

Cliënten uit het 'vreemde cluster'

Persoonlijkheidsstoornissen in het verpleeghuis (1)

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis zijn voor verzorgenden dikwijls moeilijk te begrijpen. Hun opvallende gedrag en onverwachte manier van reageren leiden nogal eens tot problemen. Het eerste artikel van een korte serie over soorten persoonlijkheidsstoornissen en hoe hiermee om te gaan.

In deze serie beschrijven wij wat zich kan voordoen als mensen met uiteenlopende persoonlijkheidsproblemen op latere leeftijd in het verpleeghuis worden opgenomen. Hoe reageren dergelijke cliënten op de situatie in het verpleeghuis? Wat zijn de problemen die verzorgenden in de omgang met deze mensen ervaren? En hoe kunnen zij beter met zulke cliënten omgaan? Hierbij gebruiken we het *Cognitive Model for Behavioral Interventions* (CoMBI) dat is ontwikkeld door *Bas van Alphen* c.s. Dit model benoemt eerst de kernbehoefte van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Wordt deze behoefte onvoldoende gecompenseerd door de omgeving of juist tegengewerkt door gedrag van mensen uit die omgeving, dan doet zich probleemgedrag voor. Vervolgens laat het model zien hoe zorgverleners aan de betreffende kernbehoefte tegemoet kunnen komen zodat storend gedrag wordt voorkomen.

DRIE CLUSTERS

Leidraad bij de gehanteerde classificatie van persoonlijkheidsstoornissen is de vijfde editie van de *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5). Hierin wordt van een persoonlijkheidsstoornis gesproken als er sprake is van een duurzaam en inflexibel patroon van gedrag, denkwijze, sociaal functioneren en emotionele reacties. Dit patroon komt naar voren in allerlei situaties: werk, gezin, vrijetijdsbesteding, enzovoort. Bij een persoonlijkheidsstoornis zijn bepaalde persoonlijke eigenschappen sterk uitvergroot en vertoont iemand deze voortdurend, onafhankelijk van wat er in de omgeving gebeurt. Daarmee is aanpassen aan nieuwe situaties doorgaans lastig. Vaak hebben mensen met deze stoornissen weinig inzicht in zichzelf en leren zij moeilijk van hun ervaringen. Een en ander leidt dikwijls tot interpersoonlijke problemen. De persoonlijkheidsstoornissen worden onderverdeeld in drie clusters: A, B en C. Cluster A wordt ook wel het vreemde of bizarre cluster genoemd. Mensen uit dit cluster trekken zich snel terug, stellen bijna geen prijs op contacten met anderen, zijn veelal achterdochtig en houden er een aparte levensstijl op na met vreemde gewoonten (zoals of verzamelwoede of bepaalde rituelen).

Dit cluster omvat de schizoïde, de schizotypische en de paranoïde persoonlijkheidsstoornis.

Cluster B, ook wel het impulsieve cluster genoemd, wordt getypeerd als labiel, dramatisch en expressief. Het gedrag van dergelijke mensen valt in het dagelijks leven nogal op door wispelturigheid, impulsiviteit en aanhoudend vragen om hulp en gezelschap – om die vervolgens weer af te wijzen. Dit cluster omvat de antisociale, de borderline, de histrionische (theatrale) en de narcistische stoornis.

Cluster C wordt ook wel het angstige, nerveuze cluster genoemd. Mensen uit dit cluster maken zich voortdurend zorgen, zijn introvert en proberen zich vooral aan de regels te houden. Zij willen absoluut niet opvallen en zijn steeds bezig het anderen naar de zin te maken. Dit cluster omvat de afhankelijkke, de vermijdende en de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis. In het vervolg van deze bijdrage beschrijven we cliënten met persoonlijkheidsproblemen in het vreemde cluster. Beide andere clusters komen in volgende artikelen aan bod.

ERG OP ZICHZELF

Meneer Schins (87) komt in het verpleeghuis wonen. Hij is zijn hele leven erg op zichzelf geweest, werkte in de



fabriek van zijn ouders (en later van zijn zus), woonde op het fabrieksterrein en had met niemand contact. In het verpleeghuis is hij erg afstandelijk en kil; hij komt met moeite naar het gezamenlijke eten en haast zich daarna zo snel mogelijk terug naar zijn kamer. Met de verzorgenden kan hij niet overweg; hij stuurt ze liefst allemaal direct de deur uit en wil van geen verzorging weten. Meneer Schins denkt soms dat hij betoverd wordt (vooral de hypo's als gevolg van zijn diabetes roepen dat gevoel op). Gesprekken voeren vindt hij moeilijk; hij weet zich dan geen houding te geven. Zijn zus heeft nog enige invloed op hem; zij heeft met hem afgesproken dat hij tweemaal per week onder de douche gaat en schone kleding aandoet. Meneer Schins houdt de gordijnen angstvallig dicht en wil drie muren van zijn kamer zwart geverfd hebben.

Diagnose door de psycholoog wijst uit dat meneer Schins trekken heeft van een persoonlijkheidsstoornis uit cluster A. En dan met name van de schizoïde en de schizotypische persoonlijkheidsstoornis.

Mensen met een schizoïde en schizotypische stoornis:

- kiezen bijna altijd voor alleen bezig zijn, hebben geen behoefte aan hechte relaties en genieten hier ook niet van;
- hebben weinig of geen belangstelling voor seksuele ervaringen met anderen;
- beleven weinig genoeg aan activiteiten;

- zijn vaak weinig gevoelig voor lof of kritiek en zijn emotioneel kil.

Daarnaast kunnen mensen met een schizotypische persoonlijkheidsstoornis ook nog:

- eigenaardige overtuigingen of magische denkbeelden hebben;
- ongewone waarnemingen hebben en merkwaardige gedachten;
- vreemd spreken (vaag, wijldlopig, metaforisch, met een overmaat aan details of juist stereotiep);
- achterdochtig zijn;
- blijf geven van een inadequaaf of ingeperkt affect;
- er zonderling, excentriek of vreemd uitzien;
- een sociale angst hebben die niet afneemt in een vertrouwde omgeving en eerder samengaat met paranoia.

Deze mensen vermijden sociale contacten en een verpleeghuis is daarom geen goede plek voor hen: er wonen veel mensen dicht bij elkaar en bij de verzorging is er vaak intensief contact met de verzorgenden.

VALKUILEN

Veel verzorgenden helpen mensen vanuit een warm empathisch gevoel; behalve dat zij uitstekende lichamelijke zorg verlenen, letten zij eveneens op het psychisch en sociaal welzijn van de bewoner. En daar gaat het snel fout: personeel bouwt een emotionele band op met een bewoner, stimuleert mensen om deel te nemen aan sociale activiteiten en oefent soms druk uit als bewo-

ners niet geneigd zijn contacten op te zoeken. Ook zijn verzorgenden soms geneigd mee te gaan in de vreemde gedachten van de bewoner of probeert men juist rituelen van de bewoner te beperken. Bij de mens met een schizoïde stoornis kan deze 'bemoënis' leiden tot meer terugtrekgedrag, bij iemand met een schizotypische stoornis tot meer eigenaardige overtuigingen, magische denkbeelden en achterdocht.

Na zijn opname in het verpleeghuis verblijft de heer Schins continu op zijn kamer waarin hij een aantal (gipsen) doodshoofden heeft neergezet. Hij voert dagelijks rituelen uit waarbij hij kruiden verbrandt om de boze geesten uit zijn appartement te bannen. Dit levert hem forse kritiek op van zijn burendie vinden dat het stinkt. Eén keer kwam het hierbij bijna tot een handgemeen. Verzorgende Franka wil meneer Schins steunen, steekt hem regelmatig een hart onder de riem en probeert te achterhalen wat zijn beweegredenen zijn voor dit gedrag. Zij raadt hem aan meer afleiding en activiteiten te zoeken en adviseert hem met klem te stoppen met het verbranden van kruiden. Het gevolg hiervan is dat meneer Schins boos wordt en haar niet meer wil zien.

BETERE ONGANG

Als we mensen met dergelijke persoonlijkheidstrekken willen benaderen, kijken we eerst wat hun kernbehoefte is. Met behulp van het CoMBI-model analyseren we hoe deze kernbehoefte in samenhang met gedrag van mensen uit de omgeving tot probleemgedrag leidt. In de eerste stap omschrijven we wat het probleem is. Daarna beschrijven we een reactie van zorgmedewerkers hierop die niet tegen de kernbehoefte van de cliënt in gaat en niet meer probleemgedrag uitlokt. Ook inventariseren we hoe de verzorging meer aan de kernbehoefte tegemoet kan komen.

De probleeminventarisatie van de verpleging zegt dat meneer Schins zich ➤

afzondert, hinderlijk gedrag vertoont en achterdochtig is. Men benoemt als kernbehoefte 'autonomie' oftewel zijn wens alleen te zijn en niet gestoord te worden door anderen. Hem regelmatig aansporen aan activiteiten deel te nemen lokt probleemgedrag uit. In de nieuwe benadering zal men zijn kernbehoefte respecteren. Meneer Schins kan samen met de verzorgende een dagschema maken waarin hij kan aangeven wanneer hij alleen wil zijn en met wie hij een praatje wil maken en waarover. Verder wordt beschreven hoe en wanneer hij zich zal laten verzorgen en zal met hem besproken worden hoe hij de kruiden op een niet-hinderlijke manier kan verbranden.

De heer Schins krijgt nu meer rust en kan zijn eigen gewoonten handhaven. Doordat de verzorgenden hem uitleggen dat hij weer rustig alleen kan zijn als hij snel meewerkt met de verzorging, krijgt hij weer grip op de situatie. Eens per dag verbrandt hij zijn kruiden op het balkon in gezelschap van een verzorgende die hem daarvoor prijst. Ook mag hij voortaan alleen zitten bij de gezamenlijke maaltijd.

ACHTERDOCHTIG

De heer Ploegers (73, ongehuwd) verblijft sinds twee weken op een somatische afdeling van het verpleeghuis. Hij is opgenomen vanwege slechtziendheid, slechte nieren en sterk wisselende bloedsuikers. In het begin ging alles goed, maar de laatste weken is hij toenemend wantrouwend; hij beschuldigt sommige verzorgenden ervan hem te verwaarlozen (vooral de nachtdiensten moeten het ontgelden). Zijn overtuiging dat hij te weinig zorg krijgt mondt vaak uit in een discussie met de verzorgenden en dan moet het afdelingshoofd met hem praten om hem weer rustig te krijgen. Ook medebewoners moeten het ontgelden: 's nachts schreeuwt meneer Ploegers omdat hij denkt dat zijn burens met opzet lawaai maken op de gang.

Mensen met een paranoïde persoonlijkheidsstoornis – de diagnose bij meneer Ploegers – zijn wantrouwend en achterdochtig ten opzichte van anderen en verdenken hen ervan kwaadwillig te zijn. Dit begint in de vroege volwassenheid en uit zich in vier of meer van de volgende situaties:

- mensen met een paranoïde stoornis vermoeden door anderen te worden uitgebuit;
- worden geheel in beslag genomen door ongerechtvaardigde twijfels aan de trouw of betrouwbaarheid van vrienden of collega's;
- nemen anderen met tegenzin in vertrouwen, bang dat de informatie op een kwaadaardige manier tegen hen zal worden gebruikt;
- zoeken verborgen vernederingen en bedreigingen achter onschuldige opmerkingen of gebeurtenissen;
- vergeven geen beledigingen, aangedaan onrecht of kleineringen;
- bespeuren vaak ten onrechte kritiek op eigen karakter of reputatie en reageren snel met woede of tegenaanval;
- zijn regelmatig zonder gegronde reden achterdochtig over de trouw van de echtgenoot of partner.

Ook hier is het feit dat verzorgenden veelal een warme band met hun cliënten opbouwen een nadeel: achterdochtige mensen kunnen bij een warme benadering snel onzeker en juist achterdochtiger worden. Ingaan op die achterdocht vermeerdert die nog meer; de gedachte weerleggen lukt niet en erin meegaan kan niet.

Ook nu wordt het CoMBI-model toegepast. Het probleem is dat de heer Ploegers wantrouwend is en bang is verwaarloosd te worden; discussie en empathisch ingaan op zijn gedachten leidt tot meer achterdocht. Zijn kernbehoefte is 'veiligheid' door zekerheid te hebben over duidelijke situaties. Men besluit meneer Ploegers meer grip te geven door de zorghandelingen met hem af te spreken en te noteren. De

benadering van de verzorgenden moet rustig, kalm, enigszins zakelijk en bemoedigend zijn en er wordt een neutrale persoon aangesteld om zaken die zich voordoen met hem te bespreken. De psycholoog spreekt met hem over de nachtelijke onrust en het team ziet erop toe dat hij van iedereen dezelfde zorg krijgt (meneer Ploegers mag dat in een schrift noteren). Omdat zijn lichamelijke toestand nogal kan wisselen, zal de contactverzorgende eens per week met hem overleggen over de benodigde zorg. Ten slotte betreft de activiteitenbegeleidster de heer Ploegers, die zijn leven lang een verwoed tuinierder was, bij een solistische activiteit in het tuinproject.

Meneer Ploegers heeft nu meer zekerheid en voelt zich daardoor veiliger. De houding van de verzorgenden wordt zakelijker en afstandelijker en de psycholoog legt hun uit dat zij niet-bedreigende vragen dienen te stellen (wie, wat, waar, wanneer en hoe; niet waarom, omdat dit als een aanval kan worden gezien). Ook is het zaak niet met meneer Ploegers in discussie te gaan over zijn achterdochtige ideeën, maar gebruik te maken van het zogeheten tactisch onderhandelingsmodel:

1. U denkt dat verzorgenden u bij de verzorging benadelen;
2. Wij handelen allemaal hetzelfde;
3. Bespreek wat u ervan vindt met een neutraal iemand.

Door dit model te gebruiken kunnen verzorgenden zich bij problemen neutraler opstellen. ♦

TEKST THEO HAZELHOF EN BAS VAN ALPHEN.

BEELD DIESEL_80/ADOBESTOCK

LITERATUUR

Osterloh, J.W.S.A., Rossi, G., Videler, A.C., & Van Alphen, S.P.J. (2019). *Mediatietherapie bij ouderen met een persoonlijkheidsstoornis*. Behandeprotocol voor de verpleegkundige.