

Persoonlijkheidsproblemen bij ouderen in tijden van vermaatschappelijking

Nieuwe klinische inzichten en toegenomen therapeutische mogelijkheden

Auteurs: Eva Dierckx, Filip Bouckaert, Sebastiaan P. J. van Alphen

De laatste jaren is er sprake van een verschuiving binnen de zorg waarbij gestreefd wordt om de hulpverlening aan mensen met beperkingen, kwetsbare ouderen, mensen met geestelijke gezondheidsproblemen en andere hulpvragers zoveel mogelijk geïntegreerd in de samenleving te laten verlopen. Deze vermaatschappelijking van zorg (zorg in en door de samenleving) gaat mooi samen met 'ageing (well) in place':¹ de eigen wens van de ouderen om zolang mogelijk thuis te blijven wonen in de eigen buurt en woonomgeving zijn twee trends die over het algemeen positieve evoluties met zich meebrengen. Deze maatschappelijke evoluties zorgen ervoor dat er minder opnames zijn in residentiële instellingen zoals woonzorgcentra (verpleeghuizen in Nederland) en psychiatrische instellingen. Bij de ouderen zelf is er, zeker wanneer zij wonen in zogenaamde "leeftijdsvriendelijke" steden en gemeenten, in vele gevallen sprake van een verbeterd subjectief welbevinden in termen van een verhoogde zin in het leven, zelfregie en kwaliteitsvol leven. Doch de gevolgen zijn niet voor alle betrokkenen in het netwerk rond de ouderen even rooskleurig. Denk maar aan een mogelijke overbelasting van de mantelzorger, zeker wanneer er sprake is van de aanwezigheid van ernstige gedrags- en psychologische problemen. Verder geven medewerkers van diensten aan huis (bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, thuisverpleegkundigen) aan dat ze geen handvatten hebben om met ouderen met psychopathologie en moeilijk gedrag om te gaan. Ook binnen de residentiële instellingen wordt men meer en meer geconfronteerd met de gevolgen van de vermaatschappelijking van de zorg. Zo geven heel wat hulpverleners binnen woonzorgcentra en psychogeriatrische afdelingen aan dat zij momenteel een intensivering in de zorg ervaren. Deze verhoogde zorgwaarde heeft, zeker in de psychiatrische ziekenhuizen, mogelijk te maken met het gegeven dat voornamelijk die patiënten met de meest ernstige psychische symptomen of die ouderen die het meest moeilijke gedrag vertonen, nog worden opgenomen (als de zorg in de thuissituatie echt niet meer mogelijk is).

Als we aan deze "moeilijke mensen/patiënten" denken, denken we ook meteen aan personen bij wie er waarschijnlijk sprake is van een persoonlijkheidsproblematiek. Uit gegevens blijkt inderdaad dat de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen in de psychiatrische ziekenhuizen zeer hoog is. In psychogeriatrische settings variëren de prevalentiecijfers tussen 33% bij ambulante tot 80% bij residentieel opgenomen patiënten.^{2,3}

Tot voor kort was er slechts weinig oog voor persoonlijkheidspathologie bij ouderen; zowel in het wetenschappelijk onderzoek als in de klinische praktijk was het thema sterk onderbelicht. Deze hoogcomplexere groep werd voorheen vaak "ondergediagnosticeerd" en bijgevolg ook "onderbehandeld" of er werd onterecht aangenomen dat persoonlijkheidsproblematiek op latere leeftijd uitdooft.⁴

Gelukkig neemt de aandacht voor het concept persoonlijkheidsstoornissen op latere/oude leeftijd de laatste jaren toe; daarvan getuigt een stijging in het aantal nationale en internationale publicaties (artikels en handboeken) met betrekking tot het thema. Verder werd in 2006 het Nederlands-Vlaams Expertpanel Persoonlijkheid en Ouderen (EPO) opgericht waar de aandacht uitgaat naar klinisch, wetenschappelijke en onderwijsaspecten wat betreft persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen en in 2018 verscheen het Nederlandstalige handboek 'Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen'.⁵ Als kers op de taart zijn er recent in Nederland twee topklinische centra op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen gevestigd, bij GGz Mondriaan (in 2017) en vervolgens bij GGz Breburg (in 2019) waar in beide de aandacht uitgaat naar innovatieve diagnostische en therapeutische interventies.

Van toenemende interesse in persoonlijkheidsproblematiek op latere leeftijd getuigen ook de nieuwe visies die ontstaan op (vroeg) behandeling en interventies van persoonlijkheidsstoornissen, veelal in het licht van een levensloopenadering. Deze

vroege interventies zijn geënt op modellen van klinische stadiëring (zie bijvoorbeeld Hutsebaut et al).⁶ Het uitgangspunt bij deze klinische stadiëring is het gegeven dat veel (psychische) aandoeningen (waaronder ook persoonlijkheidsstoornissen) een progressief verloop kennen, dat kan worden uitgedrukt in een opeenvolging van stadia.⁷ Daarbij zijn vroege stadia doorgaans lichter en minder specifiek en latere stadia eerder ernstiger, specifiek en meer chronisch. De meer statische kijk op persoonlijkheidsstoornissen wordt daarbij ingeruild voor een meer dynamische visie op persoonlijkheidsstoornissen en de behandeling ervan. De behandeling per stadium is immers verschillend: gaande van adaptatiebevorderend in de vroegere klinische stadia, naar persoonlijkheidsveranderend en steunend-structurerend/mediatief in de latere stadia. Binnen deze visie wordt ook zeer sterk de nadruk gelegd op 'vroege interventie en detectie', waarbij de clinicus oog dient te hebben voor zogenaamde subklinische symptomen die duiden op een mogelijke persoonlijkheidsproblematiek. Hoe eerder men kan ingrijpen, hoe effectiever de behandeling is. Ondanks deze veelbelovende 'toekomstige' visie zijn er nog veel uitdagingen op het gebied van wetenschappelijk onderzoek, is dit op heden nog *work in progress* en zal het mogelijk nog een tijdje duren vooraleer deze concepten ook in de klinische praktijk hun ingang vinden.

Wanneer we van de, hopelijk nabije, toekomst naar het heden terugkeren, merken we dat clinici in het huidige klinische werkveld nog vaak met een heleboel vragen worstelen; vragen die te maken hebben met zowel diagnose ((vroege)herkenning) als behandeling, omgang en verzorging. Nog steeds is er in de klinische praktijk en bij de dagdagelijkse hulpverlening aan ouderen een zekere onwetendheid en onkunde als het gaat om het herkennen en diagnosticeren van een persoonlijkheidspathologie. Het inadequaat herkennen van een persoonlijkheidsstoornis bij ouderen leidt niet enkel tot een mogelijke onderdiagnostiek, zoals bij het niet herkennen van een onderliggende persoonlijkheidsproblematiek die het huidige toestandbeeld (bijvoorbeeld de angst of depressie) kan kleuren. Er kan ook sprake zijn van een overdiagnostiek, waarbij toestandbeelden miskend en te laat behandeld worden.⁸ Het al te veel benadrukken van 'het zit hem in de persoonlijkheid' kan daarenboven het therapeutisch nihilisme bij hulpverleners versterken. Leeftijdsdiscriminerende opmerkingen zoals "is het wel nodig om nog te weten dat er bij die patiënt van 70 jaar sprake is van een persoonlijkheidspathologie, want eigenlijk er is toch niks meer aan te doen" zijn vandaag de dag jammer genoeg nog al te vaak te horen. Nochtans heeft eerder onderzoek aangetoond dat de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen niet alleen zinvol is, doch ook effectief kan zijn.⁹ De teneur bij veel wetenschappelijk onderzoek is echter dat de resultaten vaak niet bij de mensen in het werkveld terecht komen.

Als editorial binnen dit themanummer dat handelt over persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is het ook goed om stil te staan bij de term "stoornis en pathologie". Wordt er binnen de hulpverlening niet teveel aandacht besteed aan datgene wat fout gaat; ligt de focus niet teveel op negatieve kenmerken en symptomen? Men kan zich afvragen of het niet beter is om te spreken van personen met specifieke (persoonlijkheids)kenmerken, in plaats van personen met maladaptieve persoonlijkheidskenmerken? Waarom "stoornis"? Omdat het personen zijn die misschien wat meer afwijken van wat we als normaal zijn gaan zien en die er op een bepaald moment niet meer in slagen om op een goede manier om te gaan met stress en moeilijke situaties, en vastlopen? Dat brengt ons zeer dicht bij de in de tussentijd 'eeuwenoude' discussie van het categoriale versus het dimensionele denken; een discussie die ook recent weer aan bod kwam in een advies van de Hoge Gezondheidsraad van België waarbij de zin van DSM-classificatie onder vuur lag (Hoge Gezondheidsraad, 2019).¹⁰ De discussie of DSM-labels al dan niet zinvol zijn, zou ons hier echter te ver leiden. Wat we wel willen meenemen uit dit advies is de aanbeveling om binnen de geestelijke gezondheidszorg de mens (en niet de stoornis/het DSM-label) centraal te stellen. Het is daarbij nodig dat er meer nadruk komt te liggen op de krachten, de sterktes en de positieve eigenschappen van mensen. Dit krachtgericht werken sluit nauw aan bij de vernieuwde visie van herstelgericht kijken binnen de geestelijke gezondheidszorg. Bij herstelgericht werken focust men immers ook meer op het gezonde deel van iedere persoon en niet (louter) op symptomen, problemen en/of diagnoses.^{11,12} Binnen deze herstelvisie blijven specialistische hulp, het stellen van een diagnose of aanbieden van een behandeling een belangrijke plaats hebben. Men geeft evenwel de patiënt het roer in handen bij het nemen van beslissingen ten aanzien van zijn begeleiding en behandeling¹³ waarbij de hulpverlening zich dienstbaar opstelt en men uitgaat van een positief mensbeeld. Dit laatste brengt ons bij een zeer beloftevolle ontwikkeling in het onderzoek naar persoonlijkheid en schema's bij ouderen waarbij er ook meer gekeken wordt naar de zogenaamde adaptieve kenmerken. Het recente onderzoek van Videler en collega's¹⁴ rond positieve schema's (in navolging van de maladaptieve schema's van Young) en de validering van de daartoe horende Young Positive Schema questionnaire¹⁵ (Nederlandstalige versie) lijkt dan ook zeer waardevol te zijn.

In dit redactioneel hebben we, als voorbereiding op het themanummer, een aantal thema's in vogelvlucht aangehaald: nieuwe maatschappelijke tendensen, moeilijkheden die klinici ervaren in het werken met ouderen met een persoonlijkheidspathologie en nieuwe beloftevolle klinische inzichten op het vlak van behandeling. Wat nu volgt, is een reeks artikelen, waarin "the state of the art" met betrekking tot het thema "persoonlijkheidspathologie op oudere leeftijd" gebundeld werd.

Veel leesplezier!

Auteurs

Eva Dierckx

Vrije Universiteit Brussel (VUB), Psychiatrische Kliniek Alexianen Zorggroep Tienen

Vrije Universiteit Brussel (VUB), Persoonlijkheid en Psychopathologie onderzoeksgroep (PEPS)

Psychiatrische Kliniek Alexianen Zorggroep Tienen

Filip Bouckaert

Ouderenpsychiatrie, Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven

Ouderenpsychiater, Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven, Leuven

Sebastiaan P. J. van Alphen

Vakgroep psychologie en educatiewetenschappen, Vrije Universiteit Brussel, Brussel, Belgium, Mondriaan Ouderen, Heerlen, Netherlands

Expertisecentrum Persoonlijkheidsstoornissen bij Ouderen, Mondriaan GGZ, Heerlen.

Vrije Universiteit Brussel, Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen, Onderzoeksgroep Persoonlijkheid en Psychopathologie

School of Social and Behavioral Sciences, Department of Medical and Clinical Psychology, Tilburg University, Tilburg.

Literatuurlijst

1. World Health Organization. A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older adults. Kobe: WHO Centre for Health Development, 2004.
2. Alphen SPJ van, Dijk SDM van, Videler AC, Rossi G, Dierckx E, Bouckaert F, Oude Voshaar RC. Personality Disorders in older adults: Emerging research issues. *Current psychiatry Reports* 2015; 17: 538-545.
3. Penders KAP, Dierckx S, Steenhaut P, Dierckx E, Rossi GMP. Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: Epidemiologische aspecten. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2020; 51(2). DOI: 10.36613/tgg.1875-6832/2020.02.02
4. Alphen SPJ van. Een persoonlijke kwestie. Inaugurale rede leerstoel beroepsopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog. Tilburg: Tilburg University, 2019
5. Alphen SPJ van, Oude Voshaar RC, F. Bouckaert, A.C. Videler (redactie). *Handboek persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen*. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom, 2018
6. Hutsebaut J, Videler AC, Verheul R, van Alphen SPJ. Managing Borderline Personality Disorder from a life course perspective: clinical staging and health management. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2019; 10: 309-316.
7. Scott J, Leboyer M, Hickie I, Berk M, Kapczynski, Frank E, et al. (2013). Clinical staging in psychiatry: a cross-cutting model of diagnosis with heuristic and practical value. *British Journal of Psychiatry* 2013; 202: 243-245.
8. Kernberg OF, Yeomans FE. Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: Practical differential diagnosis. *Bulletin of the Menninger Clinic* 2013; 77: 1-22.
9. Videler AC, van Alphen SPJ, Rossi G, van der Feltz-Cornelis CM, van Royen RJJ, Arntz A. Schema therapy in older adults: A multiple baseline case series. *Aging and Mental Health* 2018; 22: 738-747.

10. Hoge Gezondheidsraad. DSM(5) : Toepassing en status van de diagnose en classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen. Brussel: HGR; 2019. Advies nr. 9360.
https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_9360_dsm5.pdf
Geraadpleegd op 5 februari 2020.
11. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry* 2011; 199: 445–52.
12. Thomas EC, Despeaux KE, Drapalski AL, Bennett M. Person-Oriented Recovery of Individuals With Serious Mental Illnesses: A Review and Meta-Analysis of Longitudinal Findings. *Psychiatric Services* 2018; 69(3): 259–67.
13. Droës J, Witsenburg C. Herstelondersteunende zorg. Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen. Amsterdam: SWP, 2012
14. Videler AC, van Royen RJJ, Legra MJH, Ouwens MA . Positive schemas in older adults: clinical implications and research suggestions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* (in press).
15. Louis JP, Wood AM, Lockwood G, Ho MR, Ferguson E. Positive clinical psychology and Schema Therapy (ST): The development of the Young Positive Schema Questionnaire (YPSQ) to complement the Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3). *Psychological assessment* 2018;30:1199-1213. doi: 10.1037/pas0000567. Epub 2018 Apr 19.