

Behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: drie gevalsbeschrijvingen

A.C. Videler^a, R.J.J. van Royen^b, S.P.J. van Alphen^c

Treatment of personality disorders in older adults. Three case studies

Treatment of personality disorders in older adults is a highly underexposed subject. In this article it is illustrated by means of three case studies that a) treatment of personality disorders in the elderly is meaningful; b) it is useful in clinical practice to identify three levels of treatment, that is personality changing, adaptation enhancing and supportive-structuring treatment; c) at each level of treatment gerontologic aspects must be taken into account, such as increasing experiences of loss, how elderly people perceive somatic diseases and their disabling consequences, their changing life perspective, cohort-related and sociocultural beliefs, and the importance of intergenerational linkages. Further research is necessary whether the findings from these case studies can be generalised.

Keywords: personality disorders, older adults, treatment
Tijdschr Gerontol Geriatr 2010; 41: 96-103

Samenvatting

Behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is een sterk onderbelicht thema.

^a Gezondheidszorgpsycholoog/psychotherapeut
GGz Breburg Groep, Zorggroep Senioren en Ouderen, Tilburg.

SeneCure polikliniek psychiatrie voor senioren, Tilburg

^b Klinisch psycholoog/psychotherapeut

Psychotherapiepraktijk R. Van Royen, Beuningen

^c Gezondheidszorgpsycholoog/senior onderzoeker
Mondriaan Zorggroep, Divisie ouderen, Heerlen/Maastricht
Correspondentie: Drs. A.C. Videler, Lange akker 18 5081
MS Hilvarenbeek E: avideler@hetnet.nl, T: 013-5052622

In dit artikel wordt met behulp van drie gevalsbeschrijvingen geïllustreerd dat a) de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen zinvol is; b) het onderscheid tussen drie behandelniveaus, namelijk persoonlijkheidsveranderende, adaptatiebevorderende en steunend-structurende behandeling, relevant is in de klinische praktijk; c) op de verschillende behandelniveaus rekening gehouden moet worden met gerontologische aspecten, onder andere het toenemend aantal verlieservaringen, hoe ouderen aankijken tegen somatische aandoeningen en de beperkende gevolgen die deze met zich meebrengen, hun veranderend levensperspectief, co-

hortgebonden en socioculturele overtuigingen, en het belang van intergenerationele relaties. Empirisch onderzoek is nodig naar de generaliseerbaarheid van de bevindingen op basis van de drie gevalsbeschrijvingen.

Trefwoorden: persoonlijkheidsstoornissen; ouderen; behandeling

Inleiding

Behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is grotendeels een terra incognita. Er zijn weinig publicaties over dit onderwerp. Mogelijk hangt het gebrek aan belangstelling voor dit thema samen met een therapeutisch nihilisme. Met betrekking tot jongere volwassenen bestond in de jaren tachtig van de vorige eeuw een zelfde pessimisme. Inmiddels is er evidentie voor de effectiviteit van diverse psychotherapievormen voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij jongere cohorten, zoals blijkt uit de multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen.¹ In deze richtlijn wordt echter niets vermeld over de toepasbaarheid bij ouderen, terwijl persoonlijkheidsstoornissen zich in de klinische praktijk van de ouderenpsychiatrie veelvuldig aandienen.^{2,3,4} Effectstudies naar behandeling van persoonlijkheidspathologie bij ouderen ontbreken tot op heden. In dit stadium van wetenschappelijke kennisverwerving is exploreren onderzoek in de vorm van gevalsbeschrijvingen een zinvolle eerste stap.⁵

Eerst wordt ingegaan op de levensfase-specifieke factoren in de behandeling van ouderen met persoonlijkheidsstoornissen. Vervolgens worden verschillende behandelingsniveaus beschreven, te weten de persoonlijkheidsveranderende, adaptatiebevorderende en steunend-structurende behandeling. Ten slotte presenteren we drie gevalsbeschrijvingen die de relevantie illustreren van integratie van deze levensfasespecifieke factoren en van het onderscheid tussen de drie psychologische behandelingsniveaus.

Gerontologisch perspectief

Aspecten van het gerontologisch perspectief op de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen die in de literatuur genoemd worden, zijn enerzijds de in het leven van ouderen prominente verlieservaringen, en anderzijds een aantal specifieke therapeutische thema's.

Ouderen met een persoonlijkheidsstoornis kunnen als gevolg van inadequaat coping extra moeilijkheden ondervinden met het hanteren van levensfasegebonden verlieservaringen, namelijk verlies van gezondheid, verlies van ande-

ren en verlies van autonomie.⁶ Verlies van gezondheid betreft somatische comorbiditeit welke bij ouderen eerder regel dan uitzondering is; deze levensfasespecifieke stressor doet een belangrijk beroep op de copingvaardigheden van ouderen. Het verlies van anderen maar ook het verlies van sociale rollen vergt een adequaat vermogen tot adaptatie, zoals verwerking van het verlies en het oppakken van nieuwe rollen. Juist ouderen met persoonlijkheidsstoornissen zullen geneigd zijn bij veranderende omstandigheden rigide vast te houden aan disfunctionele copingstrategieën. Rouwverwerking, het oppakken van nieuwe betekenisgevende rollen en de ontwikkeling van alternatieve copingstrategieën zijn daarom belangrijke onderwerpen in therapie bij ouderen. Verlies van autonomie hangt doorgaans samen met lichamelijke kwalen of cognitieve stoornissen welke leiden tot zorgafhankelijkheid van mantelzorgers of professionele zorgverleners. Deze zorgafhankelijkheid kan aanpassings- en interactieproblematiek veroorzaken bij ouderen met een persoonlijkheidsstoornis.

Ten aanzien van specifieke therapeutische thema's gaat het concreet om overtuigingen over somatische aandoeningen evenals de beperkende gevolgen daarvan, het veranderend levensperspectief, cohortgebonden en socioculturele overtuigingen en ten slotte opvattingen over de transmissie van waarden in de relatie met jongere generaties.^{7,8} In een recente Delphi-studie werd consensus bereikt onder Nederlandse en Belgische experts over het cruciaal belang van genoemde thema's in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.⁷

Deze thema's worden kort toegelicht. Een voorbeeld van een overtuiging over een somatische aandoening is de basisopvatting van een afhankelijke oudere dat deze "het niet alleen redt", welke geactualiseerd kan worden door bijvoorbeeld maculadegeneratie; het vooruitzicht dat de visus verder zal verslechteren maakt dat deze oudere de toekomst als bedreigend ziet voor diens autonomie en dit leidt vervolgens tot aanklampedrag jegens anderen. Een gevolg van een somatische aandoening is bijvoorbeeld wanneer een oudere narcistische man immobiel wordt als gevolg van ernstig perifere vaatlijden, waardoor hij niet langer kan functioneren in zijn bewondering genererende rol als voorzitter van een ouderenorganisatie.

Het veranderend levensperspectief is in de behandeling van ouderen met een persoonlijkheidsstoornis een belangrijk thema, omdat er aanwijzingen zijn dat deze een verhoogd risico lopen om klachten te ontwikkelen die verband houden met het opmaken van de eigen levensbalans.^{9,10} Het veranderend levensperspectief betreft de normale psychologische ontwikkelingstaak om terug te kunnen kijken op het geleefde leven met een gevoel van rust, eenheid of afronding.¹¹⁻¹³ Van de Sande spreekt in dit verband van "retrospectie" dat in zijn ogen

in psychotherapie met ouderen even belangrijk is als het vermogen tot introspectie.¹⁴ Ouderen met persoonlijkheidsproblematiek worden doorgaans gekenmerkt door dichotoom denken,¹⁵ waardoor het omkerend levensperspectief aanleiding kan geven tot het (extreem) negatief evalueren van eigen levensloopaspecten, of zelfs het actualiseren van traumatische ervaringen uit het verleden.⁹

Cohortgebonden overtuigingen zijn opvattingen en leefregels die door een groep ouderen, die in een bepaalde periode geboren zijn, gedeeld worden.^{8,16,17} Een voorbeeld is de leefregel van vrouwen uit het cohort dat in de jaren twintig, dertig en veertig van de vorige eeuw geboren is, namelijk “niet klagen maar dragen”; deze opvatting kan een gebrekkige autonomie versterken en wordt daarom een thema in therapie.

Socioculturele opvattingen betreffen normen en waarden die door een groep ouderen uit een bepaalde socioculturele klasse gedeeld worden.^{9,18} Een voorbeeld is dat agrariërs na hun pensionering doorgaans vinden dat vakanties uit den boze zijn, omdat reizen “niet voor ons soort mensen is”.

Ten slotte vormen intergenerationele banden een voorname levensfasespecifieke factor in de behandeling van ouderen met een persoonlijkheidsstoornis. Ouderen beschouwen continuïteit en de transmissie van waarden naar jongere generaties als zeer belangrijk, terwijl jongeren onafhankelijkheid en autonomie voorname vinden.¹⁷ Daarbij zijn interpersoonlijke conflicten tussen gezinsleden van verschillende generaties een belangrijke stressor voor ouderen.⁸ De kans op intergenerationele spanningen is groter bij ouderen met persoonlijkheids-pathologie aangezien persoonlijkheidsstoornissen samengaan met interactieproblematiek. Interactieproblematiek tussen generaties is derhalve vaak een focus in de behandeling.

Drie behandelingsniveaus

De diverse psychologische interventies bij persoonlijkheidsstoornissen kunnen geplaatst worden op een denkbeeldig continuüm (zie figuur 1).¹⁸ Aan de ene pool bevinden zich interventies, zoals psycho-educatie en omgangsadvisering, die gericht zijn op de omgeving en niet zozeer op intrapsychische veranderingen bij de patiënt; aan de andere pool bevinden zich psychotherapievormen die een maximale coöpe-

ratie van de patiënt vergen en die gericht zijn op verandering van pathologische aspecten van de persoonlijkheid. Daartussen bevinden zich steunend-structurende interventies en adaptatiebevorderende therapievormen. Juist op latere leeftijd kan comorbiditeit met ernstige somatische aandoeningen of een gebrek aan motivatie voor een langdurende behandeling maken dat persoonlijkheidsveranderende behandeling niet haalbaar is. Hulp bij adaptatie aan levensfasegebonden veranderingen in het leven sluit dan beter aan bij de hulpvraag van deze ouderen. Ook cognitieve stoornissen kunnen verandering onmogelijk maken, waardoor de omgeving aangepast moet worden aan de kenmerken van de patiënt. Uiteraard kunnen interventies op verschillende behandelingsniveaus naast elkaar worden toegepast en eveneens worden gecombineerd met farmacotherapie. Ook kan gedurende de behandeling veranderd worden van behandelingsniveau.¹⁹

In de eerdere genoemde Delphistudie werd consensus bereikt over de bruikbaarheid in de klinische praktijk van dit continuüm.⁷ Tevens werd overeenstemming bereikt over specifieke indicatiecriteria voor deze behandelingsniveaus.

De drie psychologische behandelingsniveaus worden kort toegelicht.

Persoonlijkheidsveranderende behandeling: Dit behandelingsniveau betreft vormen van psychotherapie die gericht zijn op verandering van pathologische aspecten van de persoonlijkheid. Dergelijke behandeling is doorgaans langdurend (minstens 30 sessies). Onder persoonlijkheidsveranderende behandeling vallen psychotherapievarianten als cognitieve therapie,¹³ schematherapie,²⁰ dialectische gedragstherapie,²¹ mentalization based treatment,²² en transference focussed therapie.²³ Hoewel er geen effectstudies naar psychotherapie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen verricht zijn, is het aannemelijk dat psychotherapievarianten die bewezen effectief zijn voor volwassenen onder de 50 jaar, ook werkzaam zijn voor ouderen. Deze aanname wordt ondersteund door enkele casestudies, waarin cognitieve therapie en schematherapie goed toepasbaar blijken voor ouderen.^{9,24,25}

Adaptatiebevorderende behandeling: Dit behandelingsniveau is gericht op ouderen met een persoonlijkheidsstoornis die wel gemotiveerd zijn voor behandeling (of bij wie na motivatieverhogende interventies deze bereidheid zal ontstaan), maar beperkt zijn in de mogelijkheden tot verandering door bijvoorbeeld

psycho-educatie
omgangsadvisering

steunend-structurende
interventies

adaptatiebevorderende
therapie

persoonlijkheidsveranderende
therapie



Figuur 1
Continuüm van psychologische interventies.⁸

gebrekkige vermogens tot introspectie en empathie.⁷ In dit geval kan gekozen worden voor behandeling die gericht is op het beïnvloeden van kritieke aspecten van iemands aanpassing aan diens omgeving. Bij ouderen kan in het bijzonder gedacht worden aan derde en vierde levensfaseproblematiek. Deze behandelingsvorm kan bestaan uit een korte klachtgerichte behandeling op het vlak van het intermenselijk functioneren en coping, zoals interpersoonlijke psychotherapie,²⁶ systeemtherapie,²⁷ cognitief-analytische therapie,²⁸ of korte personologische therapie.¹⁸ Deze categorie van behandelvormen omvat behandelingen die doorgaans kortdurend zijn (minder dan 30 sessies).

Steunend-structurende behandeling: Wanneer een oudere niet in staat is tot verandering, kan gekozen worden voor een steunend-structurende behandeling. Dit behandelingsniveau is gericht op emotionele of praktische ondersteuning, bijvoorbeeld op het verkrijgen en behouden van een adequaat activiteitenpatroon en een passende dag- en weekstructuur. Ook kan behandeling gericht zijn op betere aanpassing van de omgeving aan de disfunctionele persoonlijkheidskenmerken van de patiënt middels omgangsadvies. Als het sociale steunsysteem overbelast of gemarginaliseerd is geraakt door uitputting, gebrouilleerde relaties of overlijdensgevallen kan het bieden van een surrogaat steunsysteem uitkomst bieden via bijvoorbeeld een gerontopsychiatrische dagverzorging of deeltijdbehandeling. Steunend-structurende interventies kunnen bestaan uit ondersteunende, adviserende en structurende gesprekken, of het opzetten van een dagstructuur met passende activiteiten. Intensieve, individuele steunend-structurende behandeling kan bestaan uit psychiatrische intensieve thuiszorg.

Drie gevalsbeschrijvingen

Persoonlijkheidsveranderende behandeling: mevrouw A.

Mevrouw A., 62 jaar, wordt verwezen door een vrijevestigd psychiater en meldt zich met recidiverende depressies. Reeds in 2001 werd in een GGZ-instelling een persoonlijkheidsstoornis NAO vastgesteld met ontwijkende, afhankelijke en obsessief-compulsieve trekken. Destijds werd alleen de as I stoornis, de depressie, behandeld.

Momenteel meldt patiënte zich opnieuw aan met een depressie. Ze is inactief, huilt veel en kan haar parttime baan als maatschappelijk werkende met moeite volhouden. Somatisch zien we een status na operatie melanoom anderhalf jaar geleden, waarbij patiënte enige tijd invoelbaar angst had voor overlijden; dit is op de achtergrond nog aanwezig. Een jaar geleden overleed haar tante die ze van kinds af haar lievelings-tante noemde. Dit activeerde in patiënte de cog-

nitie “ik geraak iedereen kwijt”. Haar moeder die overleed toen patiënte 24 jaar was, liet eens verstaan dat ze ongewenst was. Aldus verwijst het verlies van de tante middels het veranderend levensperspectief naar dit eerdere verlies en activeert een cognitief schema. Als gevolg van deze overtuiging vermijdt patiënte intimiteit, wat de depressie in stand houdt. De relatie met haar man en kinderen is goed.

Tijdens de intake blijkt dat patiënte erg gemotiveerd is om van haar depressieve klachten af te komen en het risico op recidive niet meer te lopen. Zij begrijpt dat haar ontwijkende trekken, op basis van het schema “ik ben niet de moeite waard”, deze cognitie bevestigt en de depressie veroorzaakt. Patiënte heeft doorzettingsvermogen om te investeren in de therapie en heeft een ondersteunend netwerk. Er wordt daarom besloten tot persoonlijkheidsveranderende psychotherapie, in casu cognitieve en schematherapie.^{15,20}

Rationale van deze therapievorm is dat de negatieve basisopvatting (schema) over het zelf (“Ik ben niet de moeite waard”) wordt gewijzigd in een functionele zelfopvatting. Door het herbeleven van de traumatische situatie(s) die aanleiding gaf tot dit zelfschema en het daarop herlabelen van de betekenis ervan, komt de patiënt tot een positief zelfschema. Deze experimentiële techniek is de krachtigste techniek uit de schematherapie.

Om een indruk te geven van schematherapie bij een oudere patiënt wordt een sessie beschreven waarin genoemde experimentiële techniek is toegepast om het disfunctionele kernschema te wijzigen.

De sessie vangt aan met een vraag aan patiënte: “Wanneer heb je voor het eerst gedacht dat je niet de moeite waard was?” Patiënte herinnert zich een situatie op 12-jarige leeftijd dat ze enkele dagen in het ziekenhuis lag en ze 's ochtends naar huis mocht. Patiënte zit 's ochtends klaar en verwacht opgehaald te worden. We vragen patiënte zich in die situatie te verplaatsen en te spreken in de ik-vorm en de tegenwoordige tijd (waardoor zij de situatie herbeleeft). Om 11 uur zit patiënte daar nog. Iemand belt haar moeder die antwoordt dat ze nog geen tijd heeft om patiënte op te halen. Zo gebeurt herhaaldelijk totdat patiënte 's avonds in een taxi gezet wordt die haar naar huis brengt. Daar wacht niemand haar op. De hulp in de huishouding vangt haar op en legt haar in bed. Patiënte denkt “Moeder weet nog niet dat ik er ben”. Uiteindelijk, laat in de avond, komt moeder. Ze verwacht blijdschap, een kus en een knuffel. Moeder vraagt enkel of ze wat wil drinken. Patiënte is teleurgesteld en vraagt waarom moeder niet gekomen is. Deze antwoordt dat het de drukste dag in de zaak was van het jaar. Nu dringt het tot patiënte door. Ze voelt

het in de maag en op de borst: "Ze heeft me niet gemist, ik ben niet de moeite waard".

Therapeut: "Wat denk je daarover als volwassene?"

Patiënte antwoordt: "Dit is te gek voor woorden! Waarom ben je niet gekomen?"

Therapeut: "Verplaats je in de situatie van dat kind. Wat wil je aan je moeder zeggen?"

Patiënte: "Waarom ben je mij vergeten? Je vergeet een kind niet, je bent blij als je kind opgeknapt is. Waar was je als ik je nodig had? De kinderen komen op de eerste plaats, niet de zaak."

Therapeut: "Hoe voel je je nu?"

Patiënte: "Niet zo goed."

Therapeut: "Wie zou je troosten?"

Patiënte: "Mijn tante. Zij haalt me op en zegt 'kom, laten we naar huis gaan.' Ze legt haar arm om me heen."

Therapeut: "Voel je haar arm?"

Patiënte: "Ja, ik krijg het gevoel dat ik de moeite waard ben. Ze aait me over de bol."

Maar de tante is er niet meer sinds vorig jaar. Ze huilt intens.

Therapeut: "Heb je iets van haar?"

Patiënte: "Ja, een trui en foto's."

Therapeut: "Wat wil je een speciale plek geven en de gedachte aan koppelen 'ik ben de moeite waard'?"

Patiënte: "Een mooie foto van haar met mijn arm om haar heen. Zij was mijn goede moeder."

Patiënte huilt omwille van het verlies van haar tante.

Therapeut: "Dit is verdriet, dit is legitiem, en geen depressie."

Patiënte vertelt verder over haar tante en herhaalt dat ze haar steeds het gevoel gaf: "Ik ben de moeite waard". De therapeut brengt de patiënte terug in het heden. Er wordt huiswerk afgesproken. Patiënte zal dagelijks een positieve situatie in een logboek noteren en toevoegen 'ik ben de moeite waard'. Ze brengt dit mee in de volgende sessies waarbij haar positieve zelfopvatting steeds sterker wordt.

De therapie leidde tot een stevige functionele zelfopvatting en tot een sterke afname van ontwijkende en afhankelijke trekken. De depressieve stemming was geheel in remissie.

Adaptatiebevorderende behandeling: de heer B.

Een echtpaar, beiden fanatieke tennissers, hij 70 jaar en zij 65 jaar, wordt verwezen naar een psychotherapeut door hun huisarts. De reden tot het verzoek om hulp is dat zij een ernstige discussie hadden over een tennisspel in aanwezigheid van andere spelers. Hij vindt dat zijn partner hem liet vallen. Er volgde een escalatie waarbij hij het terrein verliet. Zij volgde, beschaamd over zijn gedrag en weigerde er verder over te praten. Wel nam ze een andere tennispartner.

Hij verzoekt haar vervolgens de nieuwe partner snel op te geven. Zij weigert dat: "Dat kun je niet maken".

In het verleden hebben er zich meerdere escalaties in verschillende clubs voorgedaan. Dientengevolge worden zijn stressgeïnduceerde hartklachten geassocieerd met de relationele spanningen. Voorts zijn de huidige problemen versterkt na pensionering van de man, die tot zijn 69e heeft doorgewerkt als belastingconsulent.

Hij stelt haar voor dat ze beiden gaan praten met een "outsider" waarmee zij akkoord gaat. Hij mailt vervolgens de therapeut met de vraag om op korte termijn diens mening over de kwestie te vernemen.

Somatisch speelt bij hem zoals gezegd hartproblemen en bij haar ernstige slechthotheid. Na het recente overlijden van haar twee zussen maakt zij haar levensbalans op. Ze evalueert ook de relatie met haar echtgenoot en concludeert dat "hij altijd dit gedrag gehad heeft". Ze vraagt zich af hoe het verder moet met de relatie. Hun relatie met de kinderen is overigens redelijk.

Tijdens de intake wordt bij hem een narcistische persoonlijkheidsstoornis geclassificeerd en bij haar "geen diagnose" op As-II. Voorts blijkt dat zij eerder goed functioneerde als maatschappelijk werkende. Weliswaar had hij twintig jaar in loondienst gewerkt als belastingconsulent maar had toen vele conflicten met zijn leidinggevenden en vertoonde periodiek alcoholmisbruik. Nadat hij een bureau als zelfstandig belastingconsulent startte, verbeterde zijn functioneren aanzienlijk. Hij vraagt momenteel enkel om de mening van de therapeut over het relationele conflict. De taxatie is dat welwillendheid tot gedragsverandering in de loop van de behandeling zal ontstaan met motiverende interventies. Er wordt besloten tot adaptatiebevorderende behandeling, en wel volgens de korte personologische psychotherapie (KPP).¹⁸ De rationale van deze therapiemethode is dat de bekrachtiger van het gedrag (R+) wordt versterkt om de patiënt te motiveren tot therapie en gedragsverandering. Doel van de gedragsverandering is betere adaptatie aan levensfasegebonden stressoren.

Er zijn vier stadia in KPP:

Assessment: Identificatie van de basispersoonlijkheidsstijlen waarbij duidelijk wordt wat de bekrachtiger van het gedrag is. De persoonlijkheid van patiënt is narcistisch. Dit betekent dat hij doorgaans gewend is rechten te hebben op de bekrachtiger omwille van zijn speciale status.

Fase van het op één lijn komen: Hier gaat de therapeut akkoord met het belang van de bekrachtiger. Wat is hier de bekrachtiger? Laten we daarvoor kijken naar het verloop van de therapie. In de eerste sessie zien we een verschuiving van "ik heb gelijk" naar "pijn voor beiden" over het conflict. In de tweede sessie vraagt hij zich af: "Beteken ik iets voor haar? Ik wil haar helpen".

Zij: “Ik ben niet hulpbehoevend. Ik wil gewaardeerd worden als echtgenote”. In de derde sessie beweren beiden dat de escalaties in de relatie omwille van zijn gedrag en haar reactie pijnlijk zijn. Conclusie: “Verbetering van de relatie is ons belangrijkste doel”. De relatie vormt dan ook de concrete bekrachtiger in de therapie.

Fase van het akkoord: Er volgt een wederzijds akkoord van de partners om te werken aan het disfunctionele gedrag en de reactie hierop met het doel: de relatie. Deze fase is cruciaal voor het welslagen van de therapie. Er dient overeenstemming te zijn tussen therapeut en cliënt(en) over het doel van de gedragsverandering.

Fase van de gedragsverandering: in deze fase vindt adaptatie van disfunctionele gedragspatronen plaats die gericht zijn op het bereiken van dezelfde doelen. In de vijfde sessie besluit hij: “Ik zal wat aardiger zijn”, waarbij zij zal letten op haar reactie.

In de zesde sessie vindt stabilisatie plaats van het gedrag op basis van hun gezamenlijk doel. Hij vertoont aardiger gedrag en zij levert geen directe kritiek meer op hem. In plaats daarvan leren ze een voor beiden acceptabele vorm van overleggen en feedback geven aan elkaar.

In zijn algemeenheid heeft men vijf of zes wekelijkse sessies nodig om te komen tot assessment, het op één lijn komen, en het akkoord voordat gedragsverandering geïnitieerd wordt. Er zijn dan twee tot vier sessies elke twee weken en twee maandelijks sessies waarbij beëindiging wordt besproken en consolidatie van de bereikte gedragsverandering. Indien nodig zijn follow-ups mogelijk.

Deze kortdurende behandeling leidde tot een verbetering van de relatie. De echtgenoot leerde om kritiek minder te interpreteren als een krenking van zijn persoon en ook minder krenkend gedrag te vertonen. Zij leerde beter om te gaan met de gevoeligheid voor kritiek van haar man.

Steunend-structurende behandeling: mevrouw C.

Mevrouw C., 74 jaar, wordt verwezen door haar huisarts in verband met depressieve klachten, rouw en suïcidaliteit na het overlijden van haar echtgenoot. Patiënte is ambivalent over de mogelijkheden voor hulp. Enerzijds verlangt ze naar rust en wil ze opgenomen worden. Anderzijds vindt ze dat ze niet geholpen kan worden en wil ze dood. Er blijkt sprake van gecompliceerde rouw. Patiënte vermijdt stimuli die aan haar overleden echtgenoot herinneren, zoals foto's, muziek, en het kerkhof. Wanneer de psycholoog haar vragen stelt over haar man, huilt patiënte hevig en uit zich prompt suïcidaal: “Mijn man was een engel en zonder hem wil ik niet leven”.

De dochter nuanceert het blijkbaar sterk geïdealiseerde beeld van de echtgenoot. Tijdens het huwelijk waren er immers hevige ruzies tussen haar ouders. Patiënte wordt omschreven als kwetsbaar en wispelturig. Ze is naar anderen

wisselend claimend en afwijzend. Haar twee broers hebben sinds meer dan een jaar het contact verbroken. De dochter geeft aan emotioneel uitgeput te zijn.

Bij nadere diagnostiek wordt een borderline persoonlijkheidsstoornis vastgesteld. Opvallend is dat na de geboorte van elk van haar drie kinderen patiënte in overspannen toestand naar een tante ging om “tot rust te komen”. Vanaf ongeveer haar veertigste tot de pensionering van haar echtgenoot heeft patiënte beter gefunctioneerd. Nadien laaiden de echtelijke ruzies weer op. In de visie van de dochter voelde haar moeder zich in de steek gelaten door haar vader als hij ging bijlarten of kaarten. Sinds het overlijden van de echtgenoot doet patiënte een sterk wisselend appèl op haar dochter. “Wat heeft vader afgezien”, zo verzucht de dochter.

Uit de intake blijkt dat voldaan wordt aan meerdere indicatiecriteria voor steunend-structurende behandeling, namelijk patiënte is inactief en wisselend suïcidaal. Voorts blijkt het steunsysteem overbelast alsmede gemarginaliseerd na het overlijden van de echtgenoot en brouillering met twee zonen. Bovendien is patiënte niet bereid tot psychotherapie.

Doelen van de behandeling waren ontlasting van de dochter, stabiliseren van de emotionele labiliteit en herstellen van een passende dag- en weekstructuur. Gezien de onderliggende hechtingsproblematiek werd afgezien van klinische opname. In plaats daarvan werd psychiatrische dagbehandeling geboden. Tevens werd in een crisisplan met patiënte vastgelegd wat ze in geval van hoogoplopende suïcidaliteit zelf kon doen. Opties waren een kortdurende opname tot maximaal drie nachten om tot rust te komen, of het bellen van haar dochter. Met de dochter werd een reeks aparte psycho-educatieve en steunende gesprekken gevoerd, waarin ze uitleg kreeg over de borderline persoonlijkheidsstoornis van haar moeder. Ook werd haar geleerd hoe ze moeder in geval van een telefoontje neutraal te woord kon staan en eventueel de crisisdienst van de GGZ in kon schakelen. Het contact tussen moeder en dochter normaliseerde.

Interessant is dat patiënte nadat zij enigszins psychisch gestabiliseerd was, beter stil kon staan bij de gevoelens van rouw aangaande het verlies van haar man. Muziektherapie bleek een instrument om haar hevige gevoelens van woede en verdriet vorm te geven en het geïdealiseerde beeld van haar man te nuanceren. Ze nam haar improvisatiesessies op drums (bij woede) en xylofoon (verdriet) op om deze thuis na te luisteren. In de loop van twee jaar kon de frequentie van dagbehandeling worden afgebouwd.

Deze steunend-structurende behandeling leidde tot een verbetering van de draagkracht van de dochter en een normalisering van de relatie tussen moeder en dochter. Bij patiënte verdween de suïcidaliteit naar de achtergrond en zij kwam tot rouwverwerking van het verlies van haar echtgenoot.

Discussie

De gevalsbeschrijvingen tonen dat behandeling van persoonlijkheidsstoornissen zinvol is op latere leeftijd, als rekening gehouden wordt met levensfaspecificke thema's. Bij patiënt A. luxeerde het melanoom en het overlijden van een naaste een veranderend levensperspectief, waarbij het opmaken van de levensbalans leidde tot actualisatie van een disfunctioneel kernschema. Bij patiënt B. leidden rolverandering na pensioenering, lichamelijke klachten en het veranderend levensperspectief bij de echtgenote tot toenomen relationele spanningen, gesuperponeerd op narcistische problematiek. In de behandeling van patiënt C. leidde de rouw vanwege het overlijden van de partner en het wegvallen van zijn steunende en stabiliserende rol tot exacerbatie van de onderliggende borderline persoonlijkheidsstoornis. Voorts bleek het onderscheid in drie behandelingsniveaus behulpzaam bij de selectie van behandeling en de operationalisering van haalbare behandeldoelen.⁷

Vervolgonderzoek naar de validiteit van de indicatiecriteria voor de drie behandelingsniveaus is gewenst. Opmerkelijk is echter dat ook bij volwassenen nog geen vergelijkend en gecontroleerd empirisch onderzoek verricht is naar indicatiestelling voor behandeling van persoonlijkheidsstoornissen.²⁹

Kanttekening is dat de onderzoeksmethode in dit artikel is gebaseerd op N=1-onderzoek waarvan de resultaten wetenschappelijk gezien beperkt generaliseerbaar zijn.³⁰ Niettemin is N=1-onderzoek in dit stadium van wetenschappelijke kennisontwikkeling interessant ten aanzien van een nagenoeg onontgonnen terrein als behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.⁵ Op deze wijze kan verkend worden hoe bestaande evidence-based behandelingen voor jongere volwassenen afgestemd ("gefinetuned") kunnen worden op de specifieke kenmerken van ouderen met persoonlijkheidsstoornissen. Bovendien is het mogelijk om over een aantal N=1 studies die op dezelfde wijze zijn uitgevoerd, een meta-analyse te laten plaatsvinden door tijdreeksanalyses zoals een "multiple baseline case series design" waardoor de bewijskracht toeneemt.³¹

Ten slotte verdient verder onderzoek aanbeveling naar de vraag hoe bestaande behandelingen optimaal aangepast kunnen worden aan gerontologische factoren, namelijk de in het leven van ouderen meer prominente verlieservaringen en levensfaspecificke therapeutische thema's. Vervolgens zijn dan effectstudies van deze aangepaste behandelingen zinvol.

Literatuur

- 1 Trimbos-instituut. Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2008.
- 2 Van Alphen SPJ, Videler AC, Van Royen RJJ, Verhey FRJ. Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen nader gespecificeerd voor ouderen. Tijdschr Psychiatrie, 2009; 51: 249-53.
- 3 Abrams RC, Bromberg CE. Personality disorders in the elderly: a flagging field of inquiry. Int J Geriatr Psychiatry 2006; 21: 1013-17.
- 4 Segal DL, Coolidge FL, Rosowsky E. Personality disorders and older adults: Diagnosis, assessment and treatment. Hoboken, New Jersey: Wiley, 2006.
- 5 Bromley DB. The case-study method in psychology and related disciplines. Chichester: Wiley, 1986.
- 6 Van Alphen SPJ, Engelen GJJA, Kuin Y, van der Staak CPF. Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: drie casestudies. Tijdschr Gerontologie Geriatrie 2001; 32: 245-251.
- 7 Van Alphen SPJ, Bolwerk N, Videler AC, Tummers JHA, Van Royen RJJ, Barendse H, Penders HPJ, Scheepers C, Verheul R (in druk). Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: Consensus onder Nederlandse en Belgische experts over specifieke diagnostische en therapeutische aspecten. Tijdschr Psychiatrie.
- 8 Laidlaw K, Thompson LW, Dick-Siskin L, Gallagher-Thompson D. Cognitive behaviour therapy with older people. Chichester: Wiley, 2003.
- 9 Videler A, Van Royen R. Persoonlijkheidsproblematiek bij ouderen: Psychotherapie en omgangsadviesing. In Comijs H, Mooi B (Red). Ouderen en persoonlijkheid: De klinische praktijk. Amsterdam: Harcourt, 2008.
- 10 Videler A. Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: De Assepoester van de ouderenpsychiatrie? Tijdschr Verpleeghuisgeneeskunde 2008; 33: 184-187.
- 11 Butler RN. Successful aging and the role of the life review. J American Geriatrics Society 1974; 12: 529-536.
- 12 Erikson EH. The life cycle completed. New York: Norton & Company, 1982.
- 13 Westerhof G. Levenslooptheorieën: zelfrealisatie, ontwikkelingsregulatie en autobiografie. In Pot AM, Kuin Y, Vink M. (Eds.). Handboek ouderenpsychologie. De Tijdstroom: Utrecht, 2006.
- 14 Van de Sande J. Over psychoanalytische therapie met senioren. Tijdschr Psychotherapie, 2009, 35: 91-108.

- 15 Beck AT, Freeman A, Davis DD. Cognitive therapy of personality disorders. New York: The Guilford Press, 2004.
- 16 James IA. Schemas and schema-focused approaches in older people. In: Laidlaw K, Knight B (eds.) Handbook of emotional disorders in later life: assessment and treatment Oxford: Oxford, 2008.
- 17 Laidlaw K, Thompson LW. Cognitive behaviour therapy with depressed older people. In: Laidlaw K, Knight B (eds.) Handbook of emotional disorders in later life: assessment and treatment Oxford: Oxford, 2008.
- 18 Van Royen R, Videler A. De Korte Personologische Psychotherapie als model voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. *Directie Therapie* 2006; 26: 242-257.
- 19 Derksen JLL. Descriptieve en structurele psychodiagnostiek: Twee essays. Nijmegen: Pen Test Publisher, 2001.
- 20 Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. The Guilford press: New York, 2003.
- 21 Cheavens JS, Lynch TR. Dialectical behavior therapy for personality disorders in older adults. In: Gallagher-Thompson D, Steffen AM, Thompson LW (Eds.). Handbook of behavioral and cognitive therapies with older adults. New York: Springer, 2008.
- 22 Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment. Oxford: Oxford University Press, 2004.
- 23 Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. Psychotherapy for borderline personality. New York: Wiley, 1999.
- 24 Bizzini L. Cognitive psychotherapy in the treatment of personality disorders in the elderly. In: Perris C, McGorry PD (Eds.) Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: Handbook of theory and practice. Chichester: Wiley, 1998.
- 25 Dick LP, Gallagher-Thompson D (1995). Cognitive therapy with the core beliefs of a distressed lonely caregiver. *J Cognitive Psychotherapy* 1995, 9(4): 215-227.
- 26 Weissman M, Markowitz J, Klerman G. Comprehensive Guide to Interpersonal Therapy. New York: Basic Books, 2000.
- 27 Meijer D. Systeemtherapie en persoonlijkheidsproblematiek. In Comijs H, Mooi B (Red.). *Ouderen en persoonlijkheid: De klinische praktijk*. Amsterdam: Harcourt, 2008.
- 28 Hepple J, Sutton L. Cognitive Analytic Therapy and later life: a new perspective on old age. New York: Brunner-Routledge, 2004.
- 29 Snellen WM, Eurelings-Bontekoe EHM. Indicatiestelling bij persoonlijkheidsstoornissen. In: Eurelings-Bontekoe EHM, Verheul R, Snellen WM. *Handboek persoonlijkheidspathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.
- 30 Pot AM, Vink M. Wetenschappelijke vaardigheden. In: Pot AM, Kuin Y, Vink M. (Red.). *Handboek ouderenpsychologie*. Utrecht: De Tijdstroom, 2007.
- 31 Ferron J, Scott H. Encyclopedia of statistics in behavioral science. Chichester: Wiley, 2005.