

Werken met ouderen: een toekomst voor de jeugd

Luc Van de Ven

SAMENVATTING

Steeds meer psychologen werken de laatste jaren, mede onder druk van de demografische realiteit, met ouderen. In deze bijdrage wil ik de belangrijkste taken voor deze klinisch ouderenpsychologen toelichten en de diverse toekomstige uitdagingen in kaart brengen. Een belangrijk werkdomein is de psychodiagnostiek, met naast het klinisch neuropsychologisch onderzoek, dat uiteraard een prominente plaats inneemt, de diagnostiek van stemming en persoonlijkheid en de familiale diagnostiek. Voor de psychotherapie worden enkele aandachtspunten in de verf gezet. Daarnaast wordt kort aangehaald dat de psycholoog in sommige settings ook een coachende en ondersteunende rol heeft voor collega-hulpverleners. Een van de zaken die worden benadrukt, is de stelling dat de klinische ouderenpsychologie een vak apart is, met specifieke uitdagingen en noodzakelijke competenties. De verschillende opleidingscentra worden opgeroepen om in hun curriculum deze competenties meer aan bod te laten komen.

Inleiding

De klinische ouderenpsychologie kent nog geen lange geschiedenis. Tot in de jaren zeventig van de vorige eeuw beperkte de inbreng van psychologen in de ouderenzorg zich voornamelijk tot het begeleiden van patiënten en teams op psychiatrische afdelingen voor chronische zorg. Mede onder druk van de demografische realiteit is hierin stapsgewijs verandering gekomen, met als gevolg dat vandaag klinisch ouderenpsychologen actief zijn in de meeste geledingen van de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg.

De taken die deze psychologen op zich nemen, zijn uiteraard afhankelijk van de setting waarin ze werken. Toch kunnen we stellen dat elke klinisch ouderenpsycholoog in zijn werkzaamheden moet kunnen uitgaan van voldoende kennis en competentie in twee domeinen: de psychodiagnostiek (vooral de klinische neuropsychologie) en de psychotherapie (individueel, in groep, met de partners, maar zeker ook met de familie). Daarnaast moet worden gewezen op een aantal belangrijke uitdagingen, onder andere het adviseren van andere professionele hulpverleners in de omgangskunde en het wetenschappelijk onderzoek.

Psychodiagnostiek

Het klinisch neuropsychologisch onderzoek (NPO)

Een van de meest specifieke uitdagingen voor de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen is de diagnostiek van dementie. Een multidisciplinair team heeft daarvoor *grosso modo* drie diagnostische hulpmiddelen: de observatie van het functioneren van de betrokkene in het dagelijkse leven, het klinisch neuropsychologisch onderzoek (NPO) en de beeldvorming (de zogenaamde scanners). De spectaculaire vlucht die de beeldvormingstechniek de laatste jaren heeft genomen, roept bij sommigen weleens het idee op dat deze beeldvorming ‘alles kan verklaren’. Zonder afbreuk te willen doen aan het enorme belang van dit diagnostische hulpmiddel, wijst de klinische praktijk op het obligate samengaan van de drie invalshoeken.

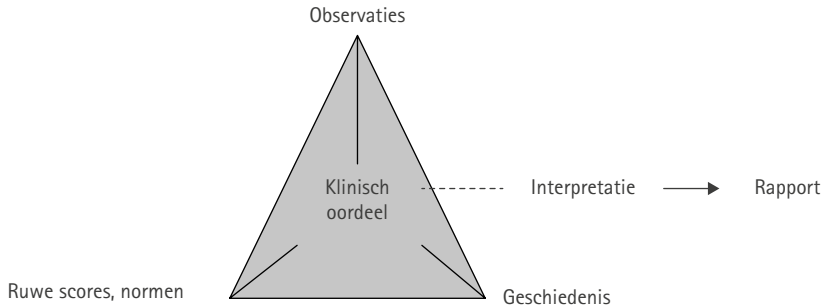
Zo kan men voor het NPO vijf specifieke uitdagingen opnoemen (Fields, Ferman, Boeve, & Smith, 2011):

1. Het opsporen van veranderingen die dienen als ‘marker’ voor een of andere vorm van dementie. Het gaat om de differentiële diagnose: met welke onderliggende aandoening zijn de verkregen testresultaten compatibel?
2. Het traject voorspellen. Bijvoorbeeld: welke testresultaten zullen bij een patiënt die lijdt aan een ‘mild cognitive impairment’ (MCI), tot de hypothese leiden dat het risico bestaat dat deze persoon na verloop van tijd een toestandbeeld zal vertonen dat wijst op de ziekte van Alzheimer?
3. De follow-up van het beloop. Een gestandaardiseerde afname en de beschikbaarheid van aangepaste normen zijn hierbij noodzakelijke voorwaarden.
4. Het inschatten van de functionele status. Wat zeggen de testresultaten over mogelijkheden en beperkingen in het dagelijkse leven? Men levert als het ware een bijdrage aan de ‘zorgdiagnostiek’.
5. Helpen bij het opstellen van interventies.

Wij voegen hier graag een zesde uitdaging aan toe:

6. De coping in kaart brengen: hoe gaat deze persoon om met (het besef van) de verminderde mogelijkheden?

Zoals steeds in de psychodiagnostiek, is ook het NPO, de ‘empirische cyclus’ volgende, een hypothesetoetsend onderzoek. Stap 1, de verkenningsronde, bestaat hierbij idealiter uit de anamnese, de heteroanamnese, een eerste screening van de cognitieve functies (bijvoorbeeld: aan de hand van de Mini Mental State Examination (MMSE); Folstein, Folstein, & McHugh, 1975), de observatie bij het eerste contact met de patiënt, de observatie door andere professionele hulpverleners en (eventueel) de beeldvorming. In stap 2 formuleert men de hypothesen. Stap 3 bestaat uit een relatief breed opgezet onderzoek dat eventueel leidt tot het formuleren van nieuwe hypothesen, om ten slotte in stap 4 specifieke tests te gebruiken. Het beslissingsproces tijdens het NPO wordt daarbij beïnvloed door verschillende bronnen (Mitrushina et al., 2005).



FIGUUR 1. Beslissingsproces tijdens NPO (Mitrushina et al., 2005).

Met andere woorden: het NPO is meer dan het afnemen van wat tests en het invullen van scores.

Omtrent de testafname en de interpretatie van de verkregen resultaten kunnen de volgende aandachtspunten worden geformuleerd:

- De attitude van de onderzoeker: een goede gespreksvaardigheid en het leggen van een werkzaam contact zijn de basisvoorwaarden voor het afnemen van een NPO. Bij ouderen, van wie de meesten niet zo vertrouwd zijn met psychologische tests, moet men, in een poging de betrokkenen te motiveren of gerust te stellen, doorgaans meer uitleg geven over wat er gaat gebeuren (bijvoorbeeld: aangeven dat er zowel gemakkelijke als zeer moeilijke vragen komen). Daarnaast is er het spanningsveld tussen enerzijds het volgen van de richtlijn die gestandaardiseerde afnames eist en anderzijds de noodzaak om meer dan eens de nodige flexibiliteit aan de dag te leggen: het ‘deskundig kletsen’ kan een bruikbaar hulpmiddel zijn, terwijl een zekere leepheid kan helpen bij het ‘ontmaskeren’ van een pseudodeficitair syndroom (bij ouderen kan bijvoorbeeld een depressie zich presenteren als ware het een dementie).
- De observatie leert ons soms evenveel als het testresultaat. Het gaat hierbij, naast het in kaart brengen van strategieën die worden gebruikt om tot een bepaald resultaat te komen, om het formuleren van hypothesen omtrent de stemming, de persoonlijkheid, de motivatie en de testhouding (hoe beleeft de betrokkene het onderzoek? ‘Ik moet me bewijzen want anders kan ik niet naar huis’).
- De test is een momentopname. Het is dan ook aangewezen om per cognitief domein meer dan één taak in de batterij op te nemen én het onderzoek te spreiden over verschillende tijdstippen.
- Voor hoogbejaarden en allochtone ouderen blijft de behoefte bestaan aan bruikbare normen, gebaseerd op onderzoek met een voldoende groot aantal deelnemers.
- Ten slotte dient te worden benadrukt dat, hoe belangrijk het NPO ook is, diagnostiek een multidisciplinaire aangelegenheid blijft. De open dialoog met de andere disciplines, waarbij ieders specifieke inbreng wordt gerespecteerd, is dan ook ten behoeve van het ontwikkelen van een werkbare hypothese obligaat.

In een poging tegemoet te komen aan een aantal van de bovengenoemde verzuchtingen, ontwikkelde de Werkgroep Klinische Ouderenpsychologie de Cognitieve Testbatterij voor Senioren (COTESS) (Werkgroep Klinische Ouderenpsychologie, 2011). Deze testbatterij is

de opvolger van de Vlaamse Dementiebatterij I en II. Verspreid over drie sessies, worden de verschillende cognitieve functies uitgebreid onderzocht. Er zijn normen gebaseerd op een steekproefonderzoek bij een ‘normale’ populatie ouderen. De normtabellen hebben betrekking op de verschillende leeftijds categorieën, het geslacht en de schoolverlatersleeftijd. De COTESS is overigens een verfijning van de Vlaamse Dementiebatterij, met onder andere meer uitgebreide normen en meer aandacht voor het testen van de executieve functies.

Onderzoek van persoonlijkheid en stemming

Toen aan de Nederlandse schrijfster Conny Palmén werd gevraagd hoe het met haar ging een jaar na het overlijden van haar tweede man, antwoordde ze met een verhaal over twee Duitse vrienden die in het begin van de jaren 1930 moesten vluchten voor het naziregime. Enkele jaren later zaten de twee vrienden aan de rand van de Hudson en vraagt de een aan de ander: “My friend, are you happy?” Waarop de ander antwoordt: “Yes I am happy, ... aber glücklich bin ich nicht.”¹

De differentiaaldiagnostische uitdaging omtrent de stemming bestaat erin onderscheid te maken tussen de aandoening depressie, het aanwezig zijn van depressiviteit (zoals in het kader van een ‘normale’ rouw) en de heimwee of nostalgie (zoals in het bovenstaande citaat). De indrukken, ontstaan op basis van een deskundig gevoerd gesprek, kunnen worden ondersteund, casu quo gecorrigeerd of genuanceerd, door het gebruik van vragenlijsten en projectieve technieken. Dat geldt uiteraard ook voor het onderzoek van de persoonlijkheid en de persoonlijkheidsstoornissen of -problematieken. Wat dat laatste betreft, ging men er lange tijd van uit dat een persoonlijkheidsstoornis een statisch verloop kent en dat men bij het stijgen der jaren enkel kan spreken van het verbleken van karaktertrekken. Vandaag maakt men gewag van vier mogelijke verloopvormen: de stabiele stoornis, de ‘past persoonlijkheidsstoornis’ (‘narijping’), de ‘late onset persoonlijkheidsstoornis’ en de ‘re-emergent persoonlijkheidsstoornis’ (van Alphen, 2006). Het gaat dan vooreerst om een persoonlijkheidsstoornis die gedurende het hele leven aanwezig was en blijft bestaan op oudere leeftijd (‘stabiele stoornis’). Het is daarnaast mogelijk dat er een ‘narijping’ van de persoonlijkheid gebeurt, waardoor bepaalde kenmerken minder rigide of uitgesproken aanwezig zijn en er dus niet meer van een persoonlijkheidsstoornis gesproken kan worden (‘past persoonlijkheidsstoornis’). Voorts kan het zijn dat er op latere leeftijd voor het eerst gedragsstoornissen ontstaan als uiting van een persoonlijkheidsstoornis (‘late onset’ persoonlijkheidsstoornis). Tot slot is het mogelijk dat een stoornis (bijvoorbeeld de borderline persoonlijkheidsstoornis) op jongere leeftijd bestaat, en dat er dan op 30- à 40-jarige leeftijd een stabilisatie optreedt in intermenselijke relaties en arbeidsfunctioneren, waarna er opnieuw gedragsproblemen ontstaan bij het ouder worden, als gevolg van het inefficiënt omgaan met leeftijdsgebonden stressoren (van Alphen, 2006).

Er is duidelijk nood aan instrumenten die gevalideerd zijn voor ouderen (Mooi & Comijs, 2007). Wat de stemming betreft, zijn er onder andere de Geriatric Depression Scale (GDS) (Yesavage et al., 1983) en de Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) (Alexopoulos, Abrams, Young, & Shanoian, 1988); voor de persoonlijkheid zijn er de NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) (Hoekstra et al., 1996) en de Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) (Derksen, de Mey, Sloore & Hellenbosch, 2006).

Voor alle vragenlijsten moet men, zeker voor het gebruik bij hoogbejaarden, rekening houden met een aantal aandachtspunten:

- tal van items in de klassieke vragenlijsten zijn niet van toepassing op ouderen;
- sommige vragenlijsten zijn te lang en te vermoeiend;
- soms zijn de vragen te abstract geformuleerd;
- vele ouderen zijn op hun hoede voor dergelijke instrumenten;
- de antwoorden kunnen beïnvloed worden door cognitieve en somatische problemen, alsook door polyfarmacie.

In vele gevallen zal men, naast het gebruik van het interview, vragenlijsten en projectieve technieken, heteroanamnestische gegevens dienen te gebruiken om zicht te krijgen op de manier waarop de oudere vroeger omging met tegenslagen of in contact trad met anderen. De ‘belangrijke derden’ of naaste familieleden zullen bovendien ook kunnen aangeven wat er in het gedrag van de patiënt de laatste tijd veranderd is.

Familiale diagnostiek

De familiale diagnostiek maakt onzes inziens obligaats deel uit van de diagnostische opdracht van de klinisch ouderenpsycholoog. Om in een aantal situaties het gedrag van de oudere patiënt te kunnen begrijpen, maar evenzeer in de zoektocht naar een leefbare toekomst voor de patiënt en diens familie, dient men steeds zicht te hebben op de familiale geschiedenis, de interacties, de balans van ‘geven en nemen’, de manier waarop in deze familie omgegaan wordt met verlies en meningsverschillen, wederzijdse verwachtingen en de filiale en parentale maturiteit (het volwassen kind dat bereid is om de oudere te ondersteunen, zonder evenwel zijn autonomie te verliezen, en de oudere die kan toelaten dat dit kind verantwoordelijkheden overneemt, zonder te vervallen in bitterheid en verwijt). Het familiegesprek, bij voorkeur in aanwezigheid van de patiënt zelf, is hierbij het beste diagnostische hulpmiddel.

Psychotherapie

“Excuse me for not dying” (Leonard Cohen)²

Psychotherapie bij ouderen ging lange tijd gebukt onder een pessimistische visie die stelde dat mensen in de tweede levenshelft niet meer kunnen veranderen, onder andere omdat de mentale rigiditeit dat onmogelijk zou maken. Gedurende de laatste decennia is de interesse in psychotherapie met ouderen evenwel sterk toegenomen, onder andere vanuit de ervaring dat mensen ook op hoge leeftijd nog kunnen veranderen en inspanningen kunnen en willen leveren om hun leven aangenamer, draaglijker en minder stresserend te maken. Bovendien worden we met zijn allen ouder en groeien ook de verwachtingen omtrent de geestelijke gezondheid. Men kan dan ook vaststellen dat ouderen veel meer dan vroeger actief hulp zoeken, ook als het gaat om psychische problemen.

Dat alles heeft tot gevolg dat de meeste klassieke psychotherapeutische stromingen hun behandelingsvormen aan ouderen hebben aangepast. Daarnaast worden specifieke interventies ontworpen, zoals het reminisceren en de ‘life-review’ (waarbij voorheen gemaakte keuzes worden geëvalueerd en geherwaardeerd), ondersteuningsgroepen voor rouwenden en persoonsgerichte benaderingswijzen bij dementie (naast psychologische interventies voor centrale zorgdragers). Voor een uitvoerige bespreking van de belangrijkste aandachtspunten voor het psychotherapeutische werk met ouderen verwijs ik naar mijn artikel in het *Tijdschrift Klinische Psychologie* (Van de Ven, 2012). Hier wil ik drie aandachtspunten in de verf zetten. Ten eerste, in het werken met ouderen moet de therapeut ook een ervaren diagnosticus zijn met voldoende kennis, onder andere van de neuropsychologie en de somatiek. De verwevenheid van biologische, psychologische en sociale factoren is uiteraard op elk leeftijd aan de orde, maar deze onderlinge beïnvloeding leidt bij ouderen nog gemakkelijker tot een toegenomen kwetsbaarheid; een zwakte op één domein zal sneller een negatieve invloed hebben op de andere gebieden. Dat een therapeut ook een diagnosticus moet zijn, betekent bovendien dat men een goed vertaler van de hulpvraag is.

Een 82-jarige man wordt door twee van zijn dochters naar de therapeut ‘gebracht’ met een duidelijke vraag: vader piekert erg veel omdat het samenleven met moeder, die lijdt aan beginnende dementie, hem zwaar valt. In de eerste twee gesprekken is dat ook het thema. Tijdens het derde gesprek komt de aap uit de mouw: “De ruzie tussen mijn kinderen, dat is wat weegt. Voor een van ons sterft, zou ik willen dat ze weer met mekaar praten.”

Een tweede aandachtspunt is de vaststelling dat een individu zelden of nooit alleen lijdt. Het is in vele gevallen dan ook aangewezen om een probleem familietherapeutisch te benaderen. Het motto ‘de patiënt staat centraal’ geldt dan enkel als men de familie als ‘patiënt’ behandelt. Dat is bijvoorbeeld het geval bij hoogbejaarden en hun naaste familie of ‘belangrijke derden’, waarbij het ‘finishing well’ een van de centrale ontwikkelingsstaken is. Ten derde moeten we helaas blijven vaststellen dat vele professionele hulpverleners, onder andere psychotherapeuten, een betuttelende, infantiliserende, overbeschermende attitude tegenover ouderen niet kunnen loslaten. Dat uit zich in taalgebruik en intonatie, alsook in een overdreven voorzichtigheid ingegeven door de angst de oudere te kwetsen. Nu is voorzichtigheid ook voor de psychotherapeut een goed uitgangspunt, bijvoorbeeld bij het opbouwen van een werkzaam contact, maar in de loop van een (familie)therapie zal men vroeg of laat moeten durven te confronteren. Bedenk hierbij dat de meeste ouderen, ook zij die hulp zoeken of nodig hebben, ‘tegen een stoot kunnen’.

Uitdagingen

Een eerste groep uitdagingen zijn taken voor de beleidsmakers. Rekening houdend met de specificiteit van de groep ouderen (bijvoorbeeld: beperkte mobiliteit en/of geringe financiële middelen), is er de vraag naar de bereikbaarheid en betaalbaarheid van de psychologische hulpverlening. Er moet hier worden benadrukt dat er de laatste jaren heel wat inspanningen zijn geleverd, zoals de recent ontwikkelde nieuwe taakin-vulling voor de ouderenteams binnen de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (waarbij psychotherapeutische interventies

aan huis mogelijk worden), maar toch neemt dat niet weg dat er nog heel wat dient te gebeuren; de noden zijn immers, onder andere rekening houdend met de demografische realiteit en de toekomstige verwachtingen hieromtrent, immens.

Daarnaast zijn er ook tal van uitdagingen voor de psychologen zelf: “‘t Is goed in ‘t eigen hart te kijken”. We sommen er enkele op:

- In de opleidingen tot klinisch psycholoog kan men kiezen tussen enerzijds ‘kinderen en jongeren’ en anderzijds ‘volwassenen en ouderen’. Uit al het voorgaande mag, zo hopen wij, blijken dat het werken met ouderen een vak apart is. Toch stellen we vast dat specifieke thema’s uit de ouderenpsychologie tot nu toe te weinig aan bod komen. We durven zelfs verder te gaan: wellicht moet in de toekomst werk worden gemaakt van een richting klinische ouderenpsychologie, die de masterstudent voorbereidt op de specifieke klinisch-wetenschappelijke uitdagingen eigen aan dat werkdomein.
- In het besef dat de eerstgenoemde uitdaging een meerjarenplan zal worden, pleiten we nu toch al voor de organisatie van meerdere stageplaatsen voor klinische ouderenpsychologie. Het gaat dan uiteraard niet om stages waarbij het werken met ouderen als een bijjob wordt gezien, maar wel om stages die zich heel specifiek richten op de diagnostiek en behandeling van ouderen met psychische problemen, onder begeleiding van een in dat domein gespecialiseerde supervisor.
- In sommige settings is de klinisch ouderenpsycholoog niet de centrale figuur in de begeleiding of behandeling van de hulpbehoevende oudere. Met name in een woonzorgcentrum en de thuiszorg zullen andere professionele hulpverleners een grote impact hebben op het welzijn van bewoners en patiënten. Toch kan de psycholoog, als expert in de determinanten van menselijk gedrag, hier een belangrijke bijdrage leveren bij het coachen en ondersteunen van die collega-hulpverleners, meer bepaald op het domein van de omgangskunde. Daarnaast is voor de psycholoog, als medewerker die zich ‘op de rand van het team’ bevindt, een taak weggelegd in het omgaan met of beheersbaar maken van conflicten, bijvoorbeeld tussen familieleden en hulpverleners.
- Vele professionele hulpverleners worden de laatste jaren bestookt met tal van administratieve opdrachten. Ook psychologen kunnen hieraan niet ontsnappen. Registraties alerhande hebben zeer zeker hun nut, maar in toenemende mate bestaat er bezorgdheid omtrent het uitvoeren van de kerntaken van een (ouderen)psycholoog. De vlucht achter de laptop of pc, ver weg van het contact met de patiënt, vormt wel degelijk een bedreiging voor goede hulpverlening. Overigens, dat gedrag kan ook als een symptoom worden gezien van het onvermogen en het ongelooft een zinvolle en nuttige bijdrage te kunnen leveren aan de hulpverlening door het contact met de patiënt.
- Dat de klinische ouderenpsychologie zo jong is, heeft ook tot gevolg dat er op het gebied van het wetenschappelijk onderzoek nog heel wat leemten in te vullen zijn (zoals hierboven al even werd aangehaald, onder andere in verband met het psychodiagnostische instrumentarium). Het is dan ook te hopen dat jonge collega’s, vertrekkende vanuit en geïnspireerd door de klinische realiteit, tijd en middelen vinden om onderzoeklijnen uit te werken.
- Tot slot: de klinische ouderenpsychologie is bij velen, niet het minst bij de ouderen zelf, én voor andere professionele hulpverleners, nog onvoldoende bekend. Het informeren van al die betrokkenen is dan ook voor de klinisch ouderenpsychologen zélf een van de toekomstige opdrachten.

Noten

1. Interview VRT-radio 1, voorjaar 2012.
2. Leonard Cohen. *Live in London*. 2008.

Literatuur

- Alexopoulos, G.S., Abrams, R.C., Young, R.C., & Shanoian, C.A. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biological Psychiatry*, 23, 271-284.
- Derksen, J.J.L., de Mey, H.R.A.D., Sloore, H., & Hellenbosch, G. (2006). *MMPI-2: handleiding bij afname, scoring en interpretatie*. Nijmegen: Pen Tests Publisher.
- Fields, J.A., Ferman, T.J., Boeve, B.F., & Smith, G.E. (2011). Neuropsychological assessment of patients with dementing illness. *Nature Reviews Neurology*, 7, 677-687.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Hoekstra, H.A., Ormel, H., & De Fruyt, F. (1996). *NEO Persoonlijkheidsvragenlijsten: NEO-PI-R & NEO-FFI*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Mitrushina, M., Boone, K.B., Razani, J., & D'Elia, L.F. (2005). *Handbook of normative data for neuropsychological assessment* (2nd edition). Oxford: Oxford University Press.
- Mooi, B., & Comijs, H. (2007). *Ouderen en persoonlijkheid: de klinische praktijk*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.
- Van Alphen, S.P.J. (2006). *Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: een bijdrage aan de ontwikkeling van een screeningsinstrument*. Eindhoven: University Press Facilities.
- Van de Ven, L. (2012). Psychotherapie bij ouderen. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 42, 33-39.
- Werkgroep Klinische Ouderenpsychologie (2011). *COTESS. Cognitieve Testbatterij voor senioren*. Uitgave in eigen beheer.
- 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(1), 37-49.

Summary

Demographic changes in the past few decades have required many clinical psychologists to be introduced into the field of old age psychology. In this article, the most important tasks and several future challenges for the clinical psychologist working with the elderly will be discussed. One important aspect of the work concerns psychological assessment, including not only neuropsychological research, an assessment of mood and personality, but also the assessment of family functioning. With regard to psychotherapy in late life, a number of characteristics requiring specific attention will be explored. Furthermore, the coaching and supporting role of a clinical psychologist towards the team in settings working with older adults will be elaborated. Finally, the author emphasizes that clinical psychology in old age is a separate discipline, with specific challenges and the need for further specialization in clinical competences. Hence, the research and educational facilities are urged to extend their curriculum concerning the psychology of late life and deepen their knowledge of clinical old age psychology.

Personalia

Luc Van de Ven is klinisch ouderenpsycholoog werkzaam op de dienst Ouderenpsychiatrie van het Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven. Hij is coördinator van de werkgroep Klinische Ouderenpsychologie.

E-mail: luc.vandeven@uzleuven.be.