



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

De Korte Personologische Psychotherapie als model voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen

Rita van Royen en Arjan Videler*

Samenvatting

In dit artikel wordt een kortdurende methode tot gedrags- en schemaverandering voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen voorgesteld: de Korte Personologische Psychotherapie van Everly (1996). Deze methode hebben wij toegepast bij ouderen. Over psychotherapie bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen zijn opvallend weinig publicaties verschenen. De bestaande interventies bij persoonlijkheidsstoornissen kunnen geplaatst worden op een continuüm dat reikt van steunend-structurerende interventies aan de ene pool tot schemaveranderende cognitieve therapie aan de andere. Tussen deze beide behandelvormen zou de Korte Personologische Psychotherapie van Everly bruikbaar kunnen zijn. Hierbij dienen de bekrachtigers van de persoonlijkheidsstoornis als basis voor veranderingen in gedrag en cognities. De therapeut bevestigt in eerste instantie het belang van de bekrachtigers om vervolgens met de cliënt een overeenkomst aan te gaan voor de noodzaak tot gedragsverandering. De verschillende stappen van dit model worden nader toegelicht aan de hand van twee gevalbeschrijvingen. De Korte Personologische Psychotherapie is een laagdrempelige behandelmethode die zou kunnen aansluiten bij de hulpvragen waarmee ouderen met persoonlijkheidsstoornissen zich melden bij de GGz.

Inleiding

In de huidige psychotherapie van persoonlijkheidsstoornissen heeft de cognitieve therapie zich een vooraanstaande plaats verworven. Hierin bewerkt de therapeut de disfunctionele cognitieve schema's, die zich al vroeg in de kinderjaren hebben ontwikkeld (Beck, Freeman, Davis, & associates, 2004; Padesky, 1994; Young, Klosko, & Weishaar, 2005). Over psychotherapie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen bestaat nog weinig literatuur (Van Alphen, 2006) en ook over schemaverandering bij ouderen is slechts een zeer beperkt aantal publicaties verschenen. Laidlaw, Thompson, Dick-Siskin en Gallagher-Thompson (2003) beschrijven bijvoorbeeld hoe zij technieken uit de cognitieve therapie hebben toegepast en aangepast voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Dick en Gallagher-Thompson (1995) geven een gevalbeschrijving van een dergelijke psychotherapeutische behandeling.

In de klinische praktijk beperkt men zich bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen vaak tot adaptatiebevorderende begeleiding (Van Alphen, Engelen, Kuin, & Derksen, 2004). Wij stellen hier een methode voor die de mogelijkheid biedt tot gedragsverandering en schemaverandering bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen:

* DRS. R. VAN ROYEN is als GZ-psycholoog/psychotherapeut verbonden aan de GGz Midden-Brabant. Correspondentie: Postbus 770, 5000 AT, Tilburg. E-mail: r.vanroyen@hetnet.nl
DRS. A. VIDELER is als GZ-psycholoog/psychotherapeut verbonden aan de GGz Midden-Brabant.

de Korte Personologische Psychotherapie (Everly, 1996). Het gaat om een laagdrempelige en kortdurende methode, die bij volwassenen is toegepast en die wij bij ouderen hebben getest. De therapeut brengt samen met de cliënt de bekrachtigers die de persoonlijkheidsstoornis onderhouden in kaart. Het is niet de bedoeling om deze bekrachtigers te wijzigen, maar de therapeut erkent deze juist als van vitaal belang voor de cliënt. Zij dienen als basis van waaruit de therapeut en cliënt samen verder werken.

Zo heeft de cliënt met een narcistische persoonlijkheidsstoornis (volgens zijn dominante cognitieve schema) de overtuiging dat hij recht heeft op een speciale bevoordeling of status. De bekrachtiging kan dan bijvoorbeeld bestaan uit het bereiken van maatschappelijk hooggewaardeerde rollen. Er is echter een 'maar' aan deze overtuiging: anderen gaan er niet in mee. Neem de narcistische man die een bedrijf over wil nemen van de huidige directeur. Hij vindt dat hij de meest aangewezen persoon is om directeur te worden, want hij acht zich de meest intelligente man, die ervoor in aanmerking komt. Het probleem volgens hemzelf is dat de collega's op de werkvloer hem en zijn goede ideeën niet begrijpen. In zijn ogen hebben de anderen geen inzicht in wat er moet gebeuren, zijn zij niet gemotiveerd en zijn zij geen serieuze medewerkers. De cliënt begrijpt echter wel dat hij de medewerkers op zijn hand moet krijgen, als hij zijn doel (directeur worden) wil bereiken. Hij zal dus iets moeten doen, bijvoorbeeld een beweging in hun richting maken. Deze stap is cruciaal in deze behandelmethode. Therapeut en cliënt moeten het eens zijn over de noodzaak tot gedragsverandering. Met het wederzijdse akkoord over de verandering van het disfunctionele schema en het bijbehorende disfunctionele gedrag staat of valt de therapie. Op basis van dit akkoord kan, onder andere via gedragsexperimenten, cognitieve hercodering of rollenspelen, in de sessies gewerkt worden aan gedrags- en schemaverandering.

Gevalsbeschrijvingen

We illustreren dit psychotherapiemodel aan de hand van twee gevalsbeschrijvingen.

Meneer Van Gils

Meneer Van Gils is een 73-jarige, gehuwde man met een obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis, die vanwege een depressie wordt verwezen door een geheugenpolikliniek. Bij onderzoek aldaar worden geheugenproblemen gevonden, maar deze blijken zeer mild, zelfs zo mild dat niet van een amnestische stoornis volgens de DSM-IV (APA, 1994) gesproken kan worden. Evenmin wordt aan de criteria van een mild cognitive impairment (Petersen, Stevens, Ganguli, Tangalos, Cummings, & DeKosky, 2001) voldaan, omdat vermoed wordt dat de depressie een hoofdrol speelt in het veroorzaken van de geheugenproblemen.

Bij de intake blijkt dat er inderdaad sprake is van een depressie en van een obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. Meneer is zeer eenzijdig gericht op het leveren van goede prestaties en het vermijden van fouten. Alles vanuit de overtuigingen (lees: cognitieve schema's) dat men verantwoordelijk is voor zichzelf, fouten maken daarbij een ramp is en alleen hard werken telt in het leven. Om die reden was hij na zijn pensionering niet echt gestopt met werken, maar vrijwel fulltime vrijwilligerswerk gaan verrichten als coördinator van een grote seniorensoos. In de loop der jaren had hij deze soos van de grond

af opgebouwd tot een vereniging met bijna duizend leden. Meneer ervaart bij de uitoefening van deze functie echter steeds meer spanning. Hij schrijft dit mede toe aan de gevolgen van artrose en zijn geheugenklachten. De soos werd te groot en hij kreeg steeds sterker het gevoel dat 'alles uit zijn vingers glipte'. Dit gevoel kent hij al zijn hele leven.

De echtgenote omschrijft de cliënt als een 'oververantwoordelijke, goudeerlijke, rechtlijnige en hardwerkende man'. Volgens haar kan hij zijn werkzaamheden echter niet meer bolwerken. Zo staat hij soms 's morgens om 5 uur op om inkooplijsten door te nemen. Hij spant zich steeds meer in om de controle te behouden, zowel in zijn handelen (controleren) als door cognitieve controle (piekeren of hij alles wel goed gedaan heeft). Als er op een rommelmarkt die hij gecoördineerd heeft, een aantal kraampjes te weinig blijkt te zijn, staakt hij plots zijn werkzaamheden en meldt zich ziek. De maanden daarna brengt hij hoofdzakelijk liggend in bed of op de bank door, al ruminerend over zijn klachten en fouten. Na de intake wordt besloten om meneer Van Gils te behandelen volgens het Korte Personologische Psychotherapiemodel.

Taxatiefase

Tijdens de taxatiefase inventariseert de therapeut welke disfunctionele gedragspatronen er bij meneer Van Gils aanwezig zijn en of er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis, en zo ja, welke. De therapeut wijdt drie sessies aan deze fase.

De persoonlijkheid wordt gediagnosticeerd met behulp van de scid-II. Uit onderzoek blijkt dat de validiteit van bestaande meetinstrumenten van persoonlijkheidstoornissen onduidelijk is bij het gebruik bij ouderen (Van Alphen, Engelen, Kuin, & Derksen, 2004). Om de validiteit van de diagnostiek te vergroten, hebben we daarom ook een levensloopanamnese en een heteroanamnese toegevoegd. Dit bevestigt de uitslag van de scid-II: meneer lijdt aan een obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. Het voornaamste bekrachtigende thema van meneer was om weer aan de slag te kunnen in de soos.

Fase van het op één lijn komen

Tijdens deze fase is het doel om de cliënt erkenning te geven voor de noodzaak van de bekrachtigende thema's. De bekrachtiger is hier: 'Ik wil de soos runnen'. Dit aansluiten bij de bekrachtiger is cruciaal om in de volgende fase tot een wederzijds akkoord te komen over de noodzaak van verandering van gedrag en schema's.

Fase van het akkoord

In deze fase bereiken cliënt en therapeut een akkoord over de noodzaak om disfunctionele gedrags- en denkpatronen te veranderen. Dit is de cruciale fase van de therapie. In het geval van meneer Van Gils bereiken hij en de therapeut overeenstemming over de noodzaak om weer aan de slag te gaan. De manier waarop de cliënt gewend is om deze bekrachtiger na te streven, was onvoldoende succesvol geworden door zijn lichamelijke en cognitieve beperkingen. De therapeut verwoordt dat als volgt: 'Zoals u vroeger de soos runde, zo lukt dat niet meer. Met uw pijnlijke schouders bijvoorbeeld kunt u de kratten niet meer zo hoog opstapelen. En alles

coördineren vergt heel veel van uw geheugen en concentratie. En zeker sinds de soos verder uitgebreid is en meer leden heeft, is het moeilijker alle taken zelf uit te voeren.’

Meneer gaat vrij snel akkoord met het doel om zijn werkzaamheden op de soos weer op te pakken, maar dan wel volgens een nieuwe lijn: ‘Omdat u zo uw doel niet kunt bereiken om de soos te runnen, moet u delegeren.’ De therapeut legt hem de keuze voor om ofwel weer als coördinator alle taken op te pakken, ofwel om te leren één deeltaak (of een klein aantal deeltaken) te kiezen om uit te voeren en de resttaken te leren delegeren. Vanuit het gezamenlijke inzicht van meneer en de therapeut dat de eerste optie geen haalbare meer is, gaat hij akkoord met de tweede optie; deeltaken oppakken en delegeren. De therapeut checkt goed of meneer Van Gils de doelstelling van de therapie echt begrijpt en genoeg gemotiveerd is om aan de behandeling mee te werken.

Fase van de gedragsverandering

In de fase van de gedragsverandering werkt de cliënt samen met de therapeut aan de overeengekomen doelen – in dit geval door te leren deeltaken op te pakken en taken te leren delegeren. Daarbij wordt het pathogene effect en de invloed van het disfunctionele cognitieve schema ‘Ik moet alles onder controle houden’ verminderd en mogelijk vervangen door: ‘Ik ben niet langer voor alles verantwoordelijk’. Deze fase duurt in het geval van meneer twaalf sessies. In een van de eerste sessies wordt de voorzitter van de vereniging uitgenodigd om het plan voor het oppakken van deeltaken te bespreken. Deze stelt voor om het beheerderschap van de seniorensoos over twee mensen te verdelen: de cliënt zelf en degene die tijdens de afwezigheid van cliënt diens taken moet waarnemen. Aldus geeft de heer Van Gils taken uit handen in plaats van zelf de controle te houden.

In een volgende sessie zit meneer in zak en as. De sombere stemming blijkt verband te houden met het starten van zijn nieuwe taak in diezelfde week. De toename van sombere gevoelens is begonnen tijdens een bezoek aan de rommelmarkt, die hij in voorgaande jaren altijd zelf had georganiseerd. Nu kwam hij alleen om zijn echtgenote, die daar een kraampje beheerde, af te zetten. Hij vertrok meteen nadat de huidige waarnemend coördinator had gezegd dat hij ‘de koffie zelf kon pakken’. Bij de inventarisatie van zijn cognities blijkt dat hij dat voorval geïnterpreteerd heeft als: ‘Ze vinden me overbodig.’ De therapeut gaat vervolgens door met het uitvragen van zijn gedachten rondom het opstarten van de gedeelde beheerderstaak komende week. Zijn cognities hierover blijken samengevat te kunnen worden door de gedachte: ‘Ik kan het niet.’

Beide negatieve cognities worden door de therapeut uitgedaagd en als helpende gedachten worden geformuleerd: ‘Het is gebleken dat men vertrouwen in mij heeft’ en ‘Ik doe dit werk al mijn hele leven.’ Verder wordt afgesproken dat de man de therapeut zal bellen na afloop van de eerste dag. Hij wordt geprezen voor het zetten van de eerste stap en telefonisch zal worden doorgenomen wat hij de volgende dag gaat doen in zijn nieuwe taak als parttime beheerder.

In de weken hierop pakt hij het gedeelde beheerderschap verder op en hij ontvangt veel waardering van de bezoekers. Zijn stemming tijdens de volgende sessies is zichtbaar

verbeterd. De score op de geriatrische depressieschaal (Kok, Heeren, & Van Hemert, 1993) is gedaald van 23/30 naar 9/30. Hij is tevreden over hetgeen hij bereikt heeft en zowel de therapeut als meneer vinden (vanaf zitting 15) dat de frequentie van de sessies kan worden teruggebracht tot eens in de maand.

In sessie 17 is er een terugval in depressieve klachten zonder dat de cliënt minder actief is geweest. Deze terugval houdt deels verband met serieuze problemen binnen het gezin. Daarnaast blijkt hij last te hebben van de volgens hemzelf en zijn echtgenote licht toenemende geheugenproblemen. Hij ervaart dit als vreselijk. Meneer noemde vervolgens een paar vergeetincidenten, waaronder één waarbij hij de bestelling van een soosbezoeker was vergeten. Deze geheugenproblemen betekenen voor hem een 'verlies van grip op de situatie', waardoor hij fouten zal maken. Schrijven als geheugensteun ziet meneer niet zitten: 'Ik wil niet afhankelijk zijn van papier'. Hij wil en moet dingen immers 'helemaal zelf kunnen'.

Opnieuw worden de bekrachtigende thema's door de therapeut doorgenomen. 'U wilt de soos runnen. Door uw geheugenproblemen gaat dat minder goed. Hoe gaat u dat aanpakken?' Meneer komt met de therapeut overeen dat wanneer hij iets per se niet wil vergeten, hij aan zijn vrouw zal vragen hem te helpen herinneren, en dat hij belangrijke dingen zal opschrijven. Vervolgens neemt hij iedere ochtend door wat er voor die dag gepland staat. Na enkele sessies schrijft meneer Van Gils thuis afspraken op zijn kalender en maakt hij tijdens vergaderingen aantekeningen. Dat bevalt hem goed en hij begint schrijven zelfs te beschouwen als een adequaat hulpmiddel in plaats van een teken van falen. Het overwinnen van de terugval geeft meneer voldoende vertrouwen om akkoord te gaan met het afbouwen van de therapie en het plannen van follow-upgesprekken. Bij een evaluatie geeft hij aan dat hij meer ontspanning ervaart in zijn leven. De krampachtigheid waarmee hij gewend was te leven, is inmiddels een stuk minder geworden.

Er wordt geen uitgebreid terugvalpreventieplan opgesteld, omdat er regelmatig follow-upsessies zullen gaan plaatsvinden om een zich eventueel ontwikkelend dementiesyndroom tijdig te signaleren.

Kort samengevat gaat het bij de casus van meneer Van Gils om iemand die vastloopt vanwege ouderdomsgerelateerde problematiek en persoonlijkheidsproblematiek, die te maken heeft met overdreven controlebehoefte en cognitieve rigiditeit (obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis). Gedragsverandering wordt bereikt met een verandering van het schema 'Ik ben verantwoordelijk voor alles' naar 'Ik kan overzicht houden door te delegeren en te noteren'.

Mevrouw Berenschot

Mevrouw Berenschot is een 74-jarige, gehuwde vrouw, gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis met afhankelijke en theatrale trekken. Zij wordt verwezen door haar huisarts met een scala aan angst- en stemmingsklachten. Sinds ongeveer haar 35ste heeft ze periodes gekend van alcohol- en benzodiazepinenafhankelijkheid. Met de alcohol is ze zeven jaar geleden gestopt. Het laatste halfjaar voor aanmelding gebruikte ze echter wel veel meer benzodiazepinen. Mevrouw heeft altijd veel steun van haar echtgenoot gehad. Anderzijds omschrijft ze hem als erg dominant en onvoorspelbaar. Mevrouw raakte verslaafd

aan de alcohol en werd opgenomen voor een ontwenningsskuur. Sinds de pensionering van haar echtgenoot hebben beide echtelieden veel afzonderlijke activiteiten buitenshuis. Bij de intake worden als diagnoses gesteld: persoonlijkheidsstoornis NAO, benzodiazepinenafhankelijkheid en een partnerrelatieprobleem. In de eerste vier weken na aanmelding nemen de angst- en spanningsklachten snel toe. Mevrouw stelt zich steeds afhankelijker op ten aanzien van haar echtgenoot. Na een escalatie van een echtelijke ruzie volgt een psychiatrische crisisopname. Als toegevoegde diagnose wordt hierbij gesteld: depressie: ernstig, zonder psychotische kenmerken.

Het relatieprobleem bestaat voornamelijk uit ruzies die een enkele maal uitmonden in het uitdelen van een tik door de echtgenoot. Mevrouw geeft zichzelf de schuld: 'Ik maak hem ook gek met mijn gezeur'. In de therapie worden topografische analyses van deze ruzies gemaakt. Een voorbeeld van hoe het gaat: mevrouw wordt gespannen als ze tekenen van een slecht humeur bemerkt bij haar echtgenoot. Ze vraagt dan veelvuldig om geruststelling ('Waarom doe je zo?'). De echtgenoot raakt geïrriteerd en maakt kleinerende opmerkingen naar haar ('Je bent een stom wijf, je kunt ook niets anders dan zeuren'), waarop zij nog gespannener raakt. Ze stelt nog meer vragen en loopt achter haar echtgenoot aan tot in zijn studeerkamer, waar hij zich wil terugtrekken. De echtgenoot wordt nog bozer, omdat hij met rust gelaten wil worden. De ruzie escaleert totdat de man en vrouw elkaar uitschelden en vastpakken. Af en toe leidt dit tot een tik door de echtgenoot.

Een andere klacht van mevrouw Berenschot is dat ze haar echtgenoot te dominant vindt. Sinds zijn pensionering bemoeit hij zich met het hele huishouden. Sommige taken heeft hij, mede vanwege haar heupproblemen, helemaal overgenomen.

Het relatieprobleem werd door de echtgenoot gebagatelliseerd. Hij vindt dat zijn vrouw een 'zenuwpatiënte' is en dat een iedereen in zijn schoenen 'gek van haar zou worden als deze 24 uur per dag met haar onder één dak zou moeten leven'. Tegelijkertijd geeft hij aan dat hij door vorige hulpverleners onvoldoende geïnformeerd is over de behandeling van zijn vrouw, daarmee impliciet zeggend dat hij nu wel meer betrokken wil worden. We nodigen de echtgenoot uit om, als hij daar behoefte aan heeft, mee te komen naar de therapie.

Gezien de persoonlijkheidsproblematiek van mevrouw wordt besloten haar te behandelen volgens de methode van de Korte Personologische Psychotherapie. Bij de start van de therapie is de depressie deels in remissie. Op de geriatrische depressieschaal scoort zij 15/30. Ze is licht somber gestemd en bovenal behoorlijk inactief. Zij heeft haar benzodiazepinegebruik meer dan gehalveerd.

Taxatiefase

Ten behoeve van de persoonlijkheidsdiagnostiek worden een levensloopanamnese, een heteroanamnese en een scid-II afgenomen. De conclusie is: persoonlijkheidsstoornis NAO met afhankelijke en theatrale trekken. Daarnaast wordt een depressie deels in remissie geconstateerd.

Het gedrag van mevrouw is sterk gericht op het voorkomen van het verlies van affectie en steun van haar echtgenoot. Zij ziet zichzelf als incompetent en iemand die niet alleen kan zijn (schema's). Ze heeft het idee dat ze haar echtgenoot zal verliezen, wanneer ze tegen zijn veeleisende gedrag in zou gaan.

Fase van het op één lijn komen

In deze fase gaat het om de erkenning van de bekrachtigende thema's. De therapeut concludeert in de vierde sessie dat mevrouw vanuit haar aard en persoonlijkheid steun en liefde nodig heeft. En op dit moment is er vooral ruzie. Het voorkomen van ruzie is dus de concrete bekrachtiger, die mevrouw Berenschot nastreeft. Zij is het hier volmondig mee eens.

Fase van het akkoord

In deze fase gaat het om het akkoord van cliënt en therapeut over de noodzaak om de disfunctionele gedragspatronen te veranderen. De negatieve effecten van haar gedrag op de relatie worden niet ontkend door de therapeut: 'U hebt uw man nodig, u kunt niet zonder hem. Maar als u te veel om steun vraagt, wordt hij gek van u en verliest hij zijn geduld. Dat veroorzaakt ruzie. Bovendien wordt hij dan te dominant en neemt hij zaken van u over. We kunnen misschien de aard van u en uw man niet zomaar veranderen, maar u kunt ook niet op deze manier doorgaan. Uw man wil niet in therapie,' gaat de therapeut verder, 'maar we kunnen kijken wat u kunt doen. U wilt in ieder geval geen ruzie.' Kernachtig wordt de gezamenlijke leus geformuleerd: 'U hebt uw man nodig, zoals u hem wilt hebben.' Met deze leus kwamen we overeen dat hoewel ze steun en bevestiging zocht bij haar man, ze kon leren om invloed te hebben op zijn gedrag en zo ruzie kon leren voorkomen. Op deze manier werd het akkoord bereikt dat verandering nodig is om de bekrachtiger (het voorkomen van ruzie) te bereiken.

In een gesprek met meneer en mevrouw Berenschot erkent de echtgenoot dat zijn vrouw veel steun nodig heeft. Hij verklaart dat hij deze ook zijn hele leven gegeven heeft. Hij erkent ook dat hij soms erg dominant kan zijn, 'maar zo zit ik nu eenmaal in elkaar'. Wel zegt hij bereid te zijn om zijn vrouw alle steun te blijven geven, als ze hem maar met rust zou laten wanneer hij een slecht humeur heeft. 'Als ze dan blijft zeuren en achter me aan blijft lopen, maakt ze me woest.' Verder vindt haar echtgenoot dat zijn vrouw haar dagen slecht kan vullen. Hij heeft het idee dat ze daar juist depressief van geworden is. De therapeut laat merken dat hij de wensen van de echtgenoot goed heeft begrepen. Mevrouw zegt bereid te zijn om te proberen haar echtgenoot tegemoet te komen. Het echtpaar en de therapeut spreken af dat er een aantal sessies gewijd wordt aan het leren voorkomen van ruzies. Speciale aandacht zal hierbij uitgaan naar het voorkomen dat meneer Berenschot zijn geduld verliest of te dominant wordt. Bovendien zal mevrouw Berenschot meer eigen activiteiten gaan oppakken.

Fase van de gedragsverandering

Doelen van deze fase zijn allereerst om mevrouw door middel van alternatief gedrag dezelfde bekrachtigers te laten bereiken, en ten tweede om het pathogene effect van de ondersteunende schema's te doen verminderen.

In de gedragsveranderingsfase leert mevrouw Berenschot eerst zich anders te gedragen om escalatie van de ruzies met haar echtgenoot te voorkomen. Ze leert daarbij om vroeg in de gedragsketen van een escalerende ruzie in te grijpen. Dit betekent concreet dat zij niet achter haar man aan gaat lopen, als deze zich terugtrekt om af te koelen.

Ze zal hem ook niet meer om geruststelling vragen. In plaats daarvan stelt ze zichzelf de vraag of ze later nog ergens op terug wil komen bij haar man. Als dat zo is (en deze wens de volgende dag overleeft), zal ze er alsnog op terugkomen. Zo niet, dan laat ze de vraag rusten. Dit plan wordt in de volgende sessie doorgesproken met de echtgenoot. Hem wordt gevraagd om zich bij toenemende spanning juist terug te trekken, als adequate manier om af te koelen.

Bij een eerste evaluatiegesprek met beide partners geven beiden aan dat de ruzies minder voorkomen en verder helemaal niet escaleerden. Mevrouw Berenschot heeft ontdekt dat de behoefte om terug te komen op een meningsverschil met haar echtgenoot of een vervelende opmerking van zijn kant vaak vanzelf verdween. Van dit inzicht is ze enorm onder de indruk. De echtgenoot vindt dat zijn vrouw wel minder vragen stelt en minder achter hem aanloopt, maar hij verwacht nog verdere verbetering. De therapeut benadrukt hierop dat elk nieuw gedrag geoefend dient te worden en dat verbetering doorgaans geleidelijk gaat. Af en toe een terugval is daarbij te verwachten, maar dat is geen ramp.

De echtgenoot geeft verder aan dat hij nog meer geholpen zou worden bij het beheersen van zijn drift, indien zijn vrouw hem naar zijn kamertje zou sturen. Mevrouw zelf ziet hier erg tegenop en heeft het idee dat ze dit niet kan. Met de therapeut en haar man komt ze echter overeen dat ze de volgende keer een poging zal wagen om hem naar zijn kamertje te sturen.

Tijdens een volgende sessie blijkt het haar toch een aantal keer gelukt te zijn. Iets waarvoor zij door de therapeut volop geprezen wordt. Enkele sessies verder meldt ze vol trots dat ze haar man nu redelijk kan stoppen 'door hem naar zijn hok te sturen'.

De manier waarop mevrouw ander gedrag leert om de dominantie van haar echtgenoot te verminderen, is om niet meteen om zijn hulp te vragen, maar eerst te bedenken of ze zijn hulp wel echt nodig heeft. Het gevolg hiervan is dat ze dingen nu alleen begint te doen, die ze daarvoor nooit alleen gedurfd heeft. Hierdoor groeit haar zelfwaardering.

Er wordt ook een terugvalpreventieplan opgesteld. Hierin wordt opgenomen welke technieken mevrouw heeft geleerd en in welke situatie ze deze kan toepassen. Dit resulteert in een lijst waarop zij terug kan vallen, als ze zich weer onzeker en gespannen voelt. Dit preventieplan moet serieus getest worden, wanneer het echtpaar blijkt te zijn teruggevallen in ruzies waarvan één zelfs op een 'tik' van de echtgenoot is uitgelopen. Opnieuw wordt met mevrouw doorgenomen welk gedrag ze maar beter kan laten (zoals achter hem aanlopen, vragen blijven stellen, blijven herhalen van dezelfde zaken) en wat ze daarvoor in de plaats kan doen (zoals haar man stoppen als hij driftig wordt of haar onderuit haalt, terwijl hij het ook op een andere manier kan vragen of zeggen). Mevrouw weet na deze reminders de terugval snel op te lossen. Iets waar ze tijdens de volgende sessie terecht erg trots op is.

Terugkijkend op de therapie vertelt mevrouw Berenschot dat ze nu met humor tegen het 'moeilijke' gedrag van haar echtgenoot aan kan kijken. De echtgenoot vertelt dat hij het enorm waardeert dat zijn vrouw veel minder 'zeurt' en hem nu zelfs helpt met het bewaren van zijn geduld.

Kort samengevat gaat het in de casus van mevrouw Berenschot (gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis met afhankelijke en theatrale trekken) behalve om gedragsverandering, ook om schemaverandering. Haar eerdere dominante schema 'Ik ben hulpeloos' werd langzaam veranderd in 'Ik kan mijn man hebben, zoals ik hem wil hebben'. Op deze manier heeft de therapeut haar zelfbeeld van incompetentie aangepakt en daarmee het samenhangende geloof dat steun en affectie alleen verkregen kunnen worden door toestemming en berusting.

De verschillende fasen van de behandelmethodes staan schematisch weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1 Verschillende fasen in de behandeling volgens de Korte Personologische Psychotherapie.

Fase	Beschrijving
Taxatiefase	Identificatie van de persoonlijkheidsstoornis of trekken en de onderhoudende, bekrachtigende thema's en achterliggende disfunctionele schema's. Identificatie van de disfunctionele gedragspatronen. Bijvoorbeeld: narcistische persoonlijkheidsstoornis met arrogant gedrag.
Fase van het op één lijn komen	Erkenning van het belang van de beschreven onderhoudende thema's van bekrachtiging. Bijvoorbeeld akkoord dat de cliënt directeur moet worden.
Fase van het akkoord	Akkoord van cliënt en therapeut over de noodzaak om de disfunctionele schema's en consequenties in gedrag te veranderen. (Dit is een cruciale fase in de therapie: zolang dit akkoord niet is bereikt, is de prognose voor de therapie zeer matig.)
Fase van de gedragsverandering	Nadat men eerder de symptomatische disfunctionele gedragspatronen en de onderhoudende bekrachtigers en schema's heeft geïdentificeerd, wordt de belangrijkste focus van de therapie:
	<ol style="list-style-type: none"> 1 adaptief gedrag in de plaats stellen om dezelfde doelstellingen te bereiken. En/of: 2 verminderen van het pathogene effect en de invloed van de achterliggende schema's.

Discussie

Onze bedoeling was om een psychotherapeutische methode uit te proberen bij ouderen met een persoonlijkheidsstoornis. Deze methode had een van de auteurs al met succes toegepast bij volwassenen in zijn eigen praktijk. Het is een laagdrempelige methode. Eerst brengt de therapeut in nauw overleg met de cliënt de bekrachtiging die de persoonlijkheidsstoornis onderhoudt, in kaart. De bekrachtiger die de cliënt (meer of minder bewust) zoekt, wordt vervolgens gebruikt in de therapie. Aldus sluit deze methode aan bij sommige vormen van gedragstherapie en directieve therapie. De wensen van de cliënt worden als uitgangspunt genomen en er wordt niet beoogd om deze bekrachtigers te wijzigen. De oorspronkelijke bekrachtigers worden juist gebruikt als motivatie in de therapie. Met de directieve therapie heeft deze methode onder andere gemeenschappelijk het akkoord gaan met de doelstellingen van de cliënt en daarbij ook de judoachtige aanpak (Lange, 2000): 'Wij gaan mee met uw wensen (bekrachtigers), maar daartoe moet ook uw aanpak (gedrag) veranderen.'

Het expliciete doel van deze methode, dezelfde bekrachtigers op een andere manier te verkrijgen, kan ertoe leiden dat het achterliggende schema of de achterliggende overtuiging zich wijzigt. Bij meneer Van Gils was het pathogene schema: 'Ik moet alles onder controle houden.' Om de bekrachtiging te behalen ('Ik wil de soos runnen') werd

het schema veranderd in: 'Ik moet delegeren en noteren.' Iets wat vroeger voor hem ondenkbaar was. Bij mevrouw Berenschot was het disfunctionele schema: 'Ik ben hulpeloos, mijn man moet me helpen.' Om de bekrachtiging te behalen (vermijden van ruzie) veranderde het schema naar: 'Ik kan mijn man hebben, zoals ik hem hebben wil.'

Bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis is de bekrachtiging de speciale status. Zoals in het eerder beschreven voorbeeld: 'Ik moet directeur zijn'. Het disfunctionele gedrag is de zelfingenomenheid, de interpersoonlijke ongevoeligheid en de verwachting dat anderen onderdanig moeten zijn. Het therapiedoel is hier om te komen van disfunctioneel gedrag naar functioneel gedrag om zo de bekrachtiger 'ik wil directeur zijn' te bereiken.

Bij de passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis is de bekrachtiger het behouden van macht en inspraak. Het disfunctioneel gedrag is manipuleren, oppositioneel gedrag als enig middel tot handhaving, en een tekort aan sociale vaardigheden. Het therapiedoel wordt dan te komen tot functioneel gedrag, door bijvoorbeeld het aanleren van sociale vaardigheden, om de bekrachtiger, namelijk inspraak en macht, te bewaren.

Bij de vermijdende persoonlijkheidsstoornis is de bekrachtiger vermijden van ridiculisering of vernedering. Het disfunctionele gedrag is schuchterheid en waakzaamheid voor sociale verwerping. Het therapiedoel is dan het aanleren van beter aangepast sociaal gedrag om vernedering tegen te gaan.

Of de methode bruikbaar is bij alle persoonlijkheidsstoornissen moet nader worden onderzocht. Het zou goed kunnen dat bij de meeste ouderen schema's langs natuurlijke weg kunnen veranderen: het levensperspectief wordt anders, taken en rollen veranderen. Longitudinaal onderzoek zal daar meer duidelijkheid over moeten geven (Van Alphen, 2006).

Ook kan volgens Pretzer (1998) het behandelen van de as-I leiden tot een algeheel verbeteren van de as-II. Een onderzoek van Paris en Zweig-Frank (2001) lijkt hiervoor een aanwijzing te geven. Zij bestudeerden cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis in een 27-jarig follow-uponderzoek. De meeste cliënten vertoonden een algemene verbetering van hun functioneren, vergeleken met een follow-up 15 jaar eerder.

Uiteraard kunnen deze processen dan ook verstoord raken. Ouderen met persoonlijkheidsproblematiek lijken psychische klachten te ontwikkelen vanwege afnemende lichamelijke mogelijkheden en kwalen, door het afbrokkelen van het sociale netwerk of door het wegvallen van bekrachtigende taken en rollen (Laidlaw et al., 2003; Segal, Coolidge, & Rosowsky, 2000; Zarit & Knight, 1998). Vanwege dergelijke levensfaseproblematiek bereikt men de gebruikelijke bekrachtigers niet meer, wat kan leiden tot psychische klachten en/of klachten bij de sociale omgeving. Gedragsverandering is dan noodzakelijk.

Als het gaat om psychotherapie bij ouderen met een persoonlijkheidsstoornis is het aantal effectstudies zeer beperkt. De Leo, Scocco en Meneghel (1999) komen in hun bespreking van een aantal psychotherapievormen voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen tot de conclusie dat de dialectische gedragstherapie volgens Linehan (1993) en de interpersoonlijke psychotherapie waardevolle benaderingen kunnen zijn. Voor

kwetsbare ouderen met persoonlijkheidsstoornissen suggereren zij ondersteunende therapie. De noodzaak van verder onderzoek wordt hierbij benadrukt. Van Alphen, Engelen, Kuin en Derksen (2004) stellen na een literatuuronderzoek over de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen, dat een adaptatiebevorderende begeleiding de meest aangewezen behandelvorm is. Dit behandelingsstype omschrijven zij als onder meer bestaande uit ondersteunende, individuele begeleiding of groepsgerichte deeltijdbehandeling. In de klinische praktijk van de ouderenpsychiatrie wordt dus feitelijk zelden psychotherapie toegepast bij persoonlijkheidsproblematiek. Wel wordt een scala aan steunende, structurerende en activerende interventies gebruikt bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen.

Ons inziens kunnen de bestaande interventies bij persoonlijkheidsstoornissen geplaatst worden op een continuüm dat reikt van steunend-structurerende interventies aan de ene pool tot schemaveranderende cognitieve therapie aan de andere pool. Tussen deze beide behandelingsvormen stellen wij de Korte Personologische Psychotherapie voor. Deze methode lijkt bruikbaar als psychotherapeutische behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Effectonderzoek zal echter meer duidelijkheid moeten brengen.

Abstract

We present here a brief method for initiating behaviour and schema change in personality disorders: the Brief Personologic Psychotherapy by Everly (1996). We applied this treatment model to older people. There are remarkably few publications on psychotherapy with elderly people with personality disorders. The existing interventions for personality disorders can be seen as a continuum ranging from supportive therapy to schema change cognitive therapy. Brief Personologic Psychotherapy can be placed half way on this continuum. The method begins with the reinforcers of the personality disorder. The therapist initially affirms the importance of the reinforcers, then seeks the agreement of the client that his problems necessitate behaviour change. The different phases of the model are described, illustrating how the client progresses to behaviour and schema change. Two case histories show the different phases of the therapy and illustrate that the treatment of personality disorders in elderly people is more than an adaptation therapy. It appears to be also a behaviour and schema change model of therapy. Brief Personologic Psychotherapy is a low threshold form of therapy which could closely connect to the demand for help with which elderly people with personality disorders turn to mental health services.

Referenties

- Alphen, S.P.J. van (2006). *Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: een bijdrage aan de ontwikkeling van een screeningsinstrument*. Eindhoven: University Press Facilities.
- Alphen, S.P.J. van, Engelen, G.J.J.A., Kuin, J., & Derksen, J.J.L. (2004).
Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 145-155.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition (DSM-IV)*. Washington, DC: APA.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D., & associates (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- De Leo, D., Scocco P., & Meneghel G. (1999). Pharmacological and psychotherapeutic treatment of personality disorders in the elderly. *International Psychogeriatrics*, 11(2), 91-206.

- Dick, L.P., & Gallagher-Thompson, D. (1995). Cognitive therapy with the core beliefs of a distressed lonely caregiver. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9(4), 215-227.
- Everly, G. (1996). *Brief personologic psychotherapy*. Presentatie conferentie van het Institute for advanced studies in personology and psychopathology. Miami.
- Kok, R.M., Heeren, T.J., & Hemert, A.M. van (1993). De geriatric depression scale. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 416-421.
- Laidlaw, K., Thompson, L.W., Dick-Siskin, L., & Gallagher-Thompson, D. (2003). *Cognitive behaviour therapy with older people*. Chichester: Wiley.
- Lange, A. (2000). *Gedragsverandering in gezinnen*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Padesky, C. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 395-423.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 482-487.
- Petersen, R.C., Stevens, J.C., Ganguli, M., Tangalos, E.G., Cummings, J.L., & DeKosky, S.T. (2001). Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the quality standards subcommittee of the American academy of neurology. *Neurology*, 56(9), 1133-1142.
- Pretzer, J. (1998). Cognitive behavioral approaches to the treatment of personality disorders. In C. Perris & P.D. Mc Gorry (Eds.). *Cognitive psychotherapy of psychiatric and psychotic disorders: handbook of theory and practice*. New York: Wiley.
- Segal, D.L., Coolidge, F.L., & Rosowsky, E. (2000). Personality disorders. In: S.K. Whitbourne (red.). *Psychopathology in later adulthood*. New York: Wiley.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2000). *Schemagerichte therapie: handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Zarit, S.H., & Knight, B.G. (red.) (1998). *Ouderen en psychotherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.