



Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen (1)

'Ik ben er niet'

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben vaak een ingewikkelde 'gebruiksaanwijzing'. Als zij ouder worden en aangewezen raken op hulpverlening, kan dit adequate zorg ernstig bemoeilijken. Wat is precies een persoonlijkheidsstoornis, welke soorten zijn er en hoe ga je het beste om met dergelijke ouderen?

door Bas van Alphen en Sylvia Heijnen

Binnen de psychologie en de psychiatrie krijgen diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen steeds meer aandacht. Iemands persoonlijkheid speelt immers een belangrijke rol in relaties met anderen, zoals familieleden of hulpverleners en verzorgers. Er is echter nog weinig bekend over persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Vooral nog lopen de getallen over het voorkomen hiervan nogal uiteen. Het percentage persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen in de algemene bevolking varieert tussen 2,8 en dertien procent.

Wat is een persoonlijkheidsstoornis?

Kenmerkend voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis is dat zij hun gedrag zelf veelal niet als een probleem ervaren. Daardoor zullen zij ook geen hulp vragen. Maar de omgeving (familieleden, verpleging of thuiszorg) ondervindt wel vaak moeilijkheden in de omgang met deze personen. Het is voor hen lastig om de juiste 'gebruiksaanwijzing' te vinden.

Wat is nu precies een persoonlijkheidsstoornis? De meest gebruikte methode om dit te bepalen is de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM – zie kader), een hulpmiddel om psychiatrische diagnoses te stellen. Volgens de DSM spreken we van een persoonlijkheidsstoornis als er sprake is van een duurzaam en inflexibel patroon van gedrag, denkwijze, sociaal functioneren en emotionele reacties. Het betreft een star patroon dat naar voren komt in allerlei situaties. Bijvoorbeeld iemand die in zijn relaties een reeks echtscheidingen achter de rug heeft en in zijn werk het type is van 'twaalf ambachten, dertien ongelukken'.

Een persoonlijkheidsstoornis ontstaat in de vroege volwassenheid en blijft aanwezig tot in de ouderdom. Bij het ontstaan van een dergelijke stoornis is sprake van een wisselwerking tussen erfelijke factoren en omgevingsinvloeden. Onder omgevingsinvloeden vallen naast opvoeding ook levensgebeurtenissen. Met name gebeurtenis-

sen in de kindertijd en de jeugd spelen een belangrijke rol in de vorming van de persoonlijkheid. Ook maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de crisistijd in de jaren dertig en de Tweede Wereldoorlog, behoren tot de omgevingsinvloeden.

Gedurende het leven doen zich allerlei stressveroorzakende gebeurtenissen voor waarbij een beroep wordt gedaan op adequate oplossingsstrategieën. Bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis zijn deze strategieën vaak star en onlogisch; zij schieten tekort om goed om te gaan met stressvolle gebeurtenissen als schoolexamens, huwelijksperikelen, meningsverschillen met collega's en het ouder worden. Belangrijke stressoren bij ouderen zijn lichamelijke achteruitgang, verlies van naasten en verlies van zelfstandigheid. Ouderen met een persoonlijkheidsstoornis ondervinden extra moeilijkheden bij het hanteren van deze stressoren en dit kan weer leiden tot een psychische ziekte, zoals een depressie of een angststoornis.

Behandeling

Over de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is weinig bekend. Er worden verschillende medicamenteuze behandelingen in de literatuur beschreven, maar er bestaat geen pil tegen persoonlijkheidsstoornissen. Wel kunnen bepaalde medicijnen soms de scherpe kantjes van het karakter iets verminderen. Psychotherapie met het accent op verandering van de persoonlijkheid lijkt bij ouderen met een persoonlijkheidsstoornis doorgaans een te ambitieus doel. Cognitieve achteruitgang, ernstige somatische aandoeningen, levenslang onvermogen om onaangename feiten te accepteren en gebrekkige relaties met anderen bemoeilijken een op inzicht georiënteerde vorm van psychotherapie.

Een behandeling gericht op de kritieke aspecten van iemands aanpassing aan de omgeving is bij ouderen vaak het meest aangewezen, al dan niet ondersteund met medicatie. In de praktijk bestaat dit behandelingsstype onder meer uit ondersteunende, individuele begeleiding in de ambulante GGZ of uit groepsgerichte deeltijdbehandeling. Adviserende gesprekken, assertiviteitstrainingen, het opzetten van een dagstructuur met passende activiteiten en het geven van psycho-educatie zijn hierin belangrijke onderdelen. Bij een intensieve ambulante behandeling kan hulp worden geboden in de vorm van psychiatrische intensieve thuiszorg (PIT) of ambulante woonbegeleiding (AW). Voorbeelden van passende dagactiviteiten zijn een geronto-psychiatrische dagopvang in een verzorgingshuis of individuele begeleiding door een activiteiten-therapeut.

Drie clusters

De laatste versie van de DSM (DSM-IV-TR) maakt een onderscheid tussen tien verschillende persoonlijkheidsstoornissen, onderverdeeld in drie clusters: A, B en C. Binnen deze drie clusters hebben de persoonlijkheidsstoornissen gemeenschappelijke kenmerken. Het cluster A wordt ook wel het vreemde of bizarre cluster genoemd. Het voornaamste kenmerk van persoonlijkheidsstoornissen van dit type is dat mensen zich >

Wat is de DSM?

De *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) is een uitgave van de Amerikaanse vereniging voor psychiatrie (APA) en is ontstaan uit de behoefte aan een internationaal aanvaard diagnostisch systeem met helder beschreven kenmerken van de verschillende psychiatrische stoornissen. Inmiddels bestaat de DSM een halve eeuw en worden er regelmatig nieuwe, aangepaste versies uitgebracht, omdat inzichten in psychiatrische ziektebeelden in de loop van de tijd veranderen.

Het geheel van psychische problematiek wordt in de DSM gegroepeerd rond vijf zogenoemde assen:

- as I klinische psychiatrische stoornissen
- as II persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornissen
- as III relevante somatische aandoeningen
- as IV psychosociale stressoren
- as V sociaal disfunctioneren

In tegenstelling tot de doorgaans voorbijgaande klinische stoornissen zoals psychosen, stemmingsstoornissen en angststoornissen op as I gaat het bij persoonlijkheidsstoornissen (as II) om niet-voorbijgaande symptomen en fors afwijkende persoonlijkheidstrekken die vrijwel het gehele leven in meerdere of mindere mate aanwezig blijven.

Vanaf 1980 werd ook in Nederland steeds meer gebruik gemaakt van de DSM. Het belangrijkste voordeel is dat de DSM eenduidigheid biedt in de definiëring van ziektebeelden en dat hierdoor de communicatie tussen hulpverleners wordt vergemakkelijkt. Nadeel is echter dat de DSM wordt gekenmerkt door een opsomming van symptomen zonder rekening te houden met persoonsgebonden aspecten. Zeker wanneer het om persoonlijkheidsstoornissen gaat, is het lastig om deze complexe aandoeningen om te zetten in heldere, diagnostische kenmerken. Dit is onder meer de reden waarom in de verschillende uitgaven van de DSM iedere keer flink werd gesleuteld aan de kenmerken van de diverse persoonlijkheidsstoornissen.

De DSM-criteria voor een persoonlijkheidsstoornis

- Een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk afwijken van de verwachtingen binnen de cultuur van betrokkene.
- Het duurzame patroon is star en uit zich op een breed terrein van persoonlijke en sociale situaties.
- Het duurzame patroon leidt in significante mate tot lijden of beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- Het patroon is stabiel en van lange duur en het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid.
- Het duurzame patroon is niet eerder toe te schrijven aan een uiting of de consequentie van een andere psychische stoornis.
- Het duurzame patroon is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld schedeltrauma).

snel terugtrekken en er een aparte levensstijl met rare gewoontes op na houden. Het cluster B wordt getypeerd als label, dramatisch en expressief. Het gedrag van dergelijke mensen valt in het dagelijks leven nogal op door wispelturigheid, impulsiviteit en het vragen om hulp en gezelschap – om die vervolgens weer af te wijzen. Het cluster C is het angstige, nerveuze cluster. Mensen die hieronder vallen, maken zich voortdurend zorgen en proberen zich vooral aan de regels te houden. Zij willen absoluut niet opvallen en zijn voortdurend bezig het anderen naar de zin te maken. In de rest van dit artikel zullen wij de persoonlijkheidsstoornissen van cluster A nader belichten, de beide andere clusters komen in vervolgartikelen aan bod.

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis uit cluster A zijn het liefst op zichzelf en kunnen zich in een verzorgingshuis slecht aanpassen

Cluster A bevat drie persoonlijkheidsstoornissen: de paranoïde, de schizoïde en de schizotypische persoonlijkheidsstoornis. In dit cluster zijn de stoornissen ondergebracht waarbij achterdochtig, vreemd en bizar gedrag centraal staat. Ouderen met een dergelijke stoornis zijn niet of nauwelijks in staat om zich aan te passen aan de omgeving. In de praktijk leidt dit tot veel omgangsproblemen met hulpverleners.

De paranoïde persoonlijkheidsstoornis

In de cartoon houdt de persoon de wacht bij een hermetisch afgesloten deur, de ramen worden toegedekt en de wapens zijn in de aanslag voor vermeende indringers. De camera houdt ook een oogje in het zeil. In de praktijk zie je het verdedigingsmechanisme uiteraard in meer figuurlijke zin. Iemand zal nors en afhoudend zijn, maar kan ook verbaal en non-verbaal agressief reageren. De ander wordt niet in vertrouwen genomen en bij een klein misverstand kunnen deze personen zich 'aangevallen' voelen. Deze mensen trekken zich terug in hun eigen wereld en proberen zich met alle geweld te beschermen tegen de door hen als boosaardig en bedreigend beleefde buitenwereld. Zij zijn continu op hun hoede, contact met anderen wordt vaak afgehouden. Ouderen met een paranoïde persoonlijkheid komen vooral in moeilijkheden als door lichamelijke en cognitieve achteruitgang de zelfzorg afneemt. Zij zijn vaak afhoudend jegens hulpverleners en het vergt dan ook veel geduld en tact om bij hen enig vertrouwen te winnen.

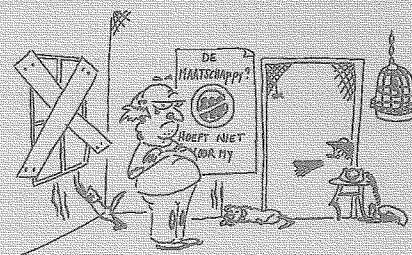
De schizoïde persoonlijkheidsstoornis

In de cartoon zien we dat de hoorn van de telefoon naast de haak ligt, het raam is dichtgespijkerd en de deur is bedekt met spinnenwebben: er is geen behoefte aan contact met de buitenwereld. Ook de verzorging van de eigen persoon en de omgeving laat te wensen over; de huisdieren bestieren de woning. Uit de tekst op de poster blijkt onverschilligheid ten

Tips voor de omgang met mensen uit cluster A

Niet doen

- Een emotionele band proberen op te bouwen en gesprekken beginnen over gevoelens.
- Motiveren voor sociale activiteiten in groepen of een dagopvang.
- Meegaan in fantasieën of irrealistische gedachten zoals 'de wereld is slecht en niemand is te vertrouwen'.
- Het onverschillige, depressieve ogende gedrag door bijvoorbeeld activering proberen tegen te gaan.
- Doorbreken van bepaalde rituelen, zoals specifieke handelingen rondom het opstaan, eten en naar bed gaan.



Schizoïde persoonlijkheidsstoornis



Paranoïde

aanzien van actuele maatschappelijke ontwikkelingen, waarden en normen. De kenmerken van een schizoïde persoonlijkheidsstoornis komen het meest overeen met die van een kluizenaar: dergelijke mensen zijn niet geïnteresseerd in de buitenwereld of in de moderne tijd. Zij komen in het contact emotioneel vlak over, maar zijn doorgaans niet somber. De behoefte aan menselijk contact is er niet en bij het ouder worden willen ze zolang mogelijk geïsoleerd blijven wonen. Je doet ze dan ook geen plezier met een dagopvang of opname in een verzorgingshuis.

De schizotypische persoonlijkheidsstoornis

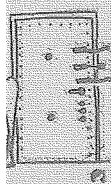
De cartoon laat een heks met glazen bol zien waarmee ze de toekomst kan voorspellen. Ook de inrichting van het kamertje doet nogal vreemd en magisch aan. Dit sluit aan bij een belangrijk kenmerk van de schizotypische persoonlijkheidsstoornis (die verder veel overeenkomsten vertoont met de schizoïde persoonlijkheidsstoornis): magisch denken, zoals het hebben van een zesde zintuig. Deze mensen vluchten uit de realiteit naar hun eigen magische wereld. Zij komen in het

Het voornaamste kenmerk van persoonlijkheidsstoornissen van dit type is dat mensen zich snel terugtrekken en er een aparte levensstijl met rare gewoontes op na houden

contact eigenaardig over en zijn vaak vreemd gekleed. Anderen laten zij niet toe tot hun eigen wereld en zij zullen een ander ook niet om hulp vragen. Bij het ouder worden kan

Nel doen

- Zakelijke en afstandelijke houding aannemen met aandacht voor praktische thema's.
- Motiveren voor een individuele activiteit, zoals boeken lezen, schilderen, computeren of wandelen in de natuur.
- Voorzichtig fantasieën of irreële gedachten bijstellen door de opmerking 'denkt u echt dat alle mensen op deze wereld niet te vertrouwen zijn?'
- Het onverschillige gedrag accepteren; het is hier onderdeel van de persoonlijkheid.
- Rituelen zoveel mogelijk handhaven en waar nodig stimuleren; dit kan angstreducerend werken.



onlijksheidsstoornis



Schizotypische persoonlijkheidsstoornis

het voorkomen dat door vergeetachtigheid en het afnemen van de werking van de zintuigen het magisch denken omslaat in psychotisch gedrag.

Geniaal maar zonderling

Ter illustratie een casus uit de dagelijkse praktijk in de ambulante GGZ. Het betreft een oudere man met verschillende kenmerken uit cluster A die medische zorg weigert. Een aantal meer algemene omgangsadvisen treft u aan in het kader hierboven.

De heer Santke is een 79-jarige ongehuwde man. Hij was de oudste uit een middenstandsgezin van elf kinderen. Als kind had hij geen vrienden maar vond dat geen gemis. Boeken lezen was zijn hobby en dan het liefst over het planetenstelsel. Lagere en middelbare school doorliep hij vlot en vervolgens ging hij natuurkunde studeren in Nijmegen. Ook hier maakte hij nauwelijks contact met medestudenten. Door zijn familie wordt hij omschreven als geniaal in de natuurkunde maar zonderling en soms zelfs angstig in het contact met naasten.

Na zijn afstuderen verrichtte meneer Santke onderzoek bij Philips. Zijn arbeidsperiode werd gekenmerkt door solistisch, eigenzinnig en achterdochtig gedrag. In deze periode werd hij twee keer gedwongen opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis in verband met overspannenheid. Oude psychiatrische rapporten vermelden een kortdurende paranoïde psychose als gevolg van conflicten met collega's. Nadat hij vervroegd met pensioen was gegaan, heeft meneer Santke zijn hobby over het planetenstelsel weer opgepakt. Vrienden heeft hij niet, met zijn familie heeft hij

het contact verbroken en hij komt alleen nog de deur uit voor zijn dagelijkse boodschappen. Sinds een aantal maanden gaat hij lichamelijk flink achteruit als gevolg van een hart- en longaandoening. Daarbij is sprake van zelfverwaarlozing en verwaarlozing van zijn huis. Meneer Santke weigert echter om medicatie in te nemen en de Thuiszorg laat hij ook niet toe.

Bij meneer Santke is een afstandelijke en zakelijke houding van de hulpverlener vereist, met de nadruk op het accepteren van zijn onverschilligheid of teruggetrokkenheid. Het is zaak concrete, praktische vormen van hulpverlening te realiseren, bijvoorbeeld hem motiveren om thuiszorg te accepteren. Gesprekken over gevoelens moeten worden vermeden. Verder is het van belang om begrip te tonen voor zijn solistische levenswijze en te proberen zo lang mogelijk een opname in een klinische setting of een verzorgingshuis te voorkomen. In het geval van meneer Santke had een en dezelfde hulpverlener twee keer per week kort contact met hem. Dit was cruciaal om hem voorzichtig te bewegen medicijnen in te nemen en thuiszorg te accepteren. Het belangrijkste argument tegenover hem was dat hij met voldoende zorg zo lang mogelijk thuis kon blijven wonen. De hulpverlener wist ook gedaan te krijgen dat de huisarts wekelijks zijn lichamelijke conditie zou bekijken. Dit werd door meneer Santke enigszins schoorvoetend geaccepteerd.

Ouderen met een paranoïde persoonlijkheid komen vooral in moeilijkheden als door lichamelijke en cognitieve achteruitgang de zelfzorg afneemt

Liefst op zichzelf

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis uit cluster A zijn het liefst op zichzelf en kunnen zich in een verzorgingshuis slecht aanpassen. Dit leidt veelal tot gedragsproblemen. Een reden te meer om te zorgen dat zij zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. Indien een opname echt onvermijdelijk is, is het zaak rekening te houden met de behoefte aan privacy van de nieuwe bewoner en om voldoende afstand in acht te nemen.

Bas van Alphen en Sylvia Heijnen-Kohl zijn werkzaam als GZ-psycholoog bij de divisie Ouderen van de Mondriaan Zorggroep in Heerlen.

Dit is het eerste van drie artikelen over persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. In volgende nummers van DENK-BEELD zal nader worden ingegaan op de verschillende persoonlijkheidsstoornissen van clusters B en C en de manier waarop hulpverleners dergelijke mensen het best kunnen benaderen.