greene, E., Kirby, M. & Lawlor, B.A. (2009). Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly, *International Journal of geriatric psychiatry*, 24, 694-700.
- Hassall, S. & Gill, T. (2008). Providing care to the elderly with depression; the views of aged care staff, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 17-23.
- Heeren, T.J., Kat, M.G. & Stek, T.J. (2001). *Handboek ouderenpsychiatrie*, de Tijdstroom, Leusden, 2e herziene druk.
- Herdman, H.T. (2009). NANDA International, *Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2009-2011*, 1e druk, Oxford, Wiley-Blackwell.
- Hosman, C.M.H. & Bosma, M.W.M. (1990). Preventie op waarde geschat, een studie naar de beïnvloedbaarheid van determinanten van psychische gezondheid, *Bureau Beta*, Nijmegen.
- Krause, N. (1987). Chronic financial strain, social support, and depressive symptoms among older adults, School of Public Health's, *Psychology and aging*, vol. 2, no. 2, 185-192.
- Krupinski, J. & Tiller, J.W.G. (2001). The identification and treatment of depression by General Practitioners, Australian and New Zealand *Journal of Psychiatry*, 35, 827-832.
- Passade, L. (2008). De relatie tussen reuma, depressie en eenzaamheid, *Universiteit Twente*.
- Veer, J.T.B. van 't (2006). Psychiatrisch stigma vanuit het perspectief van Nederlandse psychiatrische patiënten en hun niet-zieke verwanten, Survey onderzoek, *Universiteit Twente*.