

De rol van persoonlijkheidsaspecten bij preventie en behandeling van ‘probleemgedrag’ bij dementie

Met de STIP-methode helpen wij u op weg!

Ton Bakker & Janine Collet

Persoonlijkheidsaspecten van de oudere mens en van de zorgafhankelijke kwetsbare oudere met psychische problematiek in het bijzonder zijn in de finale levensfase van groot belang voor zowel de ervaren kwaliteit van leven als de functionele autonomie. De persoonlijkheid is als het ware het vehiculum dat alle ervaringen en kernbehoeften van het geleide leven tot dan toe in zich herbergt. Het ervaren van een autonome en een psychisch evenwichtige ouderdom met een optimale kwaliteit van leven wordt er in hoge mate door bepaald. Persoonlijkheid is een breed begrip dat om nadere operationalisering voor kwetsbare ouderen vraagt.

Inleiding

In dit artikel wordt persoonlijkheid gedefinieerd als een set van kenmerkende, psychologische functie-eigenschappen van een ouder individu, die gedurende langere tijd bestaat. Dit wil overigens niet zeggen dat deze functie-eigenschappen statische gegevenheden zijn. Het gaat om de voor een individuele oudere karakteristieke manier van denken, waarnemen, handelen en de hieraan gerelateerde emoties en onderliggende kernbehoeften. Hiermee treedt de oudere de wereld tegemoet in de omgang met zowel personen (bv. partner, (klein)kinderen en vrienden) als zijn omgeving (bv. woning en financiële situatie). Het betreft dus het interpersoonlijke en sociale functioneren. De vraag in dit artikel is: welke rol spelen persoonlijkheidsaspecten en eventuele persoonlijkheidsproblematiek in de actuele zorg en dan met name bij de preventie en behandeling van ‘probleemgedrag’ bij ouderen met cognitieve stoornissen zoals dementie?

De zorgvraag van kwetsbare ouderen met dementie, zowel thuiswonend als verblijvend in het ziekenhuis, geriatrie revalidatie, verpleeghuizen of in de geestelijke gezondheidszorg, wordt steeds ingewikkelder als gevolg van een vaak aanwezige combinatie van somatische, cognitieve, psychiatrische en sociale problematiek (Bakker et al., 2018). Mantelzorgers en professionals in de zorg worden regelmatig geconfronteerd met probleemgedrag bij kwetsbare ouderen, in het bijzonder bij mensen met cognitieve stoornissen zoals dementie. Persoonlijkheidsaspecten en vooral maladaptieve persoonlijkheidstrekken tot persoonlijkheidsstoornissen aan toe kunnen achterliggend bij dit probleemgedrag een essentiële rol spelen (Antheunissen et al, 2020). Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen komen vaak voor. De prevalentie varieert van 8 tot 14% in de algemene ouderenpopulatie, 22 tot 58% in het verpleeghuis en 24 tot 60% in de ggz-

populatie (Collet et al., 2018). Bij de oudere mens is mede als gevolg van de specifieke levensfase de presentatie van de aan persoonlijkheid gerelateerde psychische problemen anders gekleurd dan bij jongeren en volwassenen.

Dit uitgebreidere artikel gaat in op de rol van persoonlijkheidsaspecten als mogelijke achterliggende factor van wat wordt benoemd en gepresenteerd als probleemgedrag bij kwetsbare ouderen met cognitieve stoornissen zoals dementie. Eerst wordt met name uitgebreider ingegaan op de voor ouderen met psychische problematiek (inclusief probleemgedrag bij dementie) relevante (contextuele) aspecten van de persoonlijkheid en persoonlijkheidspathologie, met name betreffende psychodynamiek en ernst van de problematiek. Vervolgens wordt conform de gepubliceerde versie de symptomatologie, in het bijzonder diverse persoonlijkheidsbeelden, beschreven. Daarna volgt een beschrijving van de gepersonaliseerde Stapsgewijze Integrale Aanpak van Probleemgedrag (STIP-methode), een methode om tot preventie en behandeling van probleemgedrag te komen. Ten slotte worden aan de hand van vignetten op basis van de STIP-methode mogelijkheden tot preventie en behandeling van probleemgedrag in de praktijk getoond, met als doel concrete methodische handvatten te bieden aan zorgprofessionals om persoonsgerichte, integrale, interdisciplinaire zorg te bieden.

Geïntegreerde psychodynamiek van de persoonlijkheid bij ouderen

Manieren van omgaan met de wereld worden geleerd vanaf het eerste moment dat de hersenen iets kunnen vastleggen van wat een mens meemaakt. Al in de baarmoeder (gedurende de laatste maanden van de zwangerschap) zijn de hersenen van de ongeboren baby in staat enige data vast te leggen. De bij de geboorte bestaande eigenschappen van het kind worden aangeduid met het begrip temperament. In welke mate het temperament van een baby genetisch is bepaald of (mede) verworven is via de moeder (bijvoorbeeld onder invloed van roken, alcohol, drugs, ziekte, stresservaringen), is niet zonder meer duidelijk. Door Costa en McCrae (1988) worden bij het begrip temperament vijf dimensies onderscheiden:

1. Extraversie (extraversion): naar buiten gerichte, positieve emotionaliteit,
2. Inschikkelijkheid (agreeableness): warmte, sociaal,
3. Gewetensvolheid (conscientiousness): verantwoordelijk, impulsiviteit,
4. Neuroticisme (neuroticism): angstige, negatieve emotionaliteit,
5. Openheid (openness): onderzoekend, rationaliteit.

Met het eigen temperament gaat het kind de dynamische wisselwerking met de wereld aan op de biologische, psychische en sociale dimensies. Dit in essentie cognitieve leerproces kan begrepen worden vanuit drie perspectieven: 1) het leertheoretisch perspectief, 2) het object-relatieperspectief, en 3) het psychodynamisch perspectief. Dit leerproces loopt door tot op hoge ouderdom.

1) Het *leertheoretisch perspectief* stelt dat – kort geformuleerd – mensen geboren worden als een schoon blad, een 'tabula rasa'. Zij leren allerlei meer of minder passende cognitieve schemata aan, bestaande uit een kenmerkende manier van denken, waarnemen, handelen en gerelateerde emoties. Dit gebeurt op basis van onderlinge positieve en negatieve wisselwerking met hun omgeving. Reacties van de omgeving kunnen stimulerend en belonend zijn of als voorbeeld dienen, maar kunnen ook een grote negatieve impact hebben bijvoorbeeld als gevolg van traumatische gebeurtenissen. Met name aandacht of het gebrek hieraan blijkt hierbij een belangrijke rol te spelen. Op grond hiervan ontwikkelt een mens zijn kenmerkend persoonlijkheidseigenschappen. Dit proces gaat door tot op zeer hoge leeftijd. Het leertheoretisch perspectief verklaart hieruit de psychologische beïnvloedingsprocessen tussen mensen onderling. De (cognitieve) gedragstherapie (o.a. Beck, 1983) is grotendeels gebaseerd op deze leerprincipes.

2) Het *object-relatieperspectief* onderscheidt – kort geformuleerd – een aantal fasen in de psychische ontwikkeling van een kind, gebaseerd op de manieren waarop het kind zich verhoudt tot zijn wereld om hem heen en tot zichzelf. Gehechtheid (Attachment and Loss) speelt hier een cruciale rol. Het kind doorloopt verschillende te onderscheiden ontwikkelingsfasen onder invloed van de positieve en negatieve (hechtings)ervaringen die het van jongs af aan opdoet. Het object-relatieperspectief ordent dit proces aan de hand van drie inhoudelijke aspecten:

1. Intrapsychische beelden, zogenaamde subject of zelfbeelden,
2. Extrapsychische beelden, zogenaamde object of omgevingsbeelden,
3. Belevingen waarmee de zelf en omgevingsbeelden beladen zijn.

Door emoties gekleurde zelfbeelden en omgevingsbeelden vormen zich c.q. worden geleerd als gevolg van de voortdurende stroom van bio-psycho-sociale invloeden waarmee een kind geconfronteerd wordt tijdens het opgroeien. Met behulp van zijn toenemende vermogen tot waarnemen en handelen groeit bij een kind een duidelijker beeld van zichzelf en van zijn omgeving. Als zijn vaardigheden en mogelijkheden toenemen – hierbij gestimuleerd door zijn omgeving – leert een kind een positief (cognitief) beeld van zichzelf en zijn omgeving aan. Bij negatieve ervaringen geldt het omgekeerde. Bowlby (1940) is een bekende exponent van dit perspectief.

3) Onder meer Masterson (1981) en in Nederland Vermote (2013) hebben een combinatie gemaakt tussen het object-relatie- en het *psychodynamisch perspectief* (Freud, 1930). Gesteld wordt dat in wisselwerking met de vorming van de zelf- en omgevingsbeelden bij het kind onder invloed van driftprincipes (Eros en Thanatos) gelijktijdig de intrapsychische structuren tot stand komen die de kern van de psychodynamische theorie vormen. Het betreft het driftleven (id), het geweten (superego) en het stuurvermogen (ego), welke laatste zowel het gebruik van afweer-/copingmechanismen als het realiteitsbesef betreft. Al naargelang een positieve of negatieve bio-psycho-sociale omgeving zijn deze intrapsychische structuren meer of minder adequaat en stabiel ontwikkeld.

Geïntegreerd theoretisch ontwikkelingskader

In deze paragraaf worden de principes van de ontwikkeling van de kenmerkende persoonlijkheidseigenschappen beschreven vanuit een geïntegreerd theoretisch kader met aandacht voor de vorming van de cognitieve schemata, de zelf- en omgevingsbeelden, de intrapsychische structuren en de kernbehoeften. Als ordeningsprincipe is gebruik gemaakt van de ontwikkelingsfasen ('orale', 'anale', 'fallische' en 'postfallische') uit het psychodynamisch perspectief. Via deze fasen bouwt de persoonlijkheid zich laag voor laag tot op hoge leeftijd op. Hogere, later ontwikkelde lagen kunnen eventuele tekortkomingen en misvormingen bijvoorbeeld ten gevolge van traumatische ervaringen uit de eerdere la(a)g(en) eronder compenseren of juist versterken.

Meteen na zijn geboorte ('orale' fase) kan een kind nauwelijks onderscheid maken tussen zichzelf en zijn omgeving. In zijn beleving bestaan er voornamelijk niet van elkaar te onderscheiden (almachtige) zelf-/omgevingsbeelden. Deze totaalbeelden worden ervaren als óf plezierig óf angstaanjagend. Een baby gaat geleidelijk de plezierige totale zelf-/omgevingsbeelden internaliseren. Ze vormen een eerste groeikern voor zijn zelfbeelden en bijbehorende primitieve cognitieve schemata. De onplezierige totale zelf-/omgevingsbeelden worden in deze fase beleefd als behorend tot de buitenwereld, een eerste groeikern vormend voor zijn omgevingsbeelden. Er bestaan op deze leeftijd nog geen duidelijke grenzen tussen binnen en buiten; het zich vormende ego hanteert slechts een primitieve scheiding tussen binnen (all 'good') en buiten (all 'bad'), met gebruikmaking van primitieve afweer-/copingmechanismen als splitsing, ontkenning en projectie. De primitieve intrapsychische structuur van een kind wordt in deze fase nog gedomineerd door het driftleven (id). Het kind ervaart primaire, krachtige kernbehoeften en zoekt egocentrisch naar directe bevrediging. Het heeft nauwelijks mogelijkheden tot uitstel van zijn driftbevrediging ter beschikking. Frustratie roept agressieve of depressieve gevoelens op, terwijl bevrediging gevoelens van wellust en welbehagen geeft. Van gewetensvorming (superego) is nog nauwelijks sprake. Het realiteitsbesef is gebrekkig door afwezigheid van duidelijke zelfgrenzen, door het gebruik van primitieve afweermechanismen en het hanteren van primitieve, cognitieve schemata over de realiteit in termen: binnen (all 'good') en buiten (all 'bad'). Traumatische ervaringen in deze ontwikkelingsfase kunnen een diepgaande impact hebben op de persoonlijkheidsontwikkeling, die een grote (negatieve) rol kunnen spelen tot op hoge leeftijd.

In het volgende stadium ('anale' fase) leert een kind, op basis van eigen waarnemingen en gedragingen, een nadere scheiding aan te brengen tussen wat zich binnen hemzelf afspeelt en wat tot de buitenwereld behoort. Het leert dat het te simpel is om het slechte zonder meer in de buitenwereld te projecteren, maar dat er zich ook onplezierige belevingen binnen hemzelf kunnen voordoen, bijvoorbeeld honger of pijngevoel. Anderzijds neemt het besef toe dat het warme, 'voedende moederlichaam' geen deel van hemzelf is, maar behoort bij de buitenwereld. Het kind ontdekt dat zijn zelfbeelden en omgevingsbeelden zowel goed als slecht kunnen zijn (ambivalentie). Een belangrijk kenmerk van deze fase is dat de verschillende aspecten van de zelf- en omgevingsbeelden zwart-wit van elkaar gescheiden worden door het zich verder vormende ego. Naast het gebruik van de afweermechanismen splitsing, ontkenning en projectie worden ook afweermechanismen als verdringing, verschuiving en overdekking door het tegendeel

ontwikkeld. Een functioneel realiteitsbesef ontbreekt nog. Er bestaat een absolute splitsing tussen de goede, behoeftevervullende moeder en de slechte moeder die afwezig is. In de beleving van het kind bestaan er verschillende moeders. Zijn vroege, nog onaangepaste cognitieve schemata (denkbeelden, waarnemingen, gedragingen en gerelateerde emoties) zijn eveneens zwart-wit wat betreft het beleven van zichzelf (zelfbeelden). Het kind is tevreden met zichzelf óf ervaart zichzelf als waardeloos. Ook in deze fase heeft egocentrische kernbehoefte-uitleving een grote invloed op het psychisch functioneren van het kind. Door te leren dat er in de buitenwereld slechte en goede personen bestaan en door het toenemend vermogen zelf te handelen, gaat het kind ervaren en onthouden dat het soms succesvoller is om kernbehoeften niet meteen uit te leven. De groeikern voor het stuurvermogen (ego) wordt verder gevormd. Volgens Bowlby is een min of meer stabiele warmte en vertrouwen biedende buitenwereld een belangrijke voorwaarde om tot de hiervoor noodzakelijke hechting te komen. Ernstige (met name langdurige) trauma's (mishandeling, incest) hebben daarentegen een diepingrijpend tegenovergesteld effect (ook neurofysiologisch). In de anale fase wordt eveneens de eerste groeikern voor de intrapsychische structuur geweten (superego) aangelegd. Deze voorloper van het latere geweten werkt nog gebrekkig en momenteel, in directe aanwezigheid van de mogelijk straffende buitenwereld. Geweten wordt gemodelleerd naar primitief gevormde beelden van all 'bad' personen uit de omgeving. Het is daardoor zwart-wit en agressief- straffend.

In de derde 'fallische' fase leert een kind de steeds wisselende en van elkaar gescheiden 'goede' en 'slechte' beelden die het van zichzelf en zijn omgeving heeft, bij elkaar te brengen (integratie). Het kind gaat beseffen dat het één en dezelfde moeder is die goede en slechte eigenschappen heeft. Evenzo groeit het denkbeeld dat het zelf verschillende kanten heeft en toch één en hetzelfde individu is. Het kind krijgt daarmee een passender kijk op zichzelf en zijn omgeving (meer aangepaste maar nog enigszins disfunctionele cognitieve schemata). In toenemende mate kunnen positieve deelervaringen worden vastgehouden, ook als de kernbehoefte-uitleving op een gegeven moment gefrustreerd wordt. Evenzo kan het kind steeds beter positieve deelervaringen over zichzelf vasthouden, ook op momenten waarop teleurstellingen ervaren worden. Het is nu beter in staat om met dergelijke conflictstof om te gaan. Mede door de groei van zijn cognitieve vermogens op het gebied van denken, waarnemen, handelen, interpreteren en (enige) reflectie leert een kind beter met zijn driftbevrediging om te gaan. Het leert zich meer en meer te identificeren met andere mensen en is in staat zich ook in anderen in te leven. Zowel uit angst als via identificatie leert een kind een gevarieerd patroon van cognitieve schemata aan van denkbeelden, waarnemingen, gedragingen en gerelateerde emoties m.b.t. de omgang met anderen. Het kind maakt zich normen en waarden eigen, die zijn subjectieve geweten vormen; dit blijft nu zijn invloed ook uitoefenen wanneer andere mensen niet direct aanwezig zijn. Het zwartwit en agressieve karakter van het geweten raakt op de achtergrond. Naarmate de drang tot directe kernbehoeftebevrediging beter hanteerbaar wordt, neemt ook de noodzaak af van het gebruik van de primitievere afweermechanismen, die het realiteitsbesef te zeer verstoren. Het ik (ego) heeft zich langzamerhand rijpere afweermechanismen eigen gemaakt die zich beter verdragen met een functioneel realiteitsbesef, zoals identificatie, humor en sublimering.

Een mens leert in de loop van zijn verdere leven ('postfallische' fase) in toenemende mate een levensspel van geven en nemen vorm te geven. Hierbij is sprake van een groeiend inzicht in de kenmerken van het eigen bio-psycho-sociaal functioneren door een toenemend vermogen tot

reflectie en mentalisering t.a.v. zichzelf én van anderen. Relaties met anderen krijgen een minder impulsief kernbehoeftebevredigende invulling. Cognitieve schemata met als inhoud een eigen stabiele en waardevolle identiteit te bezitten worden verstevigd en uitgebouwd. Relaties met anderen worden bijvoorbeeld minder bepaald door een disproportionele kernbehoefte van dominant (narcistisch) zoeken van bewondering en waardering (denkbeeld: “ik ben erg speciaal”) of van een onvoorwaardelijke nabijheid (borderline) gevoel (denkbeeld: “de ander laat mij in de steek”). Evenwichtige denkbeelden over zichzelf en zijn omgeving stellen een volwassene en een oudere mens in staat om in zijn verdere ontwikkeling op een positieve manier met verandering om te gaan; verandering opgevat als het optreden van onontkoombare verliezen in samenhang met het actief zelf zoeken en creëren van nieuwe mogelijkheden.

Het vermogen tot omgaan met verandering van de oudere mens tot en met het levenseinde wordt sterk bepaald door de verworven stabiliteit en adequaatheid van zijn persoonlijkheidskenmerken i.c. evenwicht van zijn zelf en omgevingsbeelden. Functieverlies hoeft bijvoorbeeld dan niet noodzakelijkerwijs gezien te worden als enerzijds een narcistische krenking, een tekortschieten, geen grip hebben op een situatie of als anderzijds een borderline schok, een dreigend bevredigingsverlies en angst om door de ander verlaten te worden. Het omgekeerde is waar als ten gevolge van traumatische ervaringen in de vroege jeugd de persoonlijkheid juist kwetsbaar is. Mede onder invloed van de overwegend negatieve (sociale) beeldvorming ten aanzien van de oudere levensfase worden (m.n. somatische en cognitieve) functionele veranderingen op oudere leeftijd vaak in de verliessfeer beleefd, waarbij de mogelijkheden van de oudere levensfase onderbelicht blijven. Als bij een oudere mens de verworven zelf en omgevingsbeelden minder stabiel zijn en snel uit evenwicht geraken neemt in deze levensfase de kans op (chronische) stress en persoonlijkheidspathologie toe. Dit proces wordt versterkt indien hierbij neuro-cognitieve functiestoornissen betrokken zijn. Neuro-cognitieve stoornissen bijvoorbeeld ten gevolge van dementie kunnen het effect hebben van een sluipend optredend trauma, dat tegelijkertijd progressief bestaande coping-/afweermechanismen afbreekt.

Bij een positieve ontwikkeling ontstaan daarentegen vormen van evenwichtige levenswijsheid en rijpheid; gerelateerd aan een flexibel realiteitsbesef en een scala aan op coöperatie en interpersoonlijke verbanden gerichte vaardigheden, denkbeelden, emoties, strategieën en reflecties. Het ego bedient zich voornamelijk van de rijpere afweermechanismen als relativering, humor, sublimering en integratie. Het is tevens in staat tot rijke vormen van (zelf)reflectie, mentalisering en analyse wat betreft het eigen gedrag en dat van anderen. Hierbij is sprake van ego-integriteit, driftregulering en een rijkgeschakeerd geweten bij stabiele en doorleefde cognitieve schemata ten aanzien van het zelf en de omgeving.

Ernst van persoonlijkheidspathologie bij ouderen

Op basis van het geïntegreerd ontwikkelingsperspectief van de persoonlijkheid is een graduele indeling te maken op basis van aard en ernst van mogelijke persoonlijkheids problematiek. De verschillende psychische aspecten die in de ontwikkelingsfasen te onderscheiden zijn t.a.v. cognitieve schemata, zelf- en omgevingsbeelden, intrapsychisch structuur en kernbehoeften spelen een cruciale rol bij deze indeling. De mate en de aard van functionele stoornissen in het interpersoonlijke en sociale contact van de oudere als gevolg van de hantering van min of meer

primitieve psychodynamische mechanismen leiden tot een indeling in oplopende ernst van persoonlijkheidsaspecten: van persoonlijkheidskenmerk, -beperking en -probleem tot persoonlijkheidsstoornis. Het gaat niet om zwart-wit (digitaal, wel/niet aanwezig) maar om de gradatie waarin (analoog) persoonlijkheidsaspecten hun positieve en negatieve invloed laten gelden.

Vier lagen van psychisch functioneren qua persoonlijkheid kunnen worden onderscheiden namelijk: evenwichtig, neurose, prepsychose en psychose. Bij evenwichtig is het persoonlijk functioneren in balans. Bij neurose is er sprake van een wisselend negatieve beperking van het functioneren; bij prepsychose van problematisch functioneren en bij psychose van functiestoornissen. Voor een beoordeling van het niveau van het (inter)persoonlijke en sociale functioneren wordt gekeken naar de functionaliteit van cognitieve schemata (Beck), egosterkte, type afweermechanismen (van primitief tot realistisch), driftregulering; flexibiliteit geweten (Freud), continuïteit van relaties en stabiliteit van zelf-/omgevingsbeelden (Bowlby) (zie voor een overzicht Figuur 1).

Figuur 1. De vier lagen van psychisch functioneren qua persoonlijkheid; onderscheiden naar evenwichtig, neurose, prepsychose en psychose. Regelmatig wordt er gescoord in meer dan een laag. Herstel is gericht op bevorderen van het veranderen van aspecten van onder naar boven in de lagen.

PERSOONLIJKHEIDS FACTOREN SCHEMA

OVERZICHT VAN CRITERIA VOOR DE BEOORDELING VAN DE ERNST VAN PERSOONLIJKHEIDSPROBLEMATIEK									
Ernst Psychische problematiek	Functionaliteit cognitieve schemata	Ego sterkte	Afweer- mechanismen	Drift (impulsiviteit)	Geweten	Stabiliteit zelf- en omgevingsbeelden	Stabiliteit relaties	Centraal psycho- dynamisch conflict	
EVENWICHTIG (KENMERK)	Functioneel (0) ☐	Sterk (0) ☐	Passend (0) ☐ a. mentalisering b. reflectie c. analyse	Controle (0) ☐	Flexibel (0) ☐	Geïntegreerd (0) ☐	Stabiel (0) ☐		
NEUROTISCH (BEPERKING)	(Deels) dys- functioneel ☐	Ontwikkeld (1) ☐	Realistischer (1) ☐ d. identificatie e. turning passive into active f. compensatie g. sublimatie h. humor	Redelijke controle ☐	Flexibeler (1) ☐	Wisselvallige (1) ☐ integratie	Wisselvallig (1) ☐		
PRÉ PSYCHOTISCH (PROBLEEM)	Onoangepast (2) ☐	Kwetsbaar (2) ☐	Irrationalistischer (2) ☐ i. verdringing j. verschuiving k. overdekking door het tegendeel l. regressie	Ontregeld (2) ☐	Streng (2) ☐	Ambivalent (2) ☐	Conflictueus (2) ☐		
PSYCHOTISCH (STOORNIS)	Primitief (3) ☐	Zwak (3) ☐	Primitief (3) ☐ m. splitsing n. ontkenning o. projectie p. regressie	Ongecon- troleerd ☐	Afwezig (3) ☐	Desintegratie (3) ☐	(Veel) breuken (3) ☐		
TOTAALSCORE (0-21)									

Naam patiënt:		Geboortedatum:		Afdeling:		Invuldatum:	
---------------	--	----------------	--	-----------	--	-------------	--

Criteria voor op *psychotisch* niveau functioneren (onderste, eerste laag) zijn gebaseerd op het eerder beschreven geïntegreerd theoretisch ontwikkelingskader. Er is geen duidelijke scheiding tussen zelf en buitenwereld. De patiënt hanteert (zeer) vroege onaangepaste, primitieve cognitieve schemata. Al het goede (all 'good') wordt als zelf ervaren; al het slechte (all 'bad') wordt in de buitenwereld geprojecteerd; of andersom ('orale' fase vanuit psychoanalytisch perspectief). De patiënt is vaak op impulsieve wijze op zoek naar egocentrische (disproportionele) kernbehoeftebevrediging; het zwakke ego gebruikt splitsing, ontkenning en projectie als kenmerkende afweermechanismen; geweten speelt een beperkte, primitieve rol. Veelal is er sprake van wisselende meestal korte periodes met ontregeling van het begrip van tijd, plaats en persoon (desoriëntatie), hallucinaties en wanen, waarbij autonoom functioneren en habituatie slechts zeer beperkt mogelijk zijn als gevolg van dit controleverlies. Er is vaak sprake van emotionele stoornissen met name in de vorm van hevige angstaanvallen. Bij een psychotische toestand is het ten gevolge van de vergaande stoornis in de persoonlijkheidsstructuur moeilijk het gedrag in heldere diagnostische categorieën te onderscheiden. Psychotische periodes in het kader van persoonlijkheidspathologie duren meestal enkele uren tot dagen en treden vaak op in situaties die hoge stress veroorzaken bij de patiënt.

Bij op het *prepsychotisch* niveau functioneren (tweede laag) is er sprake van een wankel scheiding tussen zelf en buitenwereld. Vroege onaangepaste cognitieve schemata worden gehanteerd. Het realiteitsbesef schiet te kort omdat zowel het zelf als de omgeving ambivalent worden gesplitst in wisselend 'all good' en 'all bad' (de 'anale' fase vanuit psychoanalytisch perspectief). Door het ontregelde vermogen tot behoefte-regulering staat egocentrische (disproportionele) kernbehoeftebevrediging op de voorgrond. Het ego kan naast de primitieve afweermechanismen ook gebruik maken van verdringing, verschuiving en overdekking door het tegendeel. Het geweten is streng en agressief. Er kan sprake zijn van emotionele stoornissen van allerlei aard; er bestaat een hoog niveau van 'expressed emotion'. Depressiviteit en/of agressie zijn vaak aanwezig als gevolg van de discrepantie tussen de eigen wensen en verlangens en wat de omgeving te bieden heeft. Bij prepsychotische patiënten moet de symptomatologie vooral gezien worden als gedrag dat gericht is op het herstel of behoud van het wankel evenwicht tussen 'all good'/'all bad' beelden deel uitmakend van het zelf en de omgeving tegen de achtergrond van een kwetsbaar ego, ontregeld driftleven en streng geweten. Er is slechts sprake van een beperkt vermogen tot autonoom functioneren en habituatie.

Bijvoorbeeld: de symptomatologie van een narcistische patiënt op prepsychotisch niveau hangt samen met een verstoord evenwicht, dat doorgeslagen is in de richting van een ambivalent zelfbeeld. Er is vanuit het cognitieve denkbeeld "ik ben erg speciaal" (KERNBEHOEFTE: BEWONDERING/GEPREZEN WORDEN) sprake van een gevoel van zelfoverschatting, egocentrisme en dominantie; anderen worden genegeerd dan wel denigrerend behandeld. De nadruk ligt derhalve op een stoornis in het zelfbeeld. Bij een borderline patiënt op dit functieniveau is het tegenovergestelde aan de hand. Vanuit het cognitieve denkbeeld "de ander laat mij in de steek" (KERNBEHOEFTE: ONVOORWAARDELIJKE NABIJHEID) is de patiënt breekbaar en kwetsbaar; heeft een gebrek aan zelfwaardering, impulscontrole en vertoont claimend gedrag met voorbijgaan aan de belangen en wensen van anderen. De nadruk ligt op een stoornis in het omgevingsbeeld.

In geval van het *neurotische* niveau (derde laag) is er sprake van een wisselvallig vermogen om op een en hetzelfde moment zowel plezierige als vervelende kanten van de zelf en omgevingsbeelden te integreren en met elkaar in evenwicht te houden. Er wordt gebruik gemaakt van (deels) meer aangepaste cognitieve schemata. Men kan beter omgaan met ambivalente gevoelens (de 'fallische' fase vanuit psychoanalytisch perspectief). Door het wisselend vermogen tot behoefteregulering staat egocentrische (disproportionele) kernbehoeftebevrediging minder op de voorgrond. Het meer ontwikkelde ego hanteert afweermechanismen als identificatie en sublimatie, maar is nauwelijks of met veel moeite in staat tot enige mate van mentalisering, zelfreflectie en analyse. Het vermogen om relaties aan te gaan met mensen uit de omgeving, relaties die bestand zijn tegen tijdelijke teleurstellingen, is redelijk ontwikkeld. Ook het zelfgevoel is stabiel. Patiënten met neurotische persoonlijkheidspathologie hebben last van een wisselvallige integratie betreffende zelf en omgevingsbeelden, met name zich manifesterend ten aanzien van bepaalde probleemgebieden (bijvoorbeeld relatiespanningen). Er is sprake van een wisselvallige negatieve invloed op het vermogen tot autonoom functioneren en habituatie die met name bij overbelasting tot uiting komt en meer momenteel van aard is.

Bij het evenwichtig niveau (bovenste, vierde laag) is de persoonlijkheid in balans. De cognitieve schema's zijn rijp en passend. De zelf en omgevingsbeelden zijn geïntegreerd (de post-'fallische' fase vanuit psychoanalytisch perspectief). De proportionele kernbehoeftebevrediging is afgestemd op de ander en de omstandigheden. Rijpe afweermechanismen worden gehanteerd zoals mentalisering, reflectie en analyse betreffende zowel zichzelf als de omgeving. Het ego functioneert krachtig en het geweten is flexibel passend bij de situatie; emoties en relaties zijn stabiel.

De ene mens slaagt er gedurende het ouder worden beter in zijn persoonlijkheid te ontwikkelen dan de andere, mede omdat iedereen een verschillende temperament en levensgeschiedenis heeft; een levensgeschiedenis met voor ieder individu eigen problemen (bijvoorbeeld vroeg traumatische ervaringen) en mogelijkheden (prettige jeugd). Hieraan worden wat de oudere mens betreft de verwerking van de specifieke psychodynamische opgaven van de oudere levensfase toegevoegd.

Bij afname van stabiliteit en evenwicht (gripverlies) ten gevolge van onvoldoende gecompenseerde verliezen op bio-psycho-sociaalgebied, openbaart zich al of niet voor de eerste maal op oudere leeftijd kenmerken van persoonlijkheidsproblematiek. Een dergelijk proces kan deels geleidelijk verlopen en deels plotseling als een catastrofe in aansluiting op een periode van geleidelijke opbouw van problemen. De actuele psychopathologie is al dan niet gesuperponeerd op de voorheen ontwikkelde kwetsbaarheden. Concrete belastende uitdagende factoren voor ouderen zijn bijvoorbeeld overlijden van de partner, vastgelopen relatie met partner of kinderen, ziekenhuis/verpleeghuisopname, ernstige ziekte van partner, pensionering, eigen ernstige lichamelijke ziekte en neuro-cognitieve functiestoornissen ten gevolge van dementie. Coping mogelijkheden en/of vaardigheden uit het verleden om psychische problemen onder controle te houden kunnen zelf eveneens aangetast raken waardoor deze vervolgens te kort schieten. Als gevolg hiervan vindt 'terugval' plaats naar diepere lagen van de persoonlijkheid met het hanteren van meer basale vormen van cognitieve schemata, objectrelaties, realiteitsbesef, driftregulering,

geweten en van primitievere afweermechanismen. Met name langer durende problematiek welke een gevoel uitlokt van geleefd te worden en van controleverlies in plaats van (gevoel) grip (te) hebben op de omgeving, heeft op een dergelijk terugval in het psychisch functioneren een grote invloed. De specifieke kenmerken van persoonlijkheidspathologie op latere leeftijd worden sterk gekleurd door de individuele levensgeschiedenis van de oudere mens en de concrete situatie waarin hij/zij verkeert op het moment van de manifestatie ervan.

Een complicerende factor is dat met name bij kwetsbare ouderen de kans op meerdere lichamelijke aandoeningen groot is en de symptomatologie hiervan met de psychische diagnostiek en interventies kan interfereren. Er is dan in toenemende mate sprake van complexiteit en onvoorspelbaarheid van het beloop.

Diagnostiek, preventie, behandeling en zorg bij persoonlijkheidsproblematiek in diverse (zorg) settingen voor ouderen

Symptomatologie

Ieder mens heeft zijn eigen persoonlijkheidstrekken. Pas als deze trekken tot een problematische omgang met anderen leiden, in de vorm van duurzame karakteristieke disfunctionele gedragspatronen, percepties en gerelateerde emoties, spreken we van maladaptieve persoonlijkheidstrekken of zelfs een persoonlijkheidsstoornis. Dit kan leiden tot (over)belasting van partner, kinderen of vrienden. De disfunctionele manier van omgaan met anderen heeft echter ook (negatieve) invloed op zorgprofessionals in de diverse zorgsettings bijvoorbeeld via de therapeutische en zorgrelatie. Tegelijkertijd is er sprake van oplopende spanningen bij de oudere zelf, met name als diens persoonlijke kernbehoeften onvoldoende vervuld worden. Deze spanning kan bijvoorbeeld tot uiting komen via depressieve en agressieve gevoelens. Persoonlijkheidsproblematiek verstoort hierdoor in meer of mindere mate het vermogen van de oudere tot autonoom functioneren, wat de kwaliteit van leven aantast (Botter et al., 2021).

De symptomatologie van persoonlijkheidsproblematiek van kwetsbare ouderen kan diagnostisch en psychodynamisch worden gekarakteriseerd in functionele terminologie. Het gaat hierbij om een dimensionale onderverdeling op vier functieniveaus, namelijk: functiekenmerk, functiebeperking, functieprobleem en functiestoornis. Er zijn op basis van functionele termen bij ouderen verschillende persoonlijkheidsbeelden te onderscheiden. In wat volgt beschrijven we de belangrijkste functionele aspecten van persoonlijkheidsbeelden afgeleid van de DSM-5, het werk van Beck (2015) en klinische ervaring (Bakker, 2010).

Persoonlijkheidsbeelden

Een persoonlijkheidsbeeld (PB) wordt omschreven met behulp van de kernovertuiging in combinatie met de kernbehoefte, de bijbehorende karakteristieke functionele perceptie- en gedragspatronen van de oudere mens die kenmerkend zijn voor of in meer of mindere mate verstoring zijn in het interpersoonlijk contact. Hierbij is volgens Beck (2015) sprake van een basaal cognitief schema of attitude. De onderscheiden perceptie- en gedragspatronen kunnen op zichzelf voorkomen, maar ook in diverse combinaties met elkaar. Er is sprake van een bepaald PB indien een vaste stereotiepe combinatie aan perceptie- en gedragspatronen

vastgesteld kan worden met een bijbehorende kernovertuiging en kernbehoefte. De ernst van de problematiek kan worden bepaald aan de hand van de (interpersoonlijke) functionele gevolgen. Vier functieniveaus kunnen hierbij onderscheiden worden: evenwichtig (functiekenmerk), neurotisch (wisselvallig negatieve functiebeperking), prepsychotisch (functieprobleem), en psychotisch (functiestoornis). In Figuur 1 wordt elk PB dat in de (psycho)geriatrie van belang is, in steekwoorden gedefinieerd aan de hand van: kerngedachte i.c.m. kernbehoefte, waarnemen/perceptie en handelen/gedrag. Het schema is een praktisch hulpmiddel in de dagelijkse praktijk om relevante persoonlijkheidsaspecten te inventariseren. In de beschrijving na het schema wordt ieder PB kort verwoord.

Score range:			
0. Functiekenmerkend (evenwichtig) 1. Functiebeperkend (neurotisch) 2. Functieprobleem (prepsychotisch) 3. Functieverstoring (psychotisch) ❖ Onbekend/nader te bepalen			
Persoonlijkheidsbeeld			
(Kerngedachte/ Kernbehoefte)	Score	Handelen/gedrag	Waarnemen/perceptie

Paranoid (Anderen doen je iets aan/ Vertrouwen)		1. Achterdochtig	Sociaal bedreigde/wantrouwige percepties
		2. Teruggetrokken	Sociaal afstand nemende/rancuneuze gedragingen
Schizoïde/-typisch (Met rust gelaten worden/ Afstand)		3. Nihilistisch	Betekenisloze/gevoelslege percepties
		4. Vreemd, excentriek	Bizarre/typische gedragingen
Histrionisch (Theatraal) (Indruk maken/ Aandacht)		5. Overdreven	Exaltatieve/emotionaliserende percepties
		6. Manipulatief	Bespelend-sturende gedragingen
Narcistisch (Speciaal voelen/ Bewondering)		7. Egocentrisch	Sterk op eigen grootheid/belevingswereld-georiënteerde percepties
		8. Dominant	Overheersend-sturend/misbruik makend gedrag
Borderline		9. Afgewezen	Voortdurende afhankelijkheids-/ondergeschiktheidspercepties

(In de steek gelaten/ Nabijheid)			(ambivalent zelfbeeld)
		10. Claimend	Afdwingend-sturend/(min of meer) impulsief gedrag; met (in)directe zelfbeschadiging gepaard gaand
Afhankelijk (Hulpeloos/ Bescherming)		11. Onzeker	Overschattende percepties van belang/oordeel van anderen
		12. Passief	Verminderd initiatief tot zelfstandige gedragingen; aanklamping van anderen
Vermijdend (Ontwijkend) (Pijn vermijden/ Harmonie)		13. Twijfelzucht	Ambivalente/problematiserende percepties
		14. Vermijdend	Keuze/confrontatie-vermijdende gedragingen
Dwangmatig (Compulsief- obsessief) (Foutloosheid/ Voorspelbaarheid)		15. Angstig	Bevreesde percepties van controleverlies
		16. Perfectionistisch	Magische/precieze gedragingen
Antisociaal (Anderen gebruiken/ Macht)		17a. Vijandig	Achtergestelde/aangevallen percepties
		18a. Impulsief agressief	Plotseling aanvallende gedragingen
Passief/ agressief (Houden wat je hebt/ Status quo)	Sadis- tisch (Ander- en verned- eren/ Heer- sen)	18b Doelgericht beheerst agressief	Beheerst aanvallende gedragingen
		18c Lijdelijk tegenwerkend	Passief verzet/gedragingen

Figuur 2. Schema van persoonlijkheidsbeelden op basis van persoonlijkheidsaspecten: kerngedachten i.c.m. kernbehoeften en bijbehorende patronen van waarnemen en gedrag (DSM-5, 2014; Beck, 2015; Bakker, 2010)

Hieronder volgt de omschrijving van de diverse persoonlijkheidsbeelden op basis van persoonlijkheidsaspecten: kerngedachten i.c.m. kernbehoeften en bijbehorende patronen van

waarnemen en gedrag (DSM-5, 2014; Beck, 2015; Bakker, 2010). De nummers verwijzen naar het schema.

Paranoïde PB

Bij het paranoïde PB staat de basale attitude 'anderen doen je iets aan' centraal in combinatie met de (dis)proportionele kernbehoefte 'vertrouwen'. Vanuit een achterdochtige (1) houding wordt de wereld wantrouwend bekeken en als bedreigend en onveilig ervaren. Hierbij neemt een patiënt sociale afstand en gedraagt zich rancuneus en/of trekt zich terug (2).

Schizoïde/-typische PB

De basale attitude 'met rust gelaten willen worden' in combinatie met de (dis)proportionele kernbehoefte 'afstand' staat centraal bij dit beeld. Er is sprake van betekenisloze en gevoelsarme waarneming van de wereld, waarbij er weinig behoefte bestaat aan contact; een soort nihilisme (4). De patiënt gedraagt zich min of meer bizar en typisch; te omschrijven als vreemd, excentriek (3).

Histrionische (theatrale) PB

'Indruk maken' in combinatie met de (dis)proportionele kernbehoefte 'aandacht' is de basale attitude bij dit PB. De wereld wordt vanuit sterk verhoogde emoties ervaren en de met emoties bezette belevingen (emotionaliserende percepties) worden op een overdreven (5), onechte, theatrale manier gebracht. Hierbij worden interpersoonlijke contacten gespeeld en bestuurd door manipulatie (6).

Narcistische PB

Het 'zich speciaal voelen' in combinatie met de (dis)proportionele kernbehoefte 'bewondering' is de leidende attitude bij het narcistische PB. De perceptie van de wereld wordt sterk bepaald vanuit een egocentrisch (7) perspectief dat sterk op eigen grootsheidbeleving en/of de eigen belevingswereld is gericht. Hierbij gedraagt een patiënt zich dominant (8) door te overheersen en misbruik te maken van anderen.

Borderline PB

Bij het borderline PB is de centrale attitude 'in de steek gelaten worden' in combinatie met de (dis)proportionele kernbehoefte 'nabijheid'. Vanuit een instabiel zelfbeeld ervaart een patiënt zich als afgewezen (10) door anderen en voelt zich afhankelijk en ondergeschikt. Om grip op de ander te houden, wordt aanwezigheid geclaimd (9) en afgedwongen met behulp van min of meer impulsief, vaak zelfbeschadigend gedrag.

Afhankelijke PB

'Hulpeloosheid' in combinatie met de (dis)proportionele kernbehoefte 'bescherming' is hier de basale attitude. Het belang en oordeel van anderen wordt vanuit onzekerheid (12) overschat met als gevolg passief (11), aanklappend, steun zoekend gedrag en verminderd initiatief tot zelfstandig ondernemen.

Vermijdende (ontwijkende) PB

‘Pijn vermijden’ in combinatie met de (dis)proportionele kernbehoefte ‘harmonie’ staat centraal bij het ontwijkende PB. Twijfelzucht (13) is gebaseerd op ambivalente en problematiserende percepties van de wereld. Hierbij worden (pijnlijke) inzichten, keuzes en confrontaties op allerlei manieren vermeden (14), bijvoorbeeld door hard werken, drankgebruik enzovoort.

Dwangmatige (obsessief-compulsieve) PB

‘Foutloosheid’ in combinatie met de (dis)proportionele kernbehoefte ‘voorspelbaarheid’ vormt de kern van de attitude bij het dwangmatige PB. Er is sprake van angst (15) voor de mogelijkheid van controleverlies en het maken van fouten, van falen. Door middel van perfectionisme (16), blijkend uit magische en precieze manieren van doen, wordt de dreigende chaos bezworen.

Passief-agressieve PB

Hier staat de attitude ‘houden wat je hebt’ in combinatie met de (dis)proportionele kernbehoefte handhaven van de ‘status quo’ op de voorgrond. Vanuit vijandige (17) percepties met gevoelens van tekort gedaan worden en van aangevallen worden, wordt lijdelijk tegenwerkend (18c) gehandeld.

Antisociale/sadistische PB

‘Anderen gebruiken’ is hierbij de basale attitude in combinatie met de (dis)proportionele kernbehoefte ‘macht/heersen’. Vanuit vijandige (17) percepties en vanuit zich snel achtergesteld en aangevallen voelen wordt impulsief, agressief (18a) gedrag getoond. Bij het sadistische PB is een meer doelgericht en beheerst agressief (18b) gedragspatroon aanwezig om anderen te overheersen.

Naarmate het actuele functionele niveau in een diepere, vroege ontwikkelingslaag van de persoonlijkheid geworteld is, is er sprake van sterkere emotionele belevingen en uitingen bij de oudere (hoger niveau van ‘expressed emotion’) met name in de sfeer van agressieve en/of depressieve gevoelens. Dergelijke heftige persoonlijkheidsproblematiek is overigens niet alleen een probleem voor de oudere vanwege de grote impact op zijn relaties/systeem, maar het speelt tevens een grote rol in de therapeutische relatie in de diverse zorgsettings. Inzicht in deze fenomenen bij de professional werkzaam in de diverse zorgsettings is des te belangrijker als de interactieprocessen met een dergelijke grote emotionele heftigheid verlopen.

De STIP-methode

Problematiek van maladaptieve persoonlijkheidstrekken of zelfs stoornissen is (deels) te voorkomen of indien nodig te behandelen; ook bij kwetsbare ouderen met mild cognitive impairment (MCI) of cognitieve stoornissen zoals dementie (Bakker, 2018). De complexiteit van de problematiek vraagt om het gebruik van een gedegen methode. Mogelijke behandeldoelen zijn meestal niet persoonlijkheidsverandering. Het gaat eerder om het bevorderen van aanpassing of het verkrijgen/behoud van psychisch evenwicht. Een derde behandeloptie is

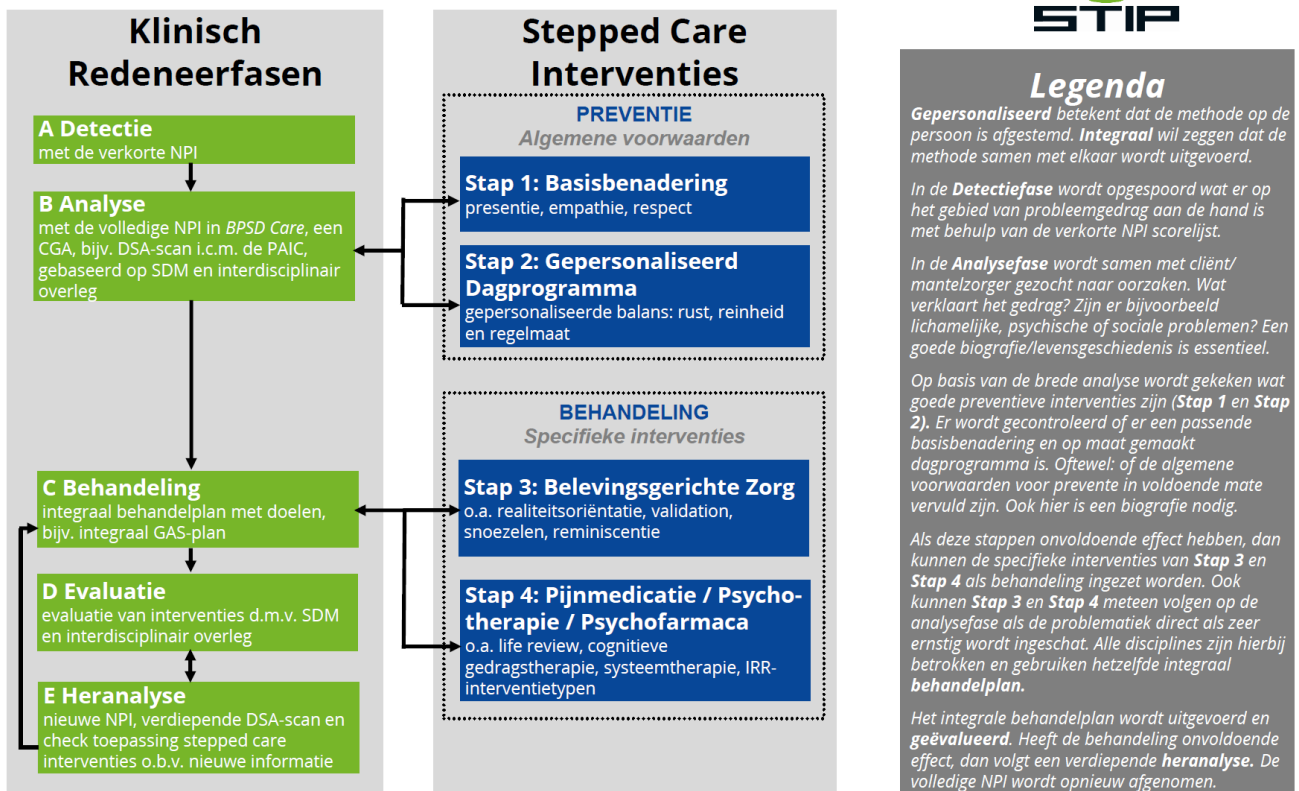
gericht op het creëren van een aangepaste/prothetische leefomgeving. De STIP-methode biedt goede mogelijkheden op het behalen van deze doelen. De STIP-methode is gebaseerd op de richtlijn Probleemgedrag bij dementie van Verenso/NIP (Zuidema et al., 2018) en onderschreven door V&VN. In deze richtlijn zijn drie aanpakken genoemd die bewezen effectief zijn: Integratieve Reactivering en Rehabilitatie (IRR) (Bakker, 2010/2011; Cheston, 2016), STA OP! (Pieper, 2016) en Grip op Probleemgedrag (Zwijssen, 2014). De STIP-methode is opgebouwd uit twee gecombineerde procedures, namelijk een 'Klinisch redeneerprocedure' en een 'Stepped care interventieprocedure'.

De redeneerprocedure bestaat uit vijf klinische redeneerfasen: A. Detectie: proactieve opsporing van probleemgedrag met behulp van de Neuropsychiatric Inventory (NPI); B. Bio-psycho-sociale analyse en onderlinge dynamiek met behulp van een Dynamische Systeem Analyse-scan (DSA-scan) die zeven levensdomeinen omvat: welke bio-psychosociale factoren verklaren het gedrag?; C. Interdisciplinair integraal behandelplan: een persoonsgericht behandelplan gebruik makend van een 'Stepped Care' aanpak; D. Interdisciplinaire monitoring en uitvoering; E. Heranalyse (Bakker et al., 2018). Hiermee kan methodisch in volgorde van fasen het proces van (A) signalering/detectie (met behulp van klinische blik, meetinstrumenten en diepgaande biografie) en (B) brede analyse van de beschikbare gegevens (met behulp van een DSA-scan) worden doorlopen. Vervolgens wordt in fase C een integraal interdisciplinair preventie-/behandelplan opgesteld samen met de oudere en de mantelzorg. Dit plan wordt in fase D interdisciplinair geëvalueerd en indien nodig via een heranalyse in fase E bijgesteld door aanpassing van het integrale preventie-/behandelplan uit fase C enzovoort.

De interventieprocedure bestaat uit vier stappen in oplopend niveau van complexiteit: 1. passende basisbenadering; 2. persoonsgericht dagritme/programma; 3. inzetten van belevingsgerichte zorg; 4. inzetten van pijnmedicatie, psychofarmaca, psychotherapie. Stappen 1 en 2 zijn voornamelijk gericht op preventie van probleemgedrag, stappen 3 en 4 zijn gericht op behandeling van probleemgedrag. Alle interventies worden afgestemd op het cognitieve niveau van de individuele cliënt.

In Figuur 3 is de STIP-methode schematisch weergegeven (zie ook www.stipmethode.nl):

De STIP-Methode: de gepersonaliseerde Stapsgewijze Integrale preventie en behandeling van Probleemgedrag bij dementie



Figuur 3. Schematische weergave STIP-methode met legenda

Binnen de STIP-methode zijn er specifieke aandachtspunten, waarmee rekening gehouden dient te worden als er bij kwetsbare ouderen met cognitieve stoornissen zoals dementie persoonlijkheidsaspecten in het spel zijn. Deze specifieke aandachtspunten illustreren hoe belangrijk een integrale benadering is indien meerdere zorgprofessionals bij een interventieplan betrokken zijn, zoals de regel is bij kwetsbare ouderen.

Specifieke aandachtspunten bij de 'klinisch redeneerprocedure'

De aandachtspunten betreffende de 'klinisch redeneerprocedure' zijn als volgt in te delen: therapeutische relatie, diagnostiek en interventieproces. Hieronder werken we deze aandachtspunten verder uit.

Therapeutische relatie

Investeer gedurende alle fasen van de klinisch redeneerprocedure naast de specifiek fasegebonden aspecten bewust in de ontwikkeling en het onderhouden van een passende therapeutische relatie. En spreek af welke zorgprofessional hier met name in investeert. Dit is

van cruciaal belang voor het slagen van de aanpak van de problematiek, omdat de cliënt de therapeutische relatie vroegtijdig kan verbreken ten gevolge van zijn/haar interpersoonlijke problemen. Onderken hierbij het eigen perspectief van de zorgprofessional in termen van positieve en negatieve tegenoverdracht. De cliënt gebruikt immers zijn eigen kenmerkende percepties en gedragspatronen om de hulpverleningssituatie te bepalen. Hierop moet een zorgprofessional reageren en deze zou daarmee uitgedaagd kunnen worden om over eigen persoonlijke of professionele normen en waarden heen te gaan. Vervolgens wordt de zorgprofessional op dit grensoverschrijdende gedrag aangesproken en hiermee (verder) onder druk gezet. Dit kan zowel vanuit een te positief (all 'good') als vanuit een te negatief (all 'bad') perspectief gebeuren. Bij de reacties van de zorgprofessional op het onder druk gezet worden kunnen allerlei bewuste en onbewuste aspecten van de eigen persoonlijkheid een rol spelen van afwerende negatieve tegenoverdracht tot aanhalende positieve tegenoverdracht. Om deze reden is het van belang te zorgen voor (externe) team) en individuele inter- en supervisie, waarin deze gevoelens kunnen worden gedeeld en geduïd. Anders ligt splitsing in het interdisciplinaire team op de loer, wat ten koste gaat van de behandeling en kan leiden tot forse organisatorische en samenwerkingsproblemen.

Diagnostiek

Gebruik voor de klinisch redeneerfase B de Longitudinal, Expert and All Data (LEAD) standaard van Spitzer (1983). Deze stelt dat alle beschikbare longitudinale gegevens uit verschillende bronnen over de levensgeschiedenis van groot belang zijn om tot het stellen van een persoonsgerichte interdisciplinaire consensus-diagnose te komen. Informatiebronnen zijn gegevens uit lichamelijk onderzoek, (uitgebreide) biografische gegevens, hetero-anamnestiche gegevens, (oude) dossiergegevens (inclusief screening info), verzamelde meetgegevens uit de Neuro-Psychiatric Inventory (NPI) en de Hetero Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst (HAP) en de ervaringen van zorgprofessionals zelf in het interpersoonlijke contact met de cliënt. De LEAD-standaard werkt beter (stabiliteit, predictie) dan semigestructureerde DSM-gebaseerde interviews.

Interventieproces

De preventie, behandeling en zorg bij persoonlijkheidsaspecten verloopt zelden in één doorlopende lijn, mede als gevolg van de soms sterk wisselende en heftige emoties bij de cliënt. Frequentie bijstelling van het integrale behandelplan is veelal de regel, niet alleen als gevolg van problemen maar ook van verbeteringen bij de cliënt. Besteed hierbij in de klinisch redeneerprocedure bij fase E, gericht op een heranalyse, expliciet systematisch aandacht aan vier aspecten van het interventieproces: 1. contactopbouw (relatie), 2. beheersing emoties, 3. mentalisering inzet (in welke mate mogelijk), en 4. systeemaspecten bij mantelzorg/familieleden.

Specifieke aandachtspunten bij de 'Stepped care interventieprocedure'

Fogel (1987), de Jonghe (1989) en Bakker (2010) geven een aantal richtlijnen voor interventies bij persoonlijkheidsaspecten. Deze zijn als volgt in te delen: inhoudelijke aspecten, sociotherapeutisch klimaat en systeem/familie.

Inhoudelijke aspecten

Besteed allereerst na voldoende opbouw van de therapeutische relatie specifieke aandacht aan het mentaliseren van de interpersoonlijke aspecten binnen de interventiesetting zelf alvorens de problematiek zoals die zich manifesteert in de normale leefsituatie van de patiënt aan te pakken. Dit voorkomt onnodige frustraties en tijdverlies voor patiënt én hulpverlener. Let erop om de eventueel sterk wisselende, emotionele problematiek bij de cliënt beheersbaar te houden. Deze emotionele problematiek kan met name bestaan uit depressieve of agressieve symptomen (inclusief suïcidedreiging), maar ook angst, obsessief compulsieve en somatische symptoomstoornissen kunnen optreden. De geëigende interventies kunnen hiervoor aangeboden worden. Doel hiervan is de heftigheid van de emotionele problematiek niet te hoog te laten oplopen. Hierdoor is er bij de cliënt en zijn omgeving meer rust en ruimte om te leren.

Verder is het van belang om distantie en betrokkenheid/empathie te doseren op geleide van de beleving van de patiënt, met name relevant bij ontkenning- en projectiegedrag.

Aandachtspunten hierbij zijn: wees zorgzaam maar niet te intiem, neem verantwoordelijkheden slechts gedeeltelijk over, heb een zakelijke en feitelijke benadering, zoek niet meteen de confrontatie maar probeer gedrag eerst te interpreteren.

Formuleer zo mogelijk de interventievoorstellen in termen die zo dicht mogelijk aansluiten bij de beleving van een cliënt zelf, waarbij er een bepaalde mate van keuzemogelijkheid voor alternatieven blijft. Schriftelijke vastlegging van gemaakte afspraken kan een waardevol hulpmiddel zijn. Een opgebouwd vertrouwd contact, van waaruit de patiënt iets voor een zorgprofessional over heeft om een voorstel uit te proberen, kan hiervoor belangrijk en helpend zijn.

Sociotherapeutisch klimaat

Creëer/ensceneer binnen de therapeutische setting zelf (sociotherapeutisch klimaat) op een consistente wijze ervaringen waarbij de cliënt voldoende eigen controle ervaart. Dit geeft de cliënt mogelijkheden met zijn gedrag te experimenteren en het kan interpersoonlijke problematiek aanzienlijk reduceren. Hierbij dient de zorgsetting positief en proactief in te spelen op de bij het PB passende basale attitude, kernbehoeften en copingpatronen van de oudere zelf. Dit kan, mits vanaf het eerste contact toegepast, preventief werken. Maar ook bij ernstige problematiek is met deze sociotherapeutische aanpak grote behandelwinst te behalen. Hierbij is het van belang bij splitsingsgedrag in het kader van bijvoorbeeld een borderline of narcistisch PB een rolverdeling af te spreken tussen hulpverleners, waardoor zij mee kunnen gaan in de splitsende 'all bad' en 'all good' percepties van een cliënt. 'All good' zorgprofessionals investeren in een positieve contactopbouw en een 'all bad' zorgprofessional kan zo nodig corrigerend en grensbepalend optreden zonder dat er gevaar voor verlies van alle contact met een cliënt ontstaat. Hiermee wordt spontane splitsing tussen hulpverleners

onderling bijvoorbeeld als gevolg van meegaan in de patiëntwaardering of juist afkeuring tegengegaan (Bakker & van Helden, 2019).

Systeem/familie

Betrek vroegtijdig het familie- en steunsysteem ('belangrijke anderen' van de oudere cliënt zoals partner en kinderen) bij de interventies. Systeemleden kunnen veel vertellen over de levensloop, maar kunnen in wisselende mate zelf ook mede een rol spelen in het onderhouden van de interpersoonlijke en sociale problematiek (denk aan 'kluwen' gezin/relaties). De levenspartner en de kinderen hebben immers vaak langdurig met de patiënt te maken gehad en hebben mogelijk zelfs traumatische ervaringen (intergenerationele problematiek zoals incest en mishandeling) ervaren. Zij kunnen een eigen min of meer complementair gedragspatroon ontwikkeld hebben. Hierbij is systeemtherapie van grote meerwaarde (Groeneveld, 2019).

Vignetten

Aan de hand van twee vignetten wordt nadere toelichting gegeven over geregeld voorkomende persoonlijkheidsaspecten bij kwetsbare zorgafhankelijke ouderen met cognitieve stoornissen zoals dementie, die van belang zijn in de preventie en behandeling bij 'probleemgedrag'. Specifieke handvatten worden aangereikt aan zorgprofessionals werkzaam in diverse settingen zoals het psychogeriatrisch verpleeghuis, de geriatrische revalidatie, afdeling dementie-zeer ernstig probleemgedrag afdeling (D-zep). De vignetten zijn samengesteld op basis van enkele casussen die vanwege de anonimiteit zijn bewerkt. De somatische aspecten komen in deze vignetten alleen aan de orde als deze relevant zijn.

Vignet A (psychogeriatrisch verpleeghuis met gedrag)

Meneer V, 69 jaar oud, is sinds enige tijd opgenomen in het verpleeghuis op een groep van tien mensen met dementie. Hij is gediagnostiseerd met de ziekte van Alzheimer en heeft matige tot ernstige cognitieve stoornissen. Hij vertoont toenemend problematisch gedrag. Hij bemoeit zich met andere cliënten, hij vindt zichzelf veel beter dan de rest en reageert verbaal agressief en met dreigende gebaren als hij bijgestuurd wordt door de zorg. Hij vraagt toenemend aandacht van iedereen en kan moeilijk rekening houden met andere cliënten of bezoek. Hij praat graag veel en trots over zijn werk. Bij aangeboden activiteiten reageert hij wisselend op een uitnodiging. Ook bij de ADL-zorg ontstaan er conflicten. Meneer heeft een duidelijke voorkeur voor personeelsleden. Sommigen kunnen er niets van, stelt hij. In zijn zorgleefplan staan voornamelijk zijn dagelijkse praktische zorgbehoeften beschreven. In de diagnoselijst en het behandelplan staat op mentaal gebied alleen 'moeilijk probleemgedrag bij Alzheimerdementie' vermeld, zonder specifieke aanpak. Medicatie risperidon, een antipsychoticum dat meneer bij opname vanuit thuis gebruikte, was door de specialist ouderengeneeskunde (SO) geleidelijk afgebouwd. Vanwege de oplopende agressie en agitatie heeft meneer haloperidol voorgeschreven gekregen, maar dit antipsychoticum heeft tot nu toe nauwelijks effect. Meneer is echter wel af en toe wat suf overdag. Het team weet niet hoe nu verder. Zij hebben van alles geprobeerd om met meneer en zijn gedrag om te gaan, maar niets helpt. Moet hij hier weg? Enkele verzorgenden hebben inmiddels een hekel aan meneer. Er is

onenigheid binnen het team. De psycholoog en de SO hebben af en toe contact met meneer als de problemen te hoog opliepen. De zorg voor meneer is in een toenemend neerwaartse spiraal terechtgekomen.

Bij de consultatie wordt de ABCDE-klinische redeneerprocedure van de STIP-methode gevolgd. Op basis hiervan worden in dit voorbeeld vanuit de stepped care interventieprocedure stap 1 tot en met stap 4 ingezet.

A. Detectie

NPI-meting is aanwezig maar de gegevens spelen geen rol in de aanpak. Meneer blijkt ook op angst en slaapstoornis te scoren naast de scores op agressie en agitatie. De biografie is wel aanwezig, maar redelijk oppervlakkig en niet geduid. Verdieping wordt aangebracht door een gesprek met de echtgenote. Meneer heeft een moeilijke jeugd gehad thuis; na een middelbare schoolopleiding heeft hij zich met veel doorzettingsvermogen via zelfstudie opgewerkt tot een succesvol zakenman. Hij was directeur van een groot bedrijf, werkte hard, was duidelijk de baas en kon behoorlijk uitvallen als het werk niet naar zijn zin verliep. Hij is vervroegd met pensioen gegaan, deels op aandrang vanuit het bedrijf. Hij vond dit erg moeilijk. Hij heeft niet veel hobby's, behalve muziek. De relatie met zijn echtgenote werd er na zijn pensionering niet gemakkelijker op. Het contact met de twee kinderen is oppervlakkig. Zij wonen ook ver weg. Met het voortschrijden van zijn cognitieve stoornissen werden de onderlinge contacten steeds conflictueuzer. Uiteindelijk vond een opname in het verpleeghuis plaats, waar meneer wonderlijk genoeg mee instemde.

B. Brede analyse

Op basis van nieuwe gegevens uit de biografie wordt in een interdisciplinair overleg een DSA-scan uitgewerkt. Een aantal hypothesen worden geformuleerd over mogelijk achterliggende factoren van het concrete gedrag van meneer. Hij zendt duidelijke signalen uit dat het niet goed met hem gaat. De werkhypothese is dat het interdisciplinaire team kennelijk onvoldoende zijn kernbehoeften kan vervullen en hij als gevolg hiervan boos, angstig en rusteloos is. De kernbehoeften worden geduid in het kader van het narcistische spectrum, mede gerelateerd aan zijn moeilijke jeugd. Meneer is dominant, egocentrisch en vindt zichzelf beter dan de anderen; hij brengt een splitsing aan in goede en slechte verzorgers en devalueert enkelen. De bijbehorende attitude is 'zich speciaal voelen' met de disproportionele kernbehoefte 'bewondering'. Dit laatste ervaart hij juist steeds minder als gevolg van 'het mijden en correctie' door het personeel. Zijn boosheid, angst en agitatie worden verder gevoed uit het ervaren van krenking en frustratie versterkt door zijn toenemende cognitieve problemen.

C. Integrale behandeling

Gekozen wordt voor stappen 3 en 4. De behandeling (vastgelegd in een integraal plan) wordt gericht op het vervullen van de kernbehoeften en het verlagen van de kans op krenking en frustratie door rekening te houden met zijn basale attitude. Gelet op de persoonlijkheidsproblemen van meneer wordt geïnvesteerd in contactopbouw met hem door zowel de arts als de psycholoog. Enkele vaste verzorgenden worden zoveel mogelijk volgens rooster ingepland. Zij hanteren een 'all good' benadering. Benoemde eventuele onacceptabele

gedragingen (maximaal drie) worden expliciet gemaakt inclusief de aanpak ervan door een 'all bad' zorgmedewerker. Meneer zal zo veel mogelijk benaderd worden vanuit presentie/aanwezig zijn. Bij contact maken zal men 'onder' zijn dominante houding gaan zitten. Hij wordt regelmatig – gekoppeld aan twee positieve activiteiten per dag – geprezen en bevestigd in zijn bijzonder zijn. Mogelijke frustrerende incidenten vanuit cognitief falen worden zoveel mogelijk voorkomen of begeleid en afgesloten met een compliment. De arts en de psycholoog voeren wekelijkse (korte) cognitief gedragstherapeutische (CGT) gesprekken met meneer over hoe hij alles ervaart. Contactopbouw met in zijn ogen belangrijke personen staat voorop. Verder wordt ingezet op het verminderen van de emotionele uitingen en op het uitproberen in hoeverre meneer kan mentaliseren, enig inzicht kan verwerven in zijn gedrag. De arts zet de medicatie om in een lage dosering clozapine, omdat dit middel beter werkzaam is op angst. De psycholoog start tevens systeemtherapeutische diagnostiek (genogram) en gesprekken met de echtgenote. Muziektherapie wordt ingezet om meneer op non-verbale wijze succeservaringen te laten opdoen en te laten oefenen met het rekening houden met anderen.

De aanvankelijke weerstand tegen meneer bij diverse disciplines en de onenigheid in het team worden besproken en geduid. Er was toch een soort strijd ontstaan met meneer over 'wie bepaalt nu wat er gebeurt en wat er kan'. Het gevoel was dat meneer steeds zijn zin wist te krijgen ("Hij moet weg! Nu krijgt Dhr. zijn zin!"). Wekelijks wordt het interventieplan op implementatie geëvalueerd; wat gaat goed en wat kan beter, wordt besproken. Dit is van belang omdat vaak afspraken matig worden uitgevoerd.

D. Evaluatie

In het interdisciplinair overleg (IDO) wordt de aanpak wat betreft effect en mate van uitvoering (treatment fidelity) gemonitord en geëvalueerd; in het begin maandelijks en na voldoende resultaat één keer per drie maanden. De resultaten zijn positief. Er is sprake van contactgroei en meneer is minder geagiteerd en voelt zich beter. Zijn echtgenote voelt zich minder belast. De kinderen hebben meer inzicht in de problematiek gekregen.

E. Heranalyse

In de heranalyse worden de hypothesen tegen het licht gehouden met specifieke aandacht bij meneer voor 1. contactopbouw, 2. beheersing emoties, 3. mentalisering en 4. systeemaspecten bij mantelzorg/familie. De behandeling blijkt geen relevante aanpassing te behoeven en kan verder meegenomen worden in de reguliere halfjaarlijkse IDO-bespreking.

Vignette B (geriatrische revalidatie met gedrag)

Mevrouw D., 91 jaar oud, wordt op een geriatrische revalidatieafdeling (GR) opgenomen, vanwege matige tot ernstige gedragsproblemen (een D-zep-achtige afdeling). Zij komt uit het ziekenhuis, waar zij was opgenomen voor een heupvervangende operatie na een rechterheupfractuur ten gevolge van een valpartij thuis. De overdracht van het ziekenhuis meldt dat mevrouw een geagiteerd delier heeft doorgemaakt. Zij is hiervoor behandeld met een hoge dosering van het antipsychoticum haloperidol en is ook tijdelijk met haar handen gefixeerd omdat zij de noodzakelijke infusen er anders uittrok. Mevrouw heeft gelukkig geen

decubitus ontwikkeld. Voor de val thuis waren er Mild Cognitive Impairment (MCI)-klachten vastgesteld op de grens van dementie. Ook was er sprake van probleemgedrag in de vorm van zelfverwaarlozing en depressieve symptomen. In het ziekenhuis is via de afdeling diëtetiek gestart met bijvoeding en suppletie van vitamines.

Vanaf de eerste opnamedag op de GR wordt de ABCDE-klinische redeneerprocedure van de STIP-methode gevolgd.

A. Detectie

Bij opname wordt een NPI afgenomen en een uitgebreide biografie opgesteld op basis van een interview met haar enige zoon. Mevrouw is in Nederlands Indië geboren en had aanvankelijk een fijne jeugd. Haar vader had een hoge positie in het leger. Zij heeft de Japanse bezetting meegemaakt. Haar vader is doodgeschoten voor haar ogen en zij kwam in een interneringskamp terecht samen met haar moeder. Haar moeder werd aangesteld als hoofd van haar barak. Als iemand van de barak in de ogen van de Japanners iets misdeed, dan kreeg zij daar publiekelijk lijfstraf voor onder de ogen van haar jonge kind. Na de oorlog werd mevrouw samen met haar moeder getransporteerd naar Nederland. Na afronding van de middelbare school is mevrouw lerares geworden. Zij is gehuwd en kreeg een zoontje. Kort na zijn geboorte is haar man overleden. De overlijdensoorzaak is onduidelijk. Niet lang na het overlijden van haar man overleed haar moeder aan een CVA. Mevrouw is tot op hoge leeftijd lerares gebleven en gaf onder meer privélessen. Zij was een krachtige, in zichzelf gekeerde vrouw. Zij was streng voor zichzelf en anderen, ook voor haar zoon. Regelmaat en controle waren belangrijk voor haar. Zij hield niet van onvoorspelbare dingen en praatte weinig over emoties. Zij kon weleens onverwacht impulsief flink emotioneel uitvallen. Zij heeft nooit een nieuwe vaste relatie gehad en heeft na het overlijden van haar echtgenoot altijd op zichzelf gewoond.

Uit de eerste observaties en rapportages op de GR-afdeling blijkt dat mevrouw veel aandacht vraagt, fors emotioneel kan reageren, met name angstig is en veel lichamelijke klachten uit. Zij is ook met een harde klap en veel roepen uit bed gevallen, met een hoofdwond en de nodige schaafwonden als gevolg. De toedracht van deze val is onduidelijk. Het bedhek was op verzoek van mevrouw omhoog gedaan. Gedacht wordt aan zelfbeschadiging. Mevrouw blijft het liefst lang in bed liggen en gaat slechts onder veel aandrang naar de fysiotherapie en reageert soms ronduit afwijzend. Haar zoon maakt zich erg ongerust en komt wekelijks op de afdeling; zijn vertrouwen in de revalidatie neemt zienderogen af; zijn moeder klaagt veel over de niet-goede zorg. Met sommige verzorgenden en behandelaren heeft zij wel goed contact. Zij staan meestal direct voor haar klaar. Zij vindt dat haar zoon haar veel vaker moet komen bezoeken, ondanks zijn drukke werk. Thuis deed hij dat toch ook, wat de zoon overigens ontkent. Volgens protocol vindt door sociaal-pedagogisch hulpverlener (sph), arts, psycholoog, fysiotherapeut en psychomotore therapeut nader onderzoek bij mevrouw plaats.

B. Brede analyse

In het eerste wekelijkse IDO wordt mevrouw besproken aan de hand van een DSA-scan, gebaseerd op de verzamelde gegevens. De NPI-score is hoog, totaal 45. Mevrouw scoort met

name op depressie, angst, agitatie, slaap- en eetstoornissen. Afgesproken wordt een HAP- (Hetero Anamnestiche Persoonlijkheid) interview bij de zoon af te nemen vanwege de hypothese dat persoonlijkheidsproblematiek een rol speelt bij de gedragingen van mevrouw. Mogelijk speelt ook een complexe posttraumatische stressstoornis, gezien haar jeugdervaringen in het Jappenkamp. Afgesproken wordt dat geïnvesteerd wordt in het opbouwen van een therapeutische relatie door enkele vaste 'all good' verzorgenden en de psycholoog. De fysiotherapie zal zich ook eerst richten op contactopbouw en minder op snelle revalidatie tot lopen. Het risico op splitsing wordt besproken. Wekelijks zal hier op worden gereflecteerd. Uit de onderzoeken en de contacten komen sterke aanwijzingen naar voren voor problemen in het borderlinespectrum, met de bijbehorende disproportionele attitude 'in de steek gelaten worden' en als kernbehoefte 'nabijheid'. Ook is enige theatraliteit niet uit te sluiten met als thema's 'indruk maken' en behoefte aan 'aandacht'. Mevrouw had een krachtig ego, dat nu onder druk staat door de recente somatische calamiteit, de ziekenhuiservaringen en haar cognitieve achteruitgang. In de nacht blijkt zij regelmatig te roepen en angstig, wat verward wakker te worden. Bij navraag door de nachtzuster spelen herbelevingen van haar kampervaringen hierin een rol. De volgende dag heeft mevrouw dan moeite om uit bed te komen en voelt zich somber.

C. Integrale behandeling

Een integraal interprofessioneel behandelplan wordt tijdens het IDO opgesteld en met mevrouw en zoon besproken, c.q. bijgesteld door de arts. Gekozen wordt voor stappen 3 en 4. Geïnvesteerd wordt in betrouwbare, voldoende gedoseerde nabijheid (niet te dichtbij) en aandacht (niet te veel), gekoppeld aan geplande positieve ontspannende en therapeutische activiteiten vanuit enkele vaste 'all good' verzorgenden, sph, psychomotore therapeut, fysiotherapeut en psycholoog. De arts en de psycholoog hebben wekelijkse korte CGT voortgangsgesprekken met mevrouw. Als zij negatief de aandacht zou proberen te claimen, zal een 'all bad' verzorgende proberen mevrouw te verwijzen naar de eerstvolgende geplande activiteit na een check op risico's op zelfbeschadiging. Verder wordt in verband met haar slaapproblemen en daaraan gerelateerde vermoeidheid gestart met een lage dosering antidepressivum, mirtazepine. Later wordt in verband met haar impulsiviteit en instabiele stemming afgesproken te beginnen met een stemmingsstabilisator in de vorm van valproïnezuur druppels. Mogelijke bijwerkingen worden gemonitord. Aan de zoon wordt een aantal sessies systeemtherapie aangeboden door de psycholoog. Ook de verzorging spreekt hem elke week op een afgesproken tijdstip.

D. Evaluatie

In het IDO wordt wekelijks het beloop geëvalueerd. Mevrouw slaapt beter en komt gemakkelijker uit bed. Zij is nog één keer uit bed gevallen met een hoofdwond als gevolg. Bij de fysiotherapie gaat mevrouw lopend achter een rollator langzaam vooruit qua mobiliteit. Zij weigert nog maar af en toe te oefenen. Zij komt geleidelijk aan in gewicht. Het interprofessionele team raakt onderling niet in de problemen. Er treedt nauwelijks tegenoverdracht op. Het spelen met informatie of het splitsende gedrag naar de zoon neemt af, mede doordat informatie geregeld met hem gedeeld wordt door het team. Mevrouw claimt geleidelijk minder aandacht. In de groepsbewegingstherapie met de psychomotore therapeut leert zij (non-verbaal) met wisselend

succes haar gedrag beter af te stemmen op de mederevalidanten. Verder ontdekt de zoon in de systeemtherapie sessies dat hij last heeft van een tweedegeneratie-slachtoffersyndroom en wordt hij verwezen voor vervolgbehandeling elders. Mevrouw haar stemming verbetert en zij hervindt weer wat van haar oude kracht. Zij gaat meer uit zichzelf ondernemen. Bij de psycholoog kan zij met enige afstand praten over delen uit haar moeilijke leven. Zij kan trots zijn op hoe zij deze last heeft kunnen dragen en lerares en alleenstaande moeder is geweest en haar hoge leeftijd heeft weten te bereiken. Zij wordt uiteindelijk ontslagen naar een verzorgingskamer in een verpleeghuis met een warme overdracht en vervolgbegeleiding ten aanzien van de ingezette gedragshandtering.

E. Heranalyse

Er is geen grote relevante heranalyse nodig geweest. De wekelijkse IDO-overleggen met aandacht voor 1. contactopbouw, 2. beheersing emoties, 3. mentalisering met betrekking tot mevrouw D. en 4. de inzet van systeemtherapie voor de zoon werden gebruikt voor subtiele bijstelling van de afgesproken aanpak en de uitvoering ervan.

Algemene conclusie en aanbevelingen

Kennis en kunde op het gebied van de persoonlijkheid van ouderen is relevant in de preventie en behandeling van complex probleemgedrag bij mensen met cognitieve stoornissen zoals dementie. Dit geldt tevens voor de begeleiding van hun mantelzorgers. Mensen met dementie maken gebruik van diverse zorgsettings. Hier werken verschillende zorgprofessionals met grote onderlinge verschillen in kennis en kunde met betrekking tot persoonlijkheidsaspecten. Scholing en training in deze problematiek is van groot belang. Het hanteren van een methodiek is een belangrijk hulpmiddel voor succesvolle persoonsgerichte interdisciplinaire preventie, behandeling en zorg van dergelijk complex probleemgedrag. De hier gepresenteerde STIP-methode gebaseerd op de richtlijn probleemgedrag bij dementie van Verenso/NIP en erkend door V&VN is hiervoor een geschikte methode. Het is in de praktijk niet alleen van belang om de STIP-methode te beheersen, maar ook voldoende te weten van de verschillende persoonlijkheidsbeelden en de daarmee samenhangende specifieke aandachtspunten voor het klinisch redeneren en het uitvoeren van passende interventies.

Literatuur

- Antheunissen, T., Bakker, T.J.E.M., & Collet, J. (2020). (H)erken de rol van de persoonlijkheid bij probleemgedrag van cliënten in het verpleeghuis en in de thuiszorg. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 51(2). <https://doi.org/10.36613/tgg.1875-6832/2020.02.08>.
- Bakker, T.J.E.M., & van Helden, M. (2019). Woon- en leefomgeving vanuit sociotherapeutisch perspectief. In: T. Bakker, V. Habes, G. Quist, J. van der Sande, W. de Vrie (Eds.), *Klinisch redeneren bij ouderen* (pp. 425-438). Bohn Stafleu van Loghum Uitgeverij.
- Bakker, T.J.E.M., Collet, J., van den Brink, J.M.A., & Oude Voshaar, R.C. (2018). Kwetsbare ouderen. In: S.P.J. van Alphen, R.C. Oude Voshaar, F. Bouckaert & A.C. Videler (Eds.), *Handboek persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen* (pp. 265-278). De Tijdstroom Uitgeverij.

- Bakker, T.J.E.M., Duivenvoorden, H.J., van der Lee, J., Olde Rikkert, M.G., Beekman, A.T., & Ribbe, M.W. (2011). Integrative psychotherapeutic nursing home program to reduce multiple psychiatric symptoms of cognitively impaired patients and caregiver burden: randomized controlled trial. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 19(6), 507-520.
<https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181eafdc6>
- Bakker, T.J.E.M. (2010). *Integrative reactivation and rehabilitation to reduce multiple psychiatric symptoms of psychogeriatric patients and caregiver burden*. [Doctoral dissertation, Vrije Universiteit Amsterdam]. Research Portal VU.
<https://research.vu.nl/en/publications/integrative-reactivation-and-rehabilitation-to-reduce-multiple-ps>
- Barendse, H.P.J., & Thissen, A.J.C. (2006). *Hetero-Anamnestic Persoonlijkheidsvragenlijst (H.A.P.); Handleiding*. Barendse & Thissen.
- Beck, A.T., Davis, D.D., & Freeman, A. (Eds.) (2015). *Cognitive therapy of personality disorders* (3rd ed.). Guilford Press.
- Beck, A.T., Epstein, N., & Harrison, R. (1983). Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*.
- Botter, L., Ten Have, M., Gerritsen, D., de Graaf, R., van Dijk, S., van den Brink, R., & Oude Voshaar, R.C. (2021). Impact of borderline personality disorder traits on the association between age and health-related quality of life: A cohort study in the general population. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 64(1), e33. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.27>
- Cheston, R., & Ivanecka, A. (2017). Individual and group psychotherapy with people diagnosed with dementia: a systematic review of the literature. *International journal of geriatric psychiatry*, 32(1), 3-31. <https://doi.org/10.1002/gps.4529>
- Collet, J., de Vugt, M.E., Verhey, F., Engelen, N., & Schols, J. (2018). Characteristics of double care demanding patients in a mental health care setting and a nursing home setting: results from the SpecIMeN study. *Aging & mental health*, 22(1), 33-39.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1202891>
- Fogel, A., & Thelen, E. (1987). Development of early expressive and communicative action: Reinterpreting the evidence from a dynamic systems perspective. *Developmental Psychology*, 23(6), 747-761. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.6.747>
- Geelen, R.J.G.M., Bakker, T.J.E.M., & Oude Voshaar, R.C. (2018). Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en extramurale thuiszorg. In: S.P.J. van Alphen, R.C. Oude Voshaar, F. Bouckaert & A.C. Videler (Eds.), *Handboek persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen* (pp. 297-308). De Tijdstroom Uitgeverij.
- Groeneveld, J.J. (2019). Mantelzorg onder druk. In: T. Bakker, V. Habes, G. Quist, J. van der Sande, W. de Vrie (Eds.), *Klinisch redeneren bij ouderen* (pp 411-423). Bohn Stafleu van Loghum Uitgeverij.
- De Jonghe, F. (1989) De descriptieve en de structurele pathologie van de borderline-patiënt. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 31, 1989(8).
- Pieper, M.J., Francke, A.L., van der Steen, J.T., Scherder, E.J., Twisk, J.W., Kovach, C.R., & Achterberg, W.P. (2016). Effects of a Stepwise Multidisciplinary Intervention for Challenging

- Behavior in Advanced Dementia: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(2), 261-269. <https://doi.org/10.1111/jgs.13868>
- Spitzer R.L. (1983). Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Comprehensive psychiatry*, 24(5), 399-411. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(83\)90032-9](https://doi.org/10.1016/0010-440x(83)90032-9)
- Vermote, R. (2013). The undifferentiated zone of psychic functioning: An integrative approach and clinical implications. *Bulletin of the European Federation of Psychoanalysis*, 13, 16-27.
- Zuidema, S.U., Smalbrugge, M., Bil, W.M.E., Geelen, R., Kok, R.M., Luijendijk, H.J., van der Stelt, I., van Strien, A.M., Vink, M.T., & Vreeken, H.L. (2018). *Multidisciplinaire Richtlijn probleemgedrag bij dementie*. Verenso, NIP.
- Zwijzen, S.A., Smalbrugge, M., Hertogh, C.M.P.M., Gerritsen, D.L., Eefsting, J.A., & Pot, A.M. (2014). Grip op probleemgedrag. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*, 5.