

Inhoudsopgave

Lesdag 2 CVA, Multiple Sclerose, Parkinson, Delier, Persoonlijkheidsstoornissen, Angststoornissen.

Competentie 9: Inhoudelijke deskundigheid op het gebied van psychogeriatric

Leeswijzer lesdag 2	3
Niet aangeboren hersenletsel	4
Hersenletsel als gevolg van een CVA.....	4
Mogelijke gevolgen van een CVA/NAH.....	5
Omgaan met	8
Communicatiestoornis.....	8
Handelingsstoornis	8
Geheugenstoornis	9
Aandachtstoornis.....	10
Neglect.....	10
Persoonlijkheidsverandering	11
Denk aan PRET	11
Algemene omgangsadviezen.....	12
Opdracht: Beantwoord in drietallen de volgende vraag	13
Rouw- en verliesverwerking	13
Cognitieve hiërarchie.....	13
Executieve functies	14
Multiple sclerose (MS).....	16
Oorzaak.....	16
Symptomen	17
Diagnose	17
Behandeling	17
Gevolgen	18
Cijfers	18
Parkinson	19
Symptomen.....	19
Diagnose	21
Gevolgen	21
Behandeling	21
Cijfers	22
Delier	23
Verschijnselen.....	23
Mogelijke oorzaken	24
Diagnose	24
Behandeling en omgang.....	26
Opdracht: symptomen verwardheid/delier	26
Persoonlijkheidsstoornissen.....	27
Oorzaken	27
Behandeling	27
Angststoornissen	32
Psychose.....	32

Voortekenen	33
Omgang.....	33
Schizofrenie	34
Omgang en behandeling.....	34
Borderline	35
Oorzaak.....	35
Symptomen	35
Omgang.....	36
Manipulatief gedrag.....	37
Kenmerken.....	37
Omgang.....	37
Opdracht: Gerontopsychiatrie	37

Leeswijzer lesdag 2

Deze lesdag wordt ingegaan op de lichamelijke en geestelijke gevolgen van Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH), Multiple Sclerose (MS) en Parkinson

Als tweede staan we stil bij psychiatrische stoornissen die bij cliënten kunnen voorkomen. De omgang met deze cliënten is niet eenvoudig en vraagt vaak een bepaalde manier van omgaan met deze cliënten en consequent hanteren van omgangsregels is hierbij van belang.

De achtergronden van de verschillende stoornissen en aandoeningen worden geschetst en tips voor de omgang worden gegeven. Inzicht in de beleving van de cliënt en de beperkingen die de cliënt heeft als gevolg van een aandoening vormen naast een goede analyse sleutels voor een goede omgang met de cliënt.

Als GVP is het belangrijk om hier ook grenzen te signaleren en tijdig andere disciplines in te schakelen met meer kennis van zaken over deze stoornissen.



Niet aangeboren hersenletsel

NAH is een afwijking of beschadiging van de hersenen die na de geboorte door ziekte of andere oorzaken is ontstaan, met soms grote - soms voor anderen onzichtbare - gevolgen voor de manier waarop de getroffene en zijn/haar naasten hun leven kunnen leven.

Jaarlijks worden 140.000 mensen getroffen door hersenletsel, waarvan 10.000 mensen het niet overleven en 40.000 mensen blijvende beperkingen overhouden aan het hersenletsel. Voorbeelden hiervan zijn een beroerte (CVA), een hersentumor, zuurstoftekort door hartfalen / verdrinking / vergiftiging, Multiple Sclerosis (MS) en meningitis (hersenvliesontsteking).



Bekijk het filmpje 'NAH: feiten en getallen'
<https://btsg.nl/inloggen/>
Klik op de opleiding GVP
Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent
Ga naar **lesdag 2**



Bekijk het filmpje 'Overprikkeling bij NAH: zelf ervaren door simulatie'
<https://btsg.nl/inloggen/>
Klik op de opleiding GVP
Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent
Ga naar **lesdag 2**

Hersenletsel als gevolg van een CVA

Een CVA wordt ook wel een beroerte genoemd. Er zijn twee soorten beroertes:

1. Herseninfarct

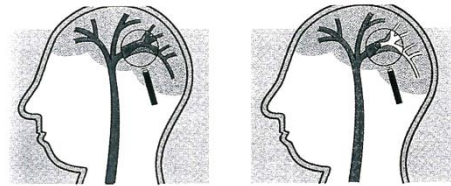
80% van de beroertegevallen is een herseninfarct. Een herseninfarct wordt veroorzaakt door een *verstopping van een bloedvat* (bloedpropje of een dichtgeslibd bloedvaatje), waardoor een deel van de hersenen te weinig bloed krijgt en afsterft. Het beschadigde deel van de hersenen wordt het infarct genoemd.

Er zijn 4 soorten infarcten te onderscheiden:

- **TIA:** (Transient Ischemisch Attack): 20 tot 40% van alle beroertes wordt voorafgegaan door kortdurende verschijnselen: TIA. Dit is een voorbijgaande aanval (binnen 24 uur zijn de verschijnselen verdwenen) door belemmering in de bloedtoevoer. Deze voorboden kunnen zich soms meerdere malen herhalen voordat een beroerte ontstaat. Een TIA valt niet onder CVA.
- **RIND:** Reversible Ischemisch Neurological Deficit: als de persoon na 24 uur, maar binnen 6 weken na een infarct volledig is hersteld, wordt hiervan gesproken. Ook een RIND valt niet onder CVA.
- **Progressief CVA:** het herstel is niet volledig, de verschijnselen zijn nog niet meteen volledig aanwezig en nemen gedurende korte tijd na het ontstaan van het infarct zelfs nog enigszins toe.
- **Compleet CVA:** de verschijnselen zijn blijvend en meteen volledig aanwezig, ze kunnen na kortere of langere tijd wel enige verbetering vertonen.

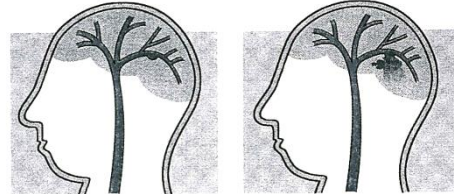
2. Hersenbloeding

20% van alle beroertegevallen zijn hersenbloedingen. Een hersenbloeding treedt op als gevolg *van een lek in een hersenbloedvat*. Een dergelijk lek kan ontstaan door een zwakke plek in de bloedvatwand, waardoor bloed de hersenen instroomt.



Herseninfarct

Er is een indeling in soorten hersenbloedingen op basis van meest diepgelegen tot de meer oppervlakkige bloedingen:



Hersenbloeding

- Intracerebrale bloedingen: bloedingen, diep of oppervlakkig, in het hersenweefsel.
- Extracerebrale bloedingen: een bloeding tussen het hersenweefsel en het spinnenwebvlies.
- Subduraal hematoom: een bloeding tussen het spinnenwebvlies en het harde hersenvlies.
- Epiduraal hematoom: een bloeding tussen het harde hersenvlies en het schedeldak.



Bekijk het filmpje 'Wat is een beroerte?'

<https://btsg.nl/inloggen/>

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 2**

Mogelijke gevolgen van een CVA/NAH

De gevolgen zijn afhankelijk van het deel van de hersenen dat is beschadigd en de hoeveelheid weefsel dat is beschadigd in de hersenen.

Lichamelijke gevolgen

- Hemiplegie (geen beweging meer mogelijk) / hemiparese (nog wel beweging mogelijk) aan een kant van het lichaam.
- Gevoelsstoornissen: vrijwel altijd aan de kant van de verlamming. Welk gevoel verminderd is (pijn, warmte, koude, houding, beweging, tast), is per persoon verschillend.
- Hemianopsie: het gedeelte van het gezichtsveld aan de kant van de verlamming is uitgevallen. Dit komt niet door de ogen, maar door de hersenbeschadiging.
- Slikstoornissen
- Incontinentie of niet goed uit kunnen plassen.
- Obstipatie, meestal als gevolg van het minder bewegen.
- Schouderpijn in de verlamde schouder.
- Epilepsie: de grootste kans hierop bestaat in de eerste maanden na de CVA.

Cognitieve gevolgen

- Aandachts- en concentratiestoornissen: vertraagde snelheid van informatieverwerking, tragere denksnelheid, moeilijkheden met het concentreren.
- Geheugenstoornissen: informatie niet (goed) meer kunnen oproepen, problemen in de opslag van informatie in het korte-termijn-geheugen en/of het lange-termijn-geheugen, problemen bij het oproepen van opgeslagen informatie, voorwerpen of gezichten niet meer kunnen herkennen (agnosie).
- Stoornissen in de planning en uitvoering van doelgerichte activiteiten: geen overzicht hebben of ervaren, waardoor werkzaamheden of taken niet goed (of helemaal niet meer) uitgevoerd kunnen worden. Moeite met eenvoudige dagelijkse activiteiten en vooruit denken (plannen).

Communicatiestoornissen

- Taalstoornissen: moeite hebben met het vinden van woorden, problemen met het vormen of begrijpen taal (afasie), gebruik van vreemde woorden en zinnen, gebruik van lange zinnen of te veel praten.

Emotionele gevolgen

- Primaire emotionele gevolgen zijn het directe resultaat van het hersenletsel. Er kunnen zich persoonlijkheidsveranderingen voordoen: rem op emoties is weg, niet meer kunnen nuanceren, asociaal gedrag, vloeken, agressie, snel huilen, een geprikkelde stemming, depressies en overspannenheid. Snel moe, gevoelig voor licht, drukte en lawaai.
- Secundaire emotionele gevolgen: somberheid, rouw, verlieservaring als gevolg van verlies van een functie of de 'oude' manier van leven.

Gedragmatige gevolgen

- Verstoorde controle over eigen gedrag: impulsiviteit, rusteloosheid, ongeduld, niet in staat zijn tot spontaniteit en flexibiliteit.
- Niet in staat zijn te leren van ervaringen.
- Catastrofe-reactie: een sterk emotionele reactie, vooral bij confrontatie met dingen die niet goed gaan. De cliënt kan echter ook onverschillig reageren.
- Vermindering van zelfredzaamheid (dit kan leiden tot het afhankelijk gedrag en weinig initiatief vertonen) en niet voor vol aangezien worden: frustraties, woede-uitbarstingen, gevoelens van machteloosheid en depressiviteit.

Gevolgen van hersenletsel	
De linker hersenhelft	De rechter hersenhelft
<p><u>Lichamelijke gevolgen:</u> Hemiplegie / hemiparese rechts (gehele / gedeeltelijke verlamming van de rechter lichaamsszijde, tevens spelen verhoogde spierspanning en gevoelsstoornissen een rol). Uitval van het gezichtsveld aan de rechterkant van beide ogen.</p> <p><u>Cognitieve gevolgen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Agnosie: het niet meer kunnen herkennen van voorwerpen, geluiden of gezichten, hoewel de zintuigen wel werken; • Neglect rechts: minder aandacht voor de door de beroerte aangedane lichaamsszijde en de ruimte daar omheen; • Afasie: moeilijkheden met taal: spreken, taalbegrip, lezen, schrijven. De mate van afasie kan erg verschillend zijn per persoon; • Dysartrie: onduidelijke spraak, doordat de spieren voor het spreken (tong, wang, lippen) zijn verlamd. Hierdoor worden de woorden vervormd en minder verstaanbaar. Dit kan ook komen doordat de ademhaling en de stem niet goed samenwerken, zachtere stem, hakkelende spraak met onverwachte pauzes; • Apraxie: de cliënt weet niet meer goed hoe hij moet handelen; • Moeite hebben met het onthouden van de volgorde van gebeurtenissen; • De begrippen links en rechts worden verwisseld; • Rekenen: zelfs simpele sommen kunnen problemen opleveren. <p><u>Emotionele gevolgen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gebrekkig zelfvertrouwen en somberheid, afgewisseld met machteloze woede. <p><u>Gevolgen voor gedrag:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Langzaam, onzeker en angstig gedrag, doordat de cliënt zich goed bewust is van wat er aan de hand is; • Neiging zich terug te trekken en afname initiatief. 	<p><u>Lichamelijke gevolgen:</u> Hemiplegie / hemiparese links (gehele / gedeeltelijke verlamming van de linker lichaamsszijde, tevens spelen verhoogde spierspanning en gevoelsstoornissen een rol). Uitval van het gezichtsveld aan de linkerkant van beide ogen.</p> <p><u>Cognitieve gevolgen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Agnosie: het niet meer kunnen herkennen van voorwerpen, geluiden of gezichten, hoewel de zintuigen wel werken, ook is soms het ruimtelijk voorstellingsvermogen verminderd; • Neglect links: minder aandacht voor de door de beroerte aangedane lichaamsszijde en de ruimte daar omheen; • Stoornissen in waarnemen en denken; • Onduidelijke spraak; • Verkeerd inschatten van tijd; • Geen / verminderd ziekte-inzicht. <p><u>Emotionele gevolgen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Veranderd gevoel voor humor; • Vlakkerige emoties, waardoor de cliënt onverschillig overkomt. <p><u>Gevolgen voor gedrag:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Geen of verminderd ziekte-inzicht => overmoedig en riskant gedrag, ongevoeligheid voor correcties of adviezen; • Impulsiviteit en gejaagdheid => ziet er onrustig en chaotisch uit. Er kan geen structuur en orde aangebracht worden.

Omgaan met...

Communicatiestoornis

Mensen met een CVA in de linker hersenhelft hebben vaak een taalstoornis. Zij hebben moeite om taal te begrijpen of om zich door middel van taal uit te drukken. We spreken dan van een afasie.

Minder bekend is dat ook mensen met een CVA in de rechter hersenhelft moeite met taal kunnen hebben. Het gaat hierbij niet zozeer om de feitelijke informatie van de taal als wel om zaken daar omheen.

Iemand heeft bijvoorbeeld moeite met het leggen van verbanden en het trekken van conclusies uit complexe boodschappen, zoals uit de krant. Dubbelzinnigheid wordt onjuist beoordeeld. Uitspraken worden (te) letterlijk opgevat waardoor iemand feiten soms (onbedoeld en onbewust) niet helemaal goed kan onthouden en weergeven. De persoon kent bijvoorbeeld wel alle details maar niet de juiste verbanden. De clou van een mop of de 'moraal van een verhaal' wordt niet begrepen.

Ondersteuning kan worden geboden door:

- de stoornis te (h)erkennen;
- geobserveerde veranderingen niet beschuldigend, te bespreken;
- bij het geven van informatie kort, bondig en concreet te zijn;
- verbanden uit te leggen;
- dubbelzinnigheid en onduidelijkheid te vermijden;
- voorzichtig te zijn met grapjes en ironische opmerkingen;
- na te gaan of informatie begrepen is;
- gerichte vragen te stellen. Zo nodig gesloten vragen waarop met één woord geantwoord kan worden.

Handelingsstoornis

Wanneer na een hersenaandoening het handelen niet meer doelmatig verloopt en dit niet verklaard kan worden door motorische, aandachts-, waarnemings- of geheugenstoornissen, spreken wij van een apraxie. Er kan echter wel sprake zijn van een combinatie van stoornissen. Zo komt apraxie vaak voor in combinatie met afasie (taalstoornis).

Een ernstige vorm van apraxie is die waarbij de persoon geen idee meer heeft hoe een activiteit uitgevoerd moet uitvoeren (ideatoire apraxie). Iemand weet bijvoorbeeld niet meer in welke volgorde handelingen gedaan moeten worden. Voorwerpen worden onjuist gehanteerd. Iemand heeft moeite met aankleden, eten bereiden, koffie zetten. Soms zijn er vooral problemen met het uitvoeren van een beweging op verzoek (ideomotorische apraxie). Vaak lukt dit wel als automatische reactie.

Apraxie kan een storende rol spelen bij het aanleren van nieuwe handelingen of het opnieuw leren van vaardigheden.

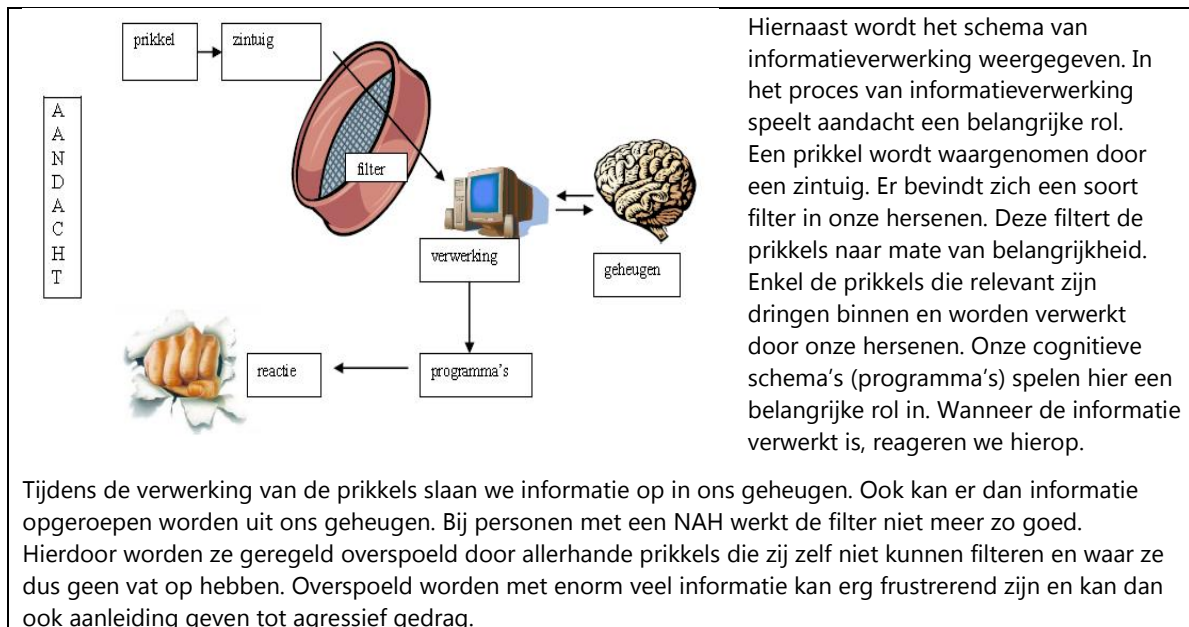
Nagegaan moet worden wat wel en niet helpt. Bijvoorbeeld door:

- het opdelen van een handeling in kleine stappen;
- vereenvoudigen van handelingen;
- handelingen voordoen;
- handelingen verbaal begeleiden met korte, concrete aanwijzingen;
- voorwerpen in volgorde klaarleggen;
- een 'checklist' van handelingen maken;
- een serie plaatjes/foto's van de handelingen in volgorde aanbieden;

- automatische handelingen uitlokken en gebruik maken van bekende gewoonten;
- zo nodig de handeling met de eigen handen begeleiden;
- meer tijd geven (maar niet eindeloos aan laten modderen).

Geheugenstoornis

Bij mensen met NAH ontbreekt vaak de mogelijkheid om bepaalde zaken nog te begrijpen. Ze kunnen bepaalde informatie niet goed meer verwerken en daardoor hebben ze geen inzicht in een bepaalde of de eigen situatie.



Het opnemen van informatie vereist dat deze aandachtig wordt waargenomen, herkend en verwerkt. De werking van het geheugen wordt onder andere beïnvloed door emoties, vermoeidheid, interesse en sommige medicijnen. Wanneer iemand vooral moeite heeft met het spontaan ophalen van informatie kunnen herinneringsprikkel, zoals voorwerpen of foto's, of meer- keuzevragen hierbij helpen.

Het geheugen 'trainen' door bijvoorbeeld veel uit het hoofd te leren blijkt weinig effectief te zijn. Het is beter de aandacht te richten op het toepassen van strategieën die helpen de aanwezige geheugencapaciteit zo effectief mogelijk te gebruiken. Een probleem hierbij is dat iemand met NAH vergeet dat zij / hij vergeet. Dit kan gemakkelijk leiden tot misverstanden of wantrouwen. Verder roept vergeetachtigheid soms frustratie, irritatie, onzekerheid of angst om de greep te verliezen op. Een mens heeft zijn geheugen nodig om te weten waar hij is en waarom, hoe hij ergens moet komen, wat hij moet doen, welke datum het is etc.

Het geheugenproces kan worden ondersteund door:

- informatie te doseren en (zo nodig vaak!) te herhalen;
- de op te nemen informatie te ordenen;
- gebruik te maken van routines en gewoontes;
- gebruik te maken van hulpmiddelen als agenda, notitieblok, memorecorder (In een 'geheugenboek' kunnen - op een geordende manier - alle te onthouden zaken opgeschreven worden. De gewoonte om dingen op te schrijven - en terug te lezen! - moet wel worden geleerd); herinneringsprikkel zoals memobriefje, wekker, alarmhorloge.

Aandachtstoornis

Een veel voorkomende stoornis in de informatieverwerking is de aandachtstoornis: men is sneller afgeleid, de aandacht kan niet lang worden vastgehouden en/of men kan niet op meerdere dingen tegelijkertijd letten. Een enkele keer kan de aandacht juist niet goed losgemaakt worden van iets en blijft te lang 'kleven'.

Een volgen van groepsgesprek wordt dan lastig tot onmogelijk. Voor anderen gaat de ondertiteling van de televisie te snel. Het verrichten van complexe activiteiten als bijvoorbeeld koken of deelnemen aan het verkeer, wordt lastig. Deze vragen per definitie een verdeling van de aandacht over veel dingen tegelijk. Hier kan dan gemakkelijk iets fout gaan.

Begeleiding

Er moeten niet te veel afleiders zijn. Zo is het voor de cliënt in een drukke ruimte, waar veel personen aanwezig zijn, de radio of TV aanstaan, erg moeilijk om een gesprek te volgen.

De hoeveelheid te verwerken informatie moet gedoseerd worden door bijvoorbeeld niet te snel en te lang te praten. Het is belangrijk voldoende tijd voor alles te nemen en te voorkomen dat er gehaast moet worden.

Dubbeltaken dienen vermeden te worden. Zo kun je beter geen instructie of uitleg geven tijdens een handeling die de cliënt moeite kost, ook geen gezellig babbeltje. De cliënt kan óf luisteren óf de aandacht bij de handeling houden, óf lopen óf praten, maar kan niet twee dingen combineren.

Om mentale overbelasting te voorkomen – merkbaar wanneer de cliënt meer fouten gaat maken - is het belangrijk om regelmatig te pauzeren.

Het richten van de aandacht zo nodig te ondersteunen door hoorbare (naam zeggen), zichtbare (opvallende sticker) of voelbare (aanraken) prikkels.

Neglect

Het komt vaker voor bij hersenletsel in de rechter hersenhelft (wanneer iemand dus links hemiplegisch is) dan in de linker hersenhelft.

Neglect kan onder meer onderstaande gevolgen hebben:

- botsen tegen deurposten of andere obstakels;
- klem komen te zitten met een hand, arm of rolstoelwiel zonder dit op te merken;
- een lichaamshelft vergeten te wassen of kleden;
- slechts één helt van een bord leegeten;
- problemen met lezen of klokkijken;
- bij bezoek of een groepsgesprek de aandacht slechts naar één kant richten;
- verdwalen (allerlei herkenningspunten aan één zijde worden gemist).

De mate van neglect kan per zintuig verschillen en is niet steeds constant. Zo kan het sterker optreden bij vermoeidheid, een drukke of onbekende omgeving of een meer complexe taak, zoals deelname aan het verkeer. Vaak trekken afleidende prikkels van de andere kant de aandacht als het ware nog sterker weg.

De cliënt is zich van zijn verwaarloosde zijde niet bewust. Die kant bestaat als het ware niet.

Het is dan belangrijk om de cliënt - en diens omgeving - uit te leggen wat er aan de hand is.

Wanneer een cliënt beseft dat bijvoorbeeld de linkerkant wordt vergeten, wordt dit toch lang niet altijd gecompenseerd. Steeds moet de cliënt geholpen worden de aandacht bewust naar de verwaarloosde zijde te richten. Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat dit zowel voor de cliënt als omgeving niet te frustrerend wordt.

Persoonlijkheidsverandering

Deze zijn soms zo subtiel dat alleen de partner of gezinsleden het verschil merken. In andere gevallen zijn ze heel duidelijk. De cliënt is zich meestal niet bewust van deze veranderingen in gedrag en emotie. De cliënt reageert anders dan voorheen en bepaalde karaktertrekken kunnen versterkt zijn.

Veel voorkomende persoonlijkheidsveranderingen zijn:

- prikkelbaarheid, ongeduld;
- emotionele labiliteit, snel optrede boos- of triestheid;
- impulsiviteit;
- chaotisch gedrag of juist traagheid;
- zelfoverschatting of juist angstige voorzichtigheid;
- gebrek aan initiatief;
- egocentrisme: de persoon kan zich niet meer verplaatsen in anderen;
- verminderd ziekte-inzicht, soms ontkent de cliënt dat hij iets mankeert (anosocognosie);
- onverschilligheid;
- depressiviteit of juist overdreven opgewektheid.

Probeer met de cliënt te bespreken wat er mogelijk veranderd is zonder in een welles-nietes discussie te belanden. Ga na hoe je samen zo goed mogelijk met de persoonlijkheidsveranderingen kunt omgaan. Duidelijke afspraken geven structuur en bieden houvast. Met ingrijpende veranderingen in negatieve zin is het moeilijk om ook nog positieve aspecten te zien. Toch is het goed om juist positieve ontwikkelingen te benadrukken.

Denk aan PRET

Gezonde mensen kunnen ook op een punt komen dat ze geïrriteerd raken als de 'energie' op is, en al helemaal als die mentale activiteit gevuld was met geluid. Het lijkt dan alsof je geen radio of tv of dergelijke meer kunt verdragen.

Bij cliënten met een NAH is dat vele malen érg. De mentale energie is al na korte tijd op. Om rust te brengen is een strategie ontwikkeld die helpt om meer rust in hun situatie te brengen: de PRET-strategie.

- **P**auzeren
Een leven met hersenletsel kost veel energie. Zorg voor voldoende pauzes en onderbrekingen. Ga zorgvuldig om met de hoeveelheid beschikbare energie van de cliënt. Regelmatig een korte pauze is beter dan één lange pauze.
- **R**ustige omgeving
Zorg voor een voor de cliënt rustige omgeving. Zo wordt voorkomen dat de cliënt te veel prikkels krijgt, waardoor deze (snel) vermoeid raakt en klachten ernstiger kunnen worden.
- **E**én ding tegelijk
Knip zaken op in kleinere stappen. Laat taken één voor één uitvoeren. Meerdere dingen tegelijk vragen aandacht en concentratie wat er niet altijd meer is.
- **T**empo
Stem jouw tempo af op dat van de cliënt als het gaat om geven van informatie, gelegenheid voor

reageren en verwerken van informatie etc. In een rustiger tempo blijkt vaak meer mogelijk te zijn. Dit werkt motiverend voor de cliënt en medewerker.

Algemene omgangsadviezen

Voor een aantal veel voorkomende symptomen volgen een aantal adviezen om met de eerder genoemde beperking in de praktijk om te kunnen (leren) gaan:

- **Traag tempo / moeheid**
Houd bij dagindeling en speciale plannen rekening met het trage (denk)tempo. Wissel activiteiten regelmatig af met pauzes, gun de cliënt / jezelf de tijd.
- **Aandacht en concentratie**
Werk bij voorkeur in een rustige omgeving. Deel taken op in stukken en laat de cliënt niet te lang achter elkaar 'werken'. Breng structuur aan in de dag, neem voldoende de tijd en las regelmatig pauzes in. Kijk op welk deel van de dag de cliënt het beste een bepaalde activiteit kan doen.
- **Geheugen**
Oefenen het geheugen door verschillende technieken te oefenen. Maak gebruik van geheugensteuntjes, vereenvoudig de informatie (selecteer de bronnen) en streep belangrijke informatie aan.
- **Planning en structuur**
Zorg voor een dagelijks / wekelijks vast patroon / ritme, maak een volgorde waarin activiteiten uitgevoerd worden, vermijd chaotische situaties, kies bij voorkeur bekende activiteiten, stop met activiteiten die niet lukken en probeer ze later nog eens.
- **Oriëntatie**
Geef voorwerpen een vaste plaats en breng vaste volgordes en ritmes aan in dagelijkse handelingen en activiteiten, bedenk oriëntatiesteuntjes.
- **Waarnemen**
Leg dingen op dezelfde plek, help de cliënt door feedback te geven (deze is zich er niet van bewust dat dingen over het hoofd worden gezien).

Tips om de communicatie te bevorderen.

- Zorg voor een rustige omgeving, waarin zo min mogelijk afleiding is.
- Neem de tijd voor een gesprek.
- Behandel niet meer dan een onderwerp tegelijk.
- Bouw geheugensteuntjes in vanwege gebrekkig geheugen of van abstract denken.
- Begin een gesprek door terug te gaan naar wat vorige keer besproken is.
- Vat regelmatig samen.
- Gebruik hiervoor de woorden van de cliënt en pas visueel materiaal toe: foto's, pictogrammen en een agenda.
- Ga flexibel om met de planning van de gesprekken, vanwege het voortdurend wisselend beeld in vaardigheden, kennis en stemming van de cliënt.
- Wees creatief om toch aansluiting te krijgen.
- Plan contacten op goede momenten van de cliënt.
- Een gesprek met maximaal 3 personen, vanwege een mogelijk gebrek aan overzicht.
- Gebruik de mantelzorg als communicatiemiddel.
- Voor het welbevinden van de mantelzorg en daarmee indirect dat van de cliënt is aandacht en goede zorg voor hen belangrijk.
- Trek een lijn en wees consequent en kom afspraken na. Wees eenduidig in de communicatie.
- Belangrijk is dat de professionals onderling de communicatie goed afstemmen.



Opdracht: Beantwoord in drietallen de volgende vraag

Wat is voor jou goede communicatie?



Bekijk het filmpje 'Omgaan en begeleiden van cliënten met NAH'

<https://btsg.nl/inloggen/>

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 2**

Rouw- en verliesverwerking

Het oplopen van NAH is een heftige gebeurtenis. En zorgt, in veel gevallen, voor een breuk in de levenslijn. Vaak wordt deze breuk geassocieerd met verlies. Er verandert veel door het hersenletsel en iemand kan zich een ander persoon voelen dan voor het hersenletsel. Veel mensen met NAH rouwen dan ook om diegene die ze niet meer zijn. Ook naasten kunnen gevoelens van rouw ervaren.

Omgaan met verlies is iets waar veel mensen met hersenletsel en hun naasten mee te maken krijgen. Bij alle vormen van verlies gaat men een rouwproces door.

In dit rouwproces kan je verschillende fasen herkennen.

- Ontkenning: "Het komt allemaal weer goed".
- Boosheid: "Waar ik heel boos over werd..."
- Onderhandelen en vechten: "Ik wil niet dat jullie terugkijken, ik heb nu een heel nieuw leven.....".
- Verdriet: "Het hoeft niet meer van mij".
- Aanvaarding: ik heb leren accepteren dat ik niet meer kan werken.

Cognitieve hiërarchie

Hoe de samenwerking tussen de belangrijkste overkoepelende functies van het brein verloopt, wordt zichtbaar aan de hand van onderstaand schema, waarin de verschillende functies in een piramide worden weergegeven: de Cognitieve Piramide.

Cognitieve Piramide



Het begint bij de waarneming: alles wat je ziet, hoort, voelt, ruikt en proeft wordt door de hersenen geregistreerd en verwerkt. Om je hier echt bewust van te zijn moet je wel je aandacht ergens op kunnen richten, anders zou er geen onderscheid gemaakt worden tussen belangrijke en onbelangrijke prikkels die binnenkomen in je brein. Het geheugen speelt een belangrijke rol, zodat je relevante prikkels, gebeurtenissen en ervaringen kunt vastleggen en opslaan.

En eindigt bij de executieve ofwel uitvoerende functies

Executieve functies

Cognitie, emoties, gedrag worden aangestuurd door een ingebouwd controlesysteem van de hersenen, de zogenaamde executieve functies. Executieve functies zijn grotendeels verankerd in de voorste delen van de hersenen, de frontaalkwabben.

Deze hersenfuncties zorgen ervoor dat iemand zijn gedachten, emoties, reacties en handelen afstemt op wat een bepaalde situatie van de persoon vraagt. Ze zorgen ervoor dat iemand op de juiste manier op het juiste moment reageert en in de juiste mate. Kortom, executieve functies regelen het starten, stoppen en doseren van gedrag.

Bij veel hersenaandoeningen is de afstemming tussen de situatie en iemands gedachten, emotionele reacties en gedragingen verandert. De executieve functies sturen dan het gedrag in onvoldoende mate aan.

Gedragsveranderingen als gevolg van executieve stoornissen komen het meest voor bij NAH en zijn het meest uitgebreid van aard. Er zijn ook typische gedragsveranderingen die ontstaan na een beschadiging in de rechterhersen helft. Deze vertonen veel overlap met de veranderingen bij executieve ontregeling, maar ze hoeven daar niet per se een gevolg van te zijn.

Een persoon met letsel in de rechterhersen helft kan emotioneel ontremd zijn, agressief reageren of juist overdreven blij zijn. Hij heeft vaak geen zicht op de eigen problemen en beseft de ernst van de situatie niet; hij overschat zijn mogelijkheden. Hij kan impulsief handelen en daarmee gemakkelijk fouten maken. In gezelschap vertoont hij ongepast gedrag, hij kan reacties van anderen niet goed inschatten en vat alles letterlijk op, waardoor bijvoorbeeld humor hem ontgaat. Ook is hij vaak

egocentrisch.

Wie niet weet dat dit gedrag veroorzaakt wordt door een hersenaandoening, denkt dat hij te maken heeft met een lastig, eigenwijs en onbuigzaam mens.

Beschadigingen in de linkerhersenhelft leiden vaak tot angstig en voorzichtig gedrag en soms tot passiviteit. Vaak is er sprake van afasie (niet goed kunnen spreken en/of begrijpen), waardoor iemand niet meer goed kan communiceren.

De persoon voelt zich eenzaam en onbegrepen en kan zich niet goed uiten. Ook het (talige) geheugen kan aangetast zijn waardoor de persoon niet goed op woorden en namen komt, dingen niet goed kan benoemen en verhalen niet goed kan terugvinden in zijn geheugen. Deze beperkingen leiden vaak tot depressieve gevoelens en de neiging zich terug te trekken uit het sociale leven. Veelal is de persoon zich goed bewust van zijn beperkingen. Wie niet weet dat dit gedrag voortkomt uit schade in de hersenen, kan denken dat iemand lui is en zijn best niet doet.

Dat gedragsveranderingen het directe gevolg zijn van een hersenaandoening en blijvend zijn, is aanvankelijk vaak onduidelijk. De omgeving denkt dat het een psychische reactie op het gebeurde is, die wel zal bijtrekken. Soms wordt pas na lange tijd duidelijk dat de gedragsveranderingen direct samenhangen met de aandoening en nooit meer overgaan. Verbetering is dan alleen nog mogelijk door te leren er zo goed mogelijk mee om te gaan.

Alle eerder binnengekomen en opgeslagen informatie wordt gebruikt en toegepast om besluiten te kunnen nemen en zo goed mogelijk te kunnen reageren op alles wat er om je heen gaande is. Ten gevolge van hersenletsel kan deze 'cognitieve piramide' zwakke plekken gaan vertonen. Afhankelijk van waar in de hiërarchie er iets mis gaat, zijn de symptomen en consequenties verschillend en soms moeilijk te onderscheiden.

Over het algemeen geldt: hoe lager in de piramide het probleem ontstaat, hoe groter de consequenties. De 'fundering' wordt dan als het ware aangetast.

Als er bijvoorbeeld in de basis, de waarneming, iets niet goed functioneert, maar dit niet direct opvalt, kan het lijken alsof iemand zijn aandacht ergens niet bij kan houden of geheugenproblemen heeft. Dit terwijl het feitelijk veroorzaakt wordt door een zintuiglijk probleem, iemand ziet of hoort niet goed en kan daardoor de informatie niet goed opnemen.

Ook is het denkbaar dat iemand een aandachtsprobleem overhoudt aan het hersenletsel, met als gevolg dat het geheugen minder goed functioneert. Een aandachtsprobleem wordt dan ten onrechte voor een geheugenprobleem aangezien. Voor de behandeling en het leren omgaan met de gevolgen van het letsel helpt het als kan worden achterhaald wat de exacte reden is (waar de 'bron' zit) van bepaalde symptomen, zoals de veelvoorkomende aandachts- en geheugenproblemen.

Multiple sclerose (MS)



Bekijk het filmpje 'Multiple Sclerose'
<https://btsg.nl/inloggen/>
Klik op de opleiding GVP
Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent
Ga naar **lesdag 2**

Multiple sclerose (MS) is een ziekte waarbij de bescherm- en isolatielaag rondom de zenuwen in de hersenen, ruggenmerg en oogzenuwen (het centrale zenuwstelsel) is beschadigd. Hierdoor kunnen onder andere problemen ontstaan met lopen, voelen en zien.

Oorzaak

De oorzaak van MS is onbekend, maar een paar stukjes van de puzzel hebben we wel. Zo speelt de stof *myeline* een belangrijke rol bij MS. Myeline vormt een isolatielaag rondom de zenuwen in het centraal zenuwstelsel. Deze laag zorgt ervoor dat zenuwen prikkels snel en efficiënt doorgeven.

Het immuunsysteem

Bij MS heeft het immuunsysteem een abnormaal sterke reactie op myeline. Hierdoor wordt de myeline afgebroken en kunnen de zenuwen de prikkels niet goed doorgeven.

Verlies van cellen

Bepaalde steuncellen (gliacellen) in de hersenen, de *oligodendrocyten*, zijn verantwoordelijk voor de aanmaak van myeline. Tijdens MS is er sprake van verlies van de oligodendrocyten. Dit resulteert in het dunner worden of zelfs het verlies van de myeline laag rondom de zenuw. Deze cellen in het centrale zenuwstelsel proberen de schade aan de myeline laag te herstellen. Bij beginnende MS lukt dit meestal. Daarom zijn de klachten van MS in deze fase vaak tijdelijk. Bij langer bestaande MS raken deze cellen uitgeput en mislukt het herstel op steeds meer plaatsen. Er ontstaan littekens of 'plaques', die hard aanvoelen. Vandaar de naam multiple sclerose: 'harde plekken op meerdere plaatsen' (multiple = meervoudig; sclera = hard).

Zenuwcellen kunnen er niet goed tegen dat de myeline laag ontbreekt. Ze worden ziek en verdwijnen uiteindelijk. Dit verlies is voor het centrale zenuwstelsel heel moeilijk te repareren. De betreffende persoon merkt dit als een steeds verdere achteruitgang, zonder verbetering.

Genen

Hoewel MS niet erfelijk is, zijn er wel genen (stukjes DNA) die betrokken zijn bij het ontstaan van de ziekte. Tot nu toe blijken dit steeds genen te zijn die te maken hebben met de werking van het immuunsysteem, een voorbeeld hiervan is het HLA-gen. Als er een verandering in dit gen plaats vindt is de kans groter dat MS wordt ontwikkeld.

Omgevingsfactoren

Sommige genen hebben dus te maken met MS. Toch krijgen de meeste mensen met deze genen geen MS. Er is nóg iets nodig voor iemand MS krijgt, waarschijnlijk iets in de omgeving waar iemand opgroeit. Ook de levensstijl kan een rol spelen. Omgevingsfactoren die vermoedelijk de kans op MS groter maken zijn onder andere het Epstein-Barr virus (veroorzaker van de ziekte van Pfeiffer), roken en vitamine-D gebrek.

Symptomen

De symptomen van MS zijn heel verschillend. Het hangt er maar net vanaf in welke zenuwbaan de myeline laag beschadigd is. Veel voorkomende verschijnselen zijn slecht zien, tintelingen, krachtsverlies, evenwichtsstoornissen en problemen met plassen, stoelgang en seks. Lichte stoornissen van het geheugen en het denken vallen minder op, maar zijn niet minder hinderlijk. Moehaid is een veel voorkomend en erg invaliderend verschijnsel.

Kenmerkend voor MS is dat de verschijnselen in het begin in aanvallen komen. Dit is zo omdat een beschadiging van de myeline laag in korte tijd ontstaat, maar het lichaam tijd nodig heeft om de beschadiging te herstellen. De aanvallen noemt men 'relapses' of 'schubs', de herstelfase de 'remitting phase'. Men spreekt daarom van relapsing-remitting MS.

Na verloop van jaren heeft het lichaam steeds meer moeite de myeline laag te herstellen en verdwijnen er steeds meer zenuwcellen. De verschijnselen van MS nemen geleidelijk toe, zonder herstel. Dit is de progressieve fase van MS. In ongeveer 10% van de gevallen begint MS met de progressieve fase ('primair progressieve MS').

Diagnose

De diagnose MS kan lastig zijn omdat de symptomen wisselen en soms lijken op die van andere ziektes. Ook is er geen eenvoudige test die zekerheid geeft, zoals bij suikerziekte.

Een groep internationale deskundigen adviseert de diagnose MS te stellen als er bewijs is van minstens twee aanvallen van bij MS passende verschijnselen, waarbij minstens twee verschillende plaatsen van het centrale zenuwstelsel betrokken zijn. Dit noemt men de 'McDonald criteria' voor MS.

In de praktijk zal bijna altijd een MRI-scan van de hersenen en/of het ruggenmerg gemaakt worden om de diagnose MS te bevestigen en andere ziektes uit te sluiten. Ook wordt vaak bloedonderzoek verricht om andere ziektes uit te sluiten. Onderzoek van het hersenvocht ('liquor') kan de diagnose MS ondersteunen, maar is niet altijd nodig volgens de McDonald criteria. Om hersenvocht te verkrijgen is een ruggenprik nodig.

Behandeling

Genezing van MS is niet mogelijk. Wel is het mogelijk de duur van invaliderende aanvallen te verkorten door prednison te geven, meestal via een infuus gedurende drie tot vijf dagen. Een aanval herstelt met deze behandeling overigens niet vollediger dan zonder behandeling.

Met medicijnen met als werkzame stof Glatirameer-acetaat of Interferon-beta is het mogelijk de kans op nieuwe aanvallen en het ontstaan van invaliditeit iets te verminderen. Er zijn ook nog andere medicijnen beschikbaar die effectiever zijn. Het nadeel van deze medicijnen is dat er een grotere kans op ernstige bijwerkingen is waardoor deze medicijnen meestal geen eerste keus zijn. De komende jaren zullen er meer medicijnen beschikbaar komen, maar ook hiermee zal genezing niet mogelijk zijn. Verder zijn er medicijnen die symptomen van MS kunnen verzachten, bijvoorbeeld middelen tegen spasticiteit of een overprikkelbare blaas.

Niet alleen medicijnen zijn van belang. Veel mensen met MS hebben baat van behandelingen door de revalidatiearts en therapieën zoals fysiotherapie, ergotherapie of logopedie.

Gevolgen

De gevolgen van MS zijn zeer divers en kunnen leiden tot problemen bij zelfverzorging, mobiliteit, arbeid en vrijetijdsbesteding. Het verloop van MS is bij iedere persoon anders en moeilijk te voorspellen. Invaliditeit kan jaren uitblijven maar de ziekte kan soms ook erg snel verlopen. MS is vrijwel nooit een dodelijke ziekte. Gemiddeld is de levensverwachting slechts enkele jaren verkort. Bij de meeste mensen met MS verloopt de ziekte in periodes van verbeteringen en verslechtingen.

Cijfers

In Nederland komt MS voor bij ongeveer 1 op de 1000 inwoners. Nederland telt dus ongeveer 17.000 mensen met MS. De ziekte komt tweeënhalve keer zo vaak voor bij vrouwen als bij mannen. MS treft vooral jonge mensen tussen 20 en 50 jaar; in 90% van de gevallen begint de ziekte tussen het 15e en 50e levensjaar.

Bron: Hersenstichting.

Parkinson



Bekijk het filmpje 'Wat is de ziekte van Parkinson?'

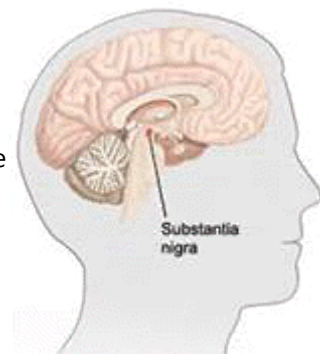
<https://btsg.nl/inloggen/>

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 2**

Bij de ziekte van Parkinson is sprake van een afbraakproces van zenuwcellen in een gebied van de middenhersenen: de substantia nigra (zie illustratie rechts). Dit deel van de hersenen is van groot belang voor het soepel laten verlopen van (spier)bewegingen en de coördinatie. Door het ziekteproces wordt er onvoldoende dopamine aangemaakt. Dopamine is een stof die nodig is om zenuwimpulsen van de ene zenuwcel op de andere over te brengen. Cellen die dopamine produceren sterven langzaam af. Door het dopaminetekort wordt de aansturing van spierbewegingen aangetast en gaan armen en benen beven. Tegelijkertijd worden spieren stijf, waardoor lichaamsbewegingen moeilijker op gang komen.



Er zijn geen factoren bekend die het risico van het optreden van Parkinson bevorderen. Er is geen aantoonbaar verband met het beroep dat iemand uitoefent, noch met voeding, het gebruik van alcohol of het hebben van stress. Ook is erfelijkheid niet vastgesteld. Het kan dus iedereen overkomen.

In sommige gevallen is de oorzaak van Parkinsonachtige verschijnselen wel bekend. Bijvoorbeeld een beschadiging als gevolg van een zware hersenschudding of een hersenontsteking (encefalitis). Ook vergiftigingen met zware metalen (zoals kwik, cadmium, mangaan en lood), bestrijdingsmiddelen (tegen onkruid of insecten) of koolmonoxyde kunnen leiden tot beschadigingen van de hersenstam en dus Parkinsonachtige verschijnselen tot gevolg hebben. Ook sommige medicijnen (neuroleptica) kunnen een dergelijk negatief effect hebben.

Symptomen

Beven (tremor)

Het beven is misschien wel het meest opvallende verschijnsel van Parkinson. Daarmee is het, althans voor de buitenstaanders, het bekendste verschijnsel van deze ziekte geworden. Geheel buiten de wil om treedt een ritmische beving van een aantal spieren op, meestal van één of beide handen. Het duidelijkst is het beven wanneer de handen ontspannen zijn en niet ergens voor gebruikt worden. Dit wordt rusttremor genoemd. Zodra de hand een doelgerichte beweging gaat maken verdwijnt of vermindert het beven. Tijdens de slaap is het beven niet aanwezig. Onder invloed van emoties kan het beven verergeren.

Hoewel het beven het meest in het oog springende verschijnsel is, heeft niet iedere persoon met Parkinson er last van. In ongeveer één op drie gevallen is er geen tremor. Er is dan alleen sprake van spierstijfheid en trage bewegingen.

Spierstijfheid (rigiditeit)

Aanvankelijk beperkt de stijfheid zich voornamelijk tot de spieren van de ledematen, vooral de armen. De armen zijn dan stijf en voelen zwaar aan. Later breidt de stijfheid zich uit tot de andere spieren van het lichaam. Die stijfheid ontstaat doordat de spieren voortdurend een beetje aangespannen zijn. Voordat een beweging kan plaatsvinden, moet die stijfheid eerst overwonnen worden. Dat kost tijd en energie. Dit betekent dat de beweging traag op gang komt en dat het vaak veel moeite kost om iets te doen dat anders zo gemakkelijk ligt. Met die stijfheid hangt ook de vrij kenmerkende houding van de mensen met Parkinson samen: een stramme en voorovergebogen houding en lopen met schuifelende en kleine pasjes. De spierstijfheid kan ervaren worden als spierzwakte. Dit is echter niet zo. Een beweging moet bewuster uitgevoerd worden en kost meer moeite, aangezien eerst de stijfheid overwonnen moet worden. Ook is er sprake van een verminderd uithoudingsvermogen waardoor de vermoeidheid sneller kan toeslaan.

Bewegingstraagheid (hypokinesie)

Een belangrijk gevolg van de spierstijfheid is de bewegingstraagheid, ook wel hypokinesie genoemd. Deze beïnvloedt een groot aantal alledaagse bewegingen en is samen met de spierstijfheid ook verantwoordelijk voor de kenmerkende houding van een persoon met Parkinson.

De traagheid gaat een belemmering vormen bij het uitvoeren van gewone dagelijkse handelingen. Eten en aankleden gaan bijvoorbeeld steeds meer tijd in beslag nemen. De bewegingen die normaal automatisch worden verricht, moeten nu allemaal als doelbewuste en aparte bewegingen worden uitgevoerd. Kleine en fijne bewegingen zijn het moeilijkst zoals het los- of vastmaken van kleine knoopjes, het omdoen van een das, het vastmaken van een beha-sluiting of het strikken van schoenveters.

Heen-en-weer bewegingen worden ook moeilijker bijvoorbeeld het roeren in een pan, het hanteren van een schroevendraaier, het opwinden van een horloge of het strijken van wasgoed.

Door de voorovergebogen houding kan het speeksel zich voor in de mond verzamelen en uit de mond lopen ("kwijlen"). Dat kan zeer vervelend zijn en een sociale handicap vormen. Door een stoel te kiezen, waarbij het hoofd wat meer achterover leunt en door bijvoorbeeld de televisie wat hoger te plaatsen, zodat men het hoofd wat naar achteren moet houden, neemt de kans op kwijlen af. Het komt echter ook voor dat de vorming van speeksel bij de ziekte van Parkinson juist minder wordt. Er kunnen zelfs klachten over een droge mond ontstaan.

Veranderingen aan de huid

De functie van de talg- en zweetklieren kan verstoord raken. Dat kan dan leiden tot een toenemende productie van huidsmear, waardoor vooral de gezichtshuid opvallend vet kan zijn. Ook kunnen er klachten zijn over een toenemende transpiratie. Het omgekeerde (een afgenomen of geheel afwezige transpiratie) is echter ook mogelijk.

Oogklachten

De werking van de oogspieren, die de ogen in alle richtingen moeten draaien, raakt bij de ziekte van Parkinson een beetje gestoord. Vooral het dichtbij zien (bijvoorbeeld om te lezen) wordt dan moeilijker. Het beeld wordt wat wazig of men gaat dubbelzien. Een leesbril kan dit probleem oplossen. Doordat het knipperen met de ogen afneemt, bestaat de kans dat de ogen gaan uitdrogen.

Oogknipperen is namelijk nodig om het traanvocht regelmatig over de oogbol te verdelen. Te droge ogen kunnen makkelijk ontsteken of geïrriteerd raken. Druppelen met 'kunsttranen' (methylcellulose-oogdruppels) kan helpen.

Darm- en blaaswerking

Obstipatie (constipatie, trage stoelgang) is een veel voorkomende klacht. De spieren van de dikke darm worden, net als andere spieren, trager in hun werking. Het slijmvlies van de dikke darm krijgt daardoor langer de gelegenheid vocht aan de ontlasting te onttrekken. Zorgdragen voor een goede stoelgang is dan ook erg belangrijk. Een vezelrijk dieet is een probaat middel. Ook de blaaspier kan zich minder snel en minder krachtig samentrekken. Dat betekent dat de urinelozing minder snel op gang komt en al weer kan ophouden voordat de blaas helemaal leeg is. Daarnaast kan de blaaspier zich moeilijker ontspannen, zodat men eerder aandrang krijgt. Het gevolg van dit alles is dat men vaker naar het toilet moet, langzamer plast en per keer kleinere hoeveelheden uitplast.

Vermoeidheid

Doordat veel spieren continu aangespannen zijn, wordt er veel energie verbruikt. Ook het uitvoeren van 'gewone' bewegingen kost meer energie dan bij gezonde mensen. Het spreekt vanzelf dat men door het grotere energieverbruik sneller vermoeid raakt.

Stemming

Bij de meeste klachten en ziekten spelen stemming en emotie een grote rol. Het is niet zozeer dat de klacht of de ziekte oorzaak van de stemmingsverandering is, maar veel meer de manier waarop men het hebben van de klacht of ziekte verwerkt. De wetenschap dat men lijdend is aan een chronische ziekte zoals Parkinson, kan depressiviteit veroorzaken. De toenemende hulpbehoefte en daarmee de afhankelijkheid van anderen kan de stemming ook negatief beïnvloeden. Angst voor een nog verdere achteruitgang kan voor extra ongerustheid zorgen. Het gevoel van eigenwaarde kan aangetast worden als gevolg van schaamte voor eigen functioneren en bewegen.

Diagnose

De diagnose wordt gesteld aan de hand van de symptomen, niet door middel van een (hersenscan). De eerste verschijnselen beginnen in de regel tussen 50 en 70 jaar, met de grootste kans tussen 70 en 80 jaar.

Gevolgen

Parkinson is een *progressieve* aandoening, een ziekte die verergert na verloop van tijd. Naarmate mensen met Parkinson ouder worden, stijgt de kans op het krijgen van dementie. Ze zijn ook vatbaar voor het krijgen van een depressie.

Ongeveer 50% van de mensen met Parkinson krijgt last van vermoeidheid. Meestal is het al vroeg in de ziekte en blijft de vermoeidheid hardnekkig bestaan. Soms wordt de vermoeidheid niet goed onderkend als op zichzelf staand symptoom, omdat vooral de motorische symptomen worden gezien. Net als bij de andere hersenaandoeningen versterken depressieve symptomen en vermoeidheid elkaar.

Behandeling

De behandeling is vooral gericht op de motorische problemen. Fysiotherapie helpt om soepeler te kunnen bewegen, logopedie helpt bij de spraakproblemen en ergotherapie biedt ondersteuning om de gewone dagelijkse bezigheden langer zelfstandig te kunnen uitvoeren.

Er vindt veel wetenschappelijk onderzoek plaats naar de ziekte van Parkinson. Hierdoor zijn al meerdere medicijnen beschikbaar, die zich vooral richten op het aanvullen van het dopaminetekort, zoals Levodopa (vaak kortweg dopa genoemd). Een *hersenoperatie* (zie foto) kan ervoor zorgen dat het beven en de stijfheid minder worden, maar daartoe wordt vooral besloten als het overmatige beven niet meer door de medicijnen wordt tegengegaan.

Cijfers

De ziekte van Parkinson is een relatief veel voorkomende hersenaandoening. Naar schatting lijden 44.000 in Nederland aan de ziekte van Parkinson. Het begint meestal op latere leeftijd (tussen vijftigste en zestigste jaar), en treft dus vooral ouderen. Toch is een klein deel van de mensen met Parkinson, ongeveer 10%, jonger dan veertig jaar.

Bron: hersenstichting



Bekijk het filmpje '10 tips voor goede Parkinsonzorg'

<https://btsg.nl/inloggen/>

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 2**

Delier



Bekijk het filmpje 'Verschijnselen delier'

<https://btsg.nl/inloggen/>

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 2**

Een delier is een stoornis waarbij de hersenen tijdelijk niet in staat zijn om alle prikkels samen te voegen tot een logisch samenhangend beeld van de werkelijkheid. De stoornis kan uren tot dagen duren. Als gevolg van een delier gedraagt de cliënt zich verward, angstig, onrustig, of in geval van een stil delier, apathisch en initiatief loos. Het bewustzijn is wisselend gestoord: perioden van verwardheid worden afgewisseld met heldere momenten. De cliënt is moeilijk aanspreekbaar en ruikt of hoort dingen die er niet zijn (hallucinaties), of wordt gehinderd door irreële ideeën waar hij niet vanaf te brengen is (wanen). De oorzaak is altijd een of meerdere lichamelijke (somatische) aandoeningen. Als deze worden verholpen, zal het delier verdwijnen.

Het is niet bekend hoeveel mensen in een thuissituatie of intramuraal een delier krijgen. In een gemiddeld ziekenhuis krijgt bijna 35% van de 65-plussers een delier. Dit komt neer op zo'n 60.000 mensen per jaar. Daarnaast geldt: hoe hoger de leeftijd, hoe hoger het risico. Hoewel het een verschijnsel van voorbijgaande aard is, overlijdt 25% binnen een jaar na het doormaken van een delier.

Verschijnselen

De verschijnselen van een delier wisselen gedurende de dag. Meestal verergeren de symptomen in de avond en nacht, waardoor cliënten met een delier (deliranten) niet goed slapen. Overdag kan de verwardheid minder zijn of helemaal verdwijnen. Vaak weet een cliënt overdag niet meer wat hij de voorgaande nacht heeft gedaan. Bij delirante cliënten is het bewustzijn vaak verlaagd. De cliënt is minder helder dan normaal, is moeilijk aanspreekbaar en gauw afgeleid. Een delirante cliënt kan ook ontzettend alert zijn en op alle prikkels reageren. Dit kan ertoe leiden dat de cliënt geïrriteerd, onrustig, agressief en onhandelbaar wordt. Een delirante cliënt is vergeetachtig en onthoudt vaak niet wat er wordt gezegd.

Herinneringen zijn vaak slechts brokstukken van wat er gebeurt. Het lange termijngeheugen is meestal intact. Gebeurtenissen uit het verleden spelen vaak vervormd een rol in de psychotische belevingen tijdens het delirium. Vertrouwde personen worden niet herkend. Het gevoel van tijd en plaats is verloren. Waanideeën of hallucinaties kunnen voorkomen. Vaak zijn de hallucinaties zeer levensecht, kleurrijk en angstaanjagend. Delirante cliënten zijn meestal achterdochtig. Ze zijn in hun wanen vaak bezig met de dood. Soms hebben ze de vaste overtuiging dat ze vergiftigd of vermoord worden en dat mensen in hun naaste omgeving in het complot zitten. Deze waarnemingsstoornissen komen 's nachts meer voor, wanneer zintuiglijke prikkels minder sterk zijn.

Naast onrustig gedrag kunnen delirante cliënten ook zeer geremd en apathisch gedrag vertonen en in een diepe slaaptoestand raken. Een cliënt met een stil delier kan ook hallucinaties hebben. Hij kan dan angstig worden, maar kan het niet uiten. Het kan zelfs zijn dat je als verzorgende of familie er niets van merkt. In hun verwardheid kunnen dergelijke cliënten zichzelf schade toebrengen, bijvoorbeeld omdat ze niet meer weten dat ze in bed moeten blijven liggen, of niet begrijpen dat ze een infuus in hebben. Ze hebben de neiging te gaan plukken aan de lijnen of de dekens.

Bij delirante cliënten kan de stemming sterk wisselen. Hun emoties wisselen snel. Soms zijn ze radeloos, dan weer apathisch, angstig of somber, soms zijn ze vijandig en geprikkeld, en heel soms zijn ze euforisch.

Mogelijke oorzaken

Het woord delier roept bij veel mensen associaties op met een alcoholverslaving, maar de aandoening kan ook voorkomen bij mensen die niet of nauwelijks alcohol drinken. Meestal is het een samenspel van factoren, dat bij de ontwikkeling van een delier een rol speelt.

- Hersenletsel
 - hersenschudding,
 - NAH,
 - dementie.

- Eerder doorlopen delier
Cliënten hebben meer kans opnieuw een delier te krijgen onder soortgelijke omstandigheden.

- Lichamelijke oorzaken
 - suikerziekte (diabetes mellitus) die niet goed onder controle is, kanker, een hartinfarct,
 - ondervoeding,
 - koorts,
 - uitdroging,
 - ontstekingen aan urinewegen of longen,
 - gebrek aan slaap,
 - cliënten in de terminale fase,
 - een operatie of ongeval, zoals een gebroken heup of hersenschudding.

- Medicatie
 - overmatig medicijngebruik of juist het stoppen van (langdurig gebruikte) medicatie.
 - opiaten, slaappillen, geneesmiddelen tegen parkinson of hartritmestoornissen en antidepressiva, vormen een risicofactor.

- Ontwenning
Als iemand gewend is aan overmatig gebruik van alcohol of kalmeringsmiddelen en daar opeens meer stopt, kan zich bij hem een delier ontwikkelen.

- Verhuizing

- Zintuiglijke beperkingen
Ook slechtzienden en slechthorenden vormen risicogroepen als er geen (goede) bril of gehoorapparaat gebruikt wordt.

Diagnose

Vaak wordt een delier door de wisselende symptomen niet of niet tijdig herkend. Overdag wil een cliënt nog wel eens rustig en helder zijn, de symptomen zijn dan volledig afwezig. Dat kan zorgverleners op het verkeerde been zetten: ze merken niets vreemds en denken dat er niets aan de hand is. Ook worden deliersymptomen bij cliënten soms niet onderkend, omdat het (onterechte) idee bestaat dat de cliënt wel vaker in de war is. Een delier wordt ook vaak aangezien voor dementie of een depressie.

Een hulpmiddel om te bepalen of er sprake is van een delier is de DOS (Delirium Observatie Screening)- schaal. Deze wordt in ziekenhuizen veel gebruikt. Een andere schaal is de Delier-O-Meter.



Je kunt in de online kennisbank meer informatie vinden over Delier en de DOS-schaal

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) actualiseerde haar richtlijn voor het voorkomen, tijdig herkennen en behandelen van delier, en de nazorg. De richtlijn bevat tevens een mooie tabel met onderscheidende kenmerken delier - dementie - depressie.

	<i>Delier</i>	<i>Dementie</i>	<i>Depressie</i>
aard	bewustzijnsstoornis	geheugenstoornis	somberheid en / of geen interesse
begin	acuut (in uren tot dagen)	sluipend (in maanden tot jaren)	geleidelijk (meestal in enkele weken)
beloop	symptomen fluctueren over het etmaal (doorgaans meer uitgesproken in avond en nacht)	stabiel over het etmaal, progressief in de tijd	dagschommelingen: doorgaans zijn de klachten 's morgens erger dan 's avonds
bewustzijn	(afwisselend) gedaald of hyperalert	ongestoord, in laatste stadium verstoord	ongestoord
aandacht	gestoord	in beginstadium ongestoord	kan gestoord zijn door interesseverlies
oriëntatie	fluctuerend	gestoord (afhankelijk van ernst dementie)	ongestoord
spraak	onsamenhangend	moeite met vinden van woorden	ongestoord / monotoon
denken	ongeorganiseerd	verarmd	ongestoord
geheugen	kortetermijngeheugen gestoord	korte- en later ook langetermijngeheugen gestoord	intact, maar soms gestoord t.g.v. gestoorde aandacht en concentratie
hallucinaties en wanen	doorgaans aanwezig (meestal visuele hallucinaties)	doorgaans afwezig behalve in latere stadia	doorgaans afwezig (behalve bij psychotische depressie)
hulpmiddelen	Delirium Observatie Screening Schaal	Mini-Mental State Examination	Geriatrische Depressie Schaal (GDS 15)

Behandeling en omgang

De behandeling van een delier richt zich op drie zaken:

- Behandeling van de somatische aandoening.
De cliënt wordt door de arts onderzocht op uitlokkende factoren, zoals het bestrijden van infecties, het verbeteren van de samenstelling van het bloed, of het aanpassen van medicatie.
- Behandeling van het delier zelf.
Met medicatie worden vaak de onrust, angst, waanideeën en hallucinaties bestreden.
- Verwardheid bestrijden met ondersteunende maatregelen
Zoals een klok om het besef van tijd te verbeteren. Het besef van realiteit wordt verbeterd door vertrouwde voorwerpen, personen of foto's in de buurt. Houd eventuele bril of gehoorapparaat bij de hand. Geef voorlichting aan de familie en zorg ervoor dat de cliënt goed eet of drinkt.

Praktische tips

- Gebruik duidelijke korte zinnen.
- Maak kenbaar wat je komt doen.
- Geef aan welke dag het is en welk tijdstip.
- Stel eenvoudige keuzevragen. Dus niet: "Wat wilt u drinken?", maar bijvoorbeeld: "Wilt u koffie?"
- Beschrijf de realiteit als de verwarde cliënt deze fout interpreteert, maar doe dit niet bestraffend.
- Communiceer over alledaagse voorvallen in de directe omgeving.
- Geef het aan als je weggaat, wanneer je terugkomt of wie er na jou komt.
- Zoek oogcontact en raak de cliënt aan.
- Zorg voor een aantal herkenbare oriëntatiepunten, zoals bekende en vertrouwde voorwerpen, bijvoorbeeld foto's en kleding.
- Probeer een gevoel van veiligheid te bieden door bijvoorbeeld te troosten en in te gaan op onrustige en/of verwarde gevoelens te corrigeren.



Opdracht: symptomen verwardheid/delier

1. Welke symptomen die bij verwardheid/delier kunnen voorkomen, herken je in de praktijk?
 2. Geef aan welke gedragingen je het meest lastig vindt?
-

Persoonlijkheidsstoornissen



Bekijk het filmpje 'Persoonlijkheidsstoornissen'

<https://btsg.nl/inloggen/>

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 2**

Kenmerkend voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis is dat zij hun gedrag zelf niet als een probleem ervaren. Daardoor zullen zij ook geen hulp vragen. Maar de omgeving (familieleden, medewerkers) ondervindt wel moeilijkheden in de omgang met deze personen. Het is lastig om de juiste 'gebruiksaanwijzing' te vinden. We spreken van een persoonlijkheidsstoornis als er sprake is van 'een star patroon van gedrag, denken, sociaal functioneren en emotionele reacties' in allerlei situaties.

Oorzaken

Een persoonlijkheidsstoornis ontstaat in de vroege volwassenheid. Bij het ontstaan is sprake van een wisselwerking tussen erfelijke factoren en omgevingsinvloeden. Onder omgevingsinvloeden vallen opvoeding en levensgebeurtenissen. Vooral gebeurtenissen in de kindertijd en de jeugd spelen een belangrijke rol maar ook maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de crisistijd in de jaren dertig en de Tweede Wereldoorlog.. Gedurende het leven doen zich stress veroorzakende gebeurtenissen voor waarbij een beroep wordt gedaan op oplossingsstrategieën. Bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis zijn deze strategieën vaak star en onlogisch; zij schieten tekort om goed om te gaan met stressvolle gebeurtenissen. Belangrijke stressoren bij cliënten zijn lichamelijke achteruitgang, verlies van naasten en verlies van zelfstandigheid. Cliënten met een persoonlijkheidsstoornis ondervinden hierbij extra moeilijkheden en dit kan weer leiden tot een psychische ziekte, zoals een depressie of een angststoornis.

Behandeling

Er zijn medicamenteuze behandelingen, maar er bestaat geen pil tegen persoonlijkheidsstoornis. Wel kunnen bepaalde medicijnen soms de scherpe kantjes van het karakter iets verminderen.

Psychotherapie met het accent op verandering van persoonlijkheid lijkt bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis is moeilijk te realiseren. Dat komt doordat een eventuele geestelijke (cognitieve) achteruitgang, ernstige somatische aandoeningen, een levenslang onvermogen om onaangename feiten te accepteren en gebrekkige relaties met anderen psychotherapie bemoeilijken.

Vaak wordt gebruik gemaakt van het leren hanteren van vaste dagstructuren en activiteiten en het aanleren van bepaalde gedragingen via gedragstherapeutische principes. De omgeving speelt hierin een belangrijke rol.

Er wordt onderscheid tussen tien verschillende persoonlijkheidsstoornissen, onderverdeeld in drie groepen.

Groep A: 'Het vreemde of bizarre cluster'

Het voornaamste kenmerk bij deze persoonlijkheidsstoornis is dat de persoon zich snel terugtrekt en er een aparte levensstijl met rare gewoontes op na houdt. Men is niet of nauwelijks in staat om zich aan te passen aan de omgeving. Onder dit cluster vallen drie persoonlijkheidsstoornissen:

- **De paranoïde persoonlijkheidsstoornis**

Deze mensen trekken zich terug in hun eigen wereld en proberen zich met alle geweld te beschermen tegen de, door hen als boosaardig en bedreigend beleefde, buitenwereld. Zij zijn continu op hun hoede. Contact met anderen wordt vaak afgehouden. Zij komen vooral in moeilijkheden als door lichamelijk en geestelijke achteruitgang de zelfzorg afneemt. Zij zijn dan vaak afhoudend jegens hulpverleners en het vergt dan ook veel geduld en tact om enig vertrouwen te winnen.

- **De schizoïde persoonlijkheidsstoornis**

De kenmerken van deze persoonlijkheidsstoornis komen overeen met die van een kluizenaar. De persoon is niet geïnteresseerd in de buitenwereld of in de moderne tijd. In het contact komen deze mensen emotioneel vlak over, maar zijn doorgaans niet somber. De behoefte aan menselijk contact is er niet en bij het ouder worden willen men zolang mogelijk geïsoleerd blijven wonen. Je doet de persoon geen plezier met een dagopvang of opname in een intramurale setting.

- **De schizotypische persoonlijkheidsstoornis**

Deze mensen vluchten uit de realiteit naar een eigen magische wereld. Zij komen in het contact eigenaardig over en zijn vaak vreemd gekleed. Anderen laten zij niet toe tot hun eigen wereld en zij zullen een ander ook niet om hulp vragen.

Tijdens het ouder worden kan, door vergeetachtigheid en het afnemen van de werking van de zintuigen, het magisch denken omslaan in psychotisch gedrag.

Tips voor de omgang met mensen uit groep A

Deze mensen zijn het liefst op zichzelf en kunnen zich in een zorginstelling slecht aanpassen. Dit leidt veelal tot gedragsproblemen. Bij opname moet rekening worden gehouden met de behoefte aan privacy van deze cliënten en het in acht te nemen van voldoende emotionele afstand.

Niet doen

- Een emotionele band opbouwen en beginnen over gevoelens.
- Motiveren voor sociale activiteiten in groepen of een dagopvang.
- Meegaan in fantasieën of irreële gedachten zoals 'de wereld is slecht en niemand is te vertrouwen'.
- Het onverschillige, depressief ogende gedrag door bijvoorbeeld activering proberen tegen te gaan.
- Doorbreken van bepaalde rituelen, zoals specifieke handelingen rondom het opstaan, eten en naar bed gaan.

Wel doen

- Zakelijke, afstandelijke houding aannemen met aandacht voor praktische thema's.
- Motiveren voor individuele activiteit, zoals lezen, schilderen of wandelen.
- Voorzichtige fantasieën of irreële gedachten bijstellen door de opmerking 'denkt u echt dat alle mensen op deze wereld niet te vertrouwen zijn?'
- Het onverschillige gedrag accepteren; het is onderdeel van de persoonlijkheid.
- Rituelen zoveel mogelijk handhaven en waar nodig stimuleren; dit kan angstverminderend werken.

Groep B: 'Het labiele, dramatisch en expressieve cluster'

Het gedrag kenmerkt zich door wispelturigheid, impulsiviteit, het vragen om hulp en gezelschap – om die vervolgens weer af te wijzen. Labiliteit, impulsiviteit en emotionaliteit voeren de boventoon in het gedrag. Onder dit cluster vallen vier persoonlijkheidsstoornissen:

- **De antisociale persoonlijkheidsstoornis**

Deze mensen, ook wel psychopaten genoemd, handelen veelal gewetenloos. Zij slaan geen acht op de rechten van anderen en schenden deze zonder aarzelen als het hun eigen belang dient. Ze zijn agressief en manipulatief en vervallen vaak in crimineel gedrag. Met het ouder worden neemt het roekeloze en impulsieve gedrag, door lichamelijke achteruitgang en andere verouderingsprocessen, af. In de praktijk komt dit afwijkende gedrag anders tot uiting. Bijvoorbeeld minder fysieke maar meer verbale, indirecte agressie (Per ongeluk met de scooter over iemands voeten rijden) en uitspeelgedrag. Deze cliënten hebben ervaring in het creëren van verwarring - en onrust - in hun omgeving. Goede onderlinge communicatie tussen mantelzorg en hulpverleners is dan ook erg belangrijk om gedragsproblemen te kunnen hanteren.

- **De narcistische persoonlijkheidsstoornis**

De narcist is 'verliefd op zichzelf', kent zichzelf bijzondere gaven toe en gaat er vanuit dat iedereen hem of haar aanbidt. In het contact komen deze mensen arrogant en zelfzuchtig over; zij hebben een gebrek aan inlevingsvermogen ten opzichte van anderen. Het ouder worden ervaren zij als bijzonder moeilijk. Zo tast de lichamelijke achteruitgang het ego van de narcist flink aan. Dit kan leiden tot gevoel van leegte.

- **De borderline persoonlijkheidsstoornis**

Iemand met een borderline persoonlijkheidsstoornis is wispelturig, impulsief en erg labiel: sterk wisselende emoties. Het contact met de omgeving wordt gekenmerkt door het voortdurend aantrekken en weer afstoten van anderen. Mensen met deze stoornis kunnen niet met en niet zonder een ander leven en zijn tevens heel bang in de steek gelaten te worden. Bij afwijzing kunnen ze zichzelf beschadigen, dreigen met zelfmoord of overmatig alcohol of drugs gaan gebruiken. Voor de omgeving is het erg moeilijk hiermee om te gaan. Daarbij komt dat deze cliënten nogal eens de neiging hebben mensen tegen elkaar uit te spelen. Zie ook de tekst verderop.

- **De theatrale persoonlijkheidsstoornis**

Mensen met een theatrale persoonlijkheidsstoornis staan graag in het middelpunt van de belangstelling en vestigen veelal door middel van hun uiterlijk de aandacht op zich. Hierdoor zijn het oppervlakkige mensen, die veel waarde hechten aan uiterlijke zaken en veelal de schone schijn ophouden. Verder uiten zij hun emoties dikwijls op een dramatische, theatrale manier. Ook zijn zij gemakkelijk te beïnvloeden door hun omgeving en kunnen zij soms ietwat kinderlijk overkomen in het contact. Door ouderdom ervaren zij door hun afnemende lichamelijke aantrekkelijkheid als problematisch. Aandacht vragen wordt dan ook vaak vervangen door het uitvergroten van lichamelijke gebreken. Claimend en aandacht vragend gedrag voor allerlei vage lichamelijke klachten komt meer centraal te staan.

Tips voor de omgang met mensen uit cluster B

Niet doen

- Direct vriendschappelijk banden aanknopen en meegaan in wisselende stemmingen.
- Uitgebreid op alle klachten ingaan en direct een arts inschakelen.
- Uitingen van trots de kop indrukken.
- Al het aandacht vragende, claimende gedrag negeren.
- Meegaan in uitspeelgedrag.
- Iemand een uitzonderingspositie geven.
- Tegen onredelijke verzoeken en opvattingen ingaan.
- Proberen de problemen allemaal zelf op te lossen.

Wel doen

- Professionele afstand bewaren en een neutrale, stabiele en zelfverzekerde houding aannemen.
- Klachten series nemen, geruststellen en zonodig een arts inschakelen.
- Complimentjes geven en oprechte bewondering uiten bij positieve gebeurtenissen of creatieve uitingen.
- Klachten beluisteren, maar je realiseren dat deze mogelijk het gevolg zijn van ontevredenheid.
- Aandacht structureren op vaste momenten met vaste personen.
- Laten merken dat iemand bijzonder mag en kan zijn, maar zich wel moet houden aan de algemene afspraken.
- Discussie vermijden en de strijd niet aangaan, tenzij dit echt noodzakelijk is; ruimtelaten voor een humoristische invalshoek.

Groep C: 'Het angstige nerveuze cluster'

Mensen die hieronder vallen, maken zich voortdurend zorgen en proberen zich aan regels te houden. Zij willen niet opvallen en zijn voortdurend bezig het anderen naar de zin te maken. Zij vertonen het meest aangepaste gedrag en hebben inzicht in hun eigen functioneren. Onder dit cluster vallen drie persoonlijkheidsstoornissen:

• **De afhankelijke persoonlijkheidsstoornis**

Zij vinden het moeilijk een eigen mening te vormen en voor zichzelf op te komen. Zij doen alles om niet afgewezen te worden en stellen zich naar anderen dienstbaar op. Zij hopen hierdoor dat de ander altijd bij hen blijft en beslissingen voor hen neemt. Veroudering ervaren zij als lastig door het overlijden van naasten op wie men kan steunen. Ze maken dankbaar gebruik van alle mogelijkheden van begeleiding en ondersteuning en tonen nogal eens claimend gedrag.

• **De ontwijkende persoonlijkheidsstoornis**

Zij willen geaccepteerd worden door anderen... maar zijn zó bang om afgewezen te worden dat ze het contact met anderen niet aandurven. Zij zoeken onopvallend aansluiting bij anderen, ontwijken discussies of conflicten en proberen altijd de lieve vrede te bewaren. Vooral sociale situaties gaan ze liever uit de weg. Gevoelens van minderwaardigheid spelen een belangrijke rol. Deze cliënten doen niet snel een beroep op anderen, doordat ze de problemen niet onder ogen zien en te verlegen zijn.

• **De obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis**

Orde, netheid, punctualiteit en zuinigheid zijn kenmerkend voor deze groep. Perfectionisme, en normen en waarden vinden zij heel belangrijk. Daarom zijn ze betrouwbaar, maar ook inflexibel en star en moeilijk om mee samen te werken. Op latere leeftijd zijn zij vaak bang voor controleverlies over lichaam en geest en hebben zij veel moeite met veranderingen.

Tips voor de omgang met mensen uit cluster C*Niet doen*

- Te veel verantwoordelijkheid overnemen.
- Gewoontes en regels veranderen.
- De kritische kijk van de cliënt op zichzelf bevestigen.
- Willekeurige afspraken maken.
- Nadruk leggen op iemand creatieve vermogens.

Wel doen

- Kleine stapjes zetten.
- Zoveel mogelijk de controle bij de betrokkene laten.
- Zelfvertrouwen geven door nadruk te leggen op positieve eigenschappen.
- Afspraken zoveel mogelijk op vaste dagen en tijdstippen, zelf stipt en correct zijn.

Angststoornissen

Angst is een pijnlijk gevoel van onbehagen en van een mogelijk dreigend gevaar. Als de omgeving geen aanleiding geeft voor angst, spreekt men van een angststoornis.

Iedereen is wel eens angstig. Maar bij een angststoornis is die angst ongegrond: de omstandigheden vormen geen aanleiding voor de angst. Door een angststoornis gaat men op den duur doodgewone situaties vermijden. Een normaal leven leiden wordt dan moeilijk. De gevolgen van een angststoornis kunnen zeer ernstig zijn (zoals vereenzaming en alcoholmisbruik), ook voor partner/familieleden.

De term angststoornis is een verzamelnaam. De meest voorkomende vormen van angststoornissen zijn:

- Paniekstoornis: een onverwachte aanval van een steeds terugkerende, overweldigende angst.
- Fobie: een angst voor een specifiek object of een specifieke situatie.
- Generaliseerde angst: een voortdurende angst die het leven beheerst.

Een *posttraumatische stress-stoornis* is een psychische reactie op een schokkende en levensbedreigende ervaring (natuurramp, beroving, zien van mensen die ernstig gewond zijn, verkrachting etc.) die gepaard ging met intense angst, onmacht en afschuw. De reactie kan het gevolg zijn van een eenmalige ervaring maar ook van langdurige steeds herhalende ervaringen zoals bij oorlogsslachtoffers.

Psychose



Bekijk de animatie over psychoses

<https://btsg.nl/inloggen/>

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 2**

Een psychose is een psychiatrische aandoening waarbij iemand het normale contact met onze werkelijkheid kwijt is. Iemand kan erg in de war en angstig zijn, last hebben van hallucinaties en/of waandenkbeelden hebben.

- *Wanen* zijn overtuigingen die niet op de werkelijkheid zijn gebaseerd, maar waarin iemand heel sterk gelooft. Meestal neemt de persoon zelf een belangrijke plaats in bij deze waandenkbeelden. Zo kunnen mensen ervan overtuigd raken, dat zij een belangrijke taak hebben te vervullen. Sommige gedachten zijn beangstigend. Iemand kan denken dat anderen kwaad willen doen, of het eten vergifigen.
- *Hallucinaties* zijn 'zinsbegoochelingen': iemand hoort, ziet, voelt, ruikt of proeft dingen die anderen niet waarnemen. Het horen van stemmen is de meest voorkomende hallucinatie. Vaak hebben deze stemmen een onprettig karakter. Ze geven bijvoorbeeld commentaar op het doen en laten van iemand. Soms geven ze opdrachten waar iemand zich moeilijk aan kan onttrekken. Sommige mensen vergelijken psychotische belevingen met dromen. De droomwereld is echter realiteit geworden.

Concentreren is onmogelijk. Iemand die psychotisch is, is vaak onrustig maar kan op andere momenten volkomen uitgeput zijn. Het normale dag- en nachtritme is meestal verstoord en slapen lukt slecht. Iemand lijkt alle energie te verliezen en heeft weinig belangstelling voor sociale contacten, werk of hobby's. Het vervullen van huishoudelijke taken of zichzelf verzorgen kan een enorme opgave zijn. Een psychose kan op zichzelf staan, maar kan ook te maken hebben met een psychiatrische ziekte. Zo komen psychoses voor bij de ziekte schizofrenie en bij mensen die manisch depressief zijn.

Psychotische verschijnselen verschillen van persoon tot persoon en van moment tot moment. De belevingen tijdens een psychose worden onder meer bepaald door karakter, achtergrond en cultuur. Ook recente gebeurtenissen kunnen van invloed zijn. Een psychose kan enkele uren duren, maar ook weken of maanden.

In principe kan iedereen psychotisch worden. Een enkele keer is er een duidelijke aanleiding, bijvoorbeeld een zware operatie of tumor. Meestal is het niet mogelijk om één bepaalde oorzaak aan te wijzen, maar gaat het om een samenspel van factoren. Aangenomen wordt dat een zekere erfelijke kwetsbaarheid een rol speelt en stress.

Voortekenen

Angst, prikkelbaarheid en slaapproblemen kunnen wijzen op een naderende psychose. Deze voortekenen verschillen van persoon tot persoon. Bij een eerste psychose kun je ze niet als voortekenen aanmerken. Pas achteraf zijn de signalen van de voorfase te herkennen. Hierdoor is het soms mogelijk een volgende psychose te zien aankomen. Voorbeelden van signalen die kunnen wijzen op een naderende psychose:

- zich terugtrekken,
- moeite hebben met concentreren,
- vergeetachtig of verward zijn,
- gemakkelijk geïrriteerd of kwaad zijn,
- somber zijn, zich meer zorgen maken, piekeren,
- 's nachts wakker zijn, overdag slapen,
- meer of minder zin in eten hebben,
- minder aandacht voor zelfverzorging hebben,
- moe en futloos zijn,
- achterdochtig zijn,
- meer interesse in geloofszaken, filosofie en paranormale onderwerpen,
- anders zien, horen en ruiken.

Een psychose kan ook eenmalig voorkomen, of optreden bij andere ziektebeelden zoals manisch-depressieve stoornis of ernstige depressies.

Omgang

Het is belangrijk te beseffen dat iemand in een psychose gedachten, gevoelens en gedrag niet onder controle heeft. Tijdens een psychose beseft de cliënt meestal niet dat er iets aan de hand is. Het heeft geen zin de stemmen of overtuigingen van degene die psychotisch is te ontkennen. Probeer je te verplaatsen in de realiteit van de ander en laat dat ook merken. Vraag wat iemand ziet of hoort. Ga niet mee in de waan of hallucinatie, maar neem de ander wel serieus. Maak duidelijk dat je de zaken anders beleeft. Ga niet in discussie over 'de waarheid'. Hoe moeilijk het ook kan zijn, probeer zo rustig mogelijk te reageren. Boosheid en irritatie werken averechts. Het is vaak beter iemand wat met rust te laten en zijn eigen gang te laten gaan..

Schizofrenie



Bekijk de animatie over schizofrenie

<https://btsg.nl/inloggen/>

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 2**

Schizofrenie kenmerkt zich in bijna alle gevallen door het optreden van psychoses. Dit zijn perioden waarin het contact met de realiteit ernstig is verstoord.

Niet iedereen die een psychose doormaakt, heeft schizofrenie. Daarvan spreken we pas als de psychose lang duurt of vaker optreedt en de persoon in de tussenliggende tijd niet goed functioneert. Schizofrenie gaat vaak gepaard met een achteruitgang in het functioneren.

Mensen met schizofrenie hebben geen meerdere persoonlijkheden. Het woord schizofrenie komt uit het Grieks en betekent 'gespleten geest'. Hierdoor verwarren mensen het wel eens met MPS (meervoudige persoonlijkheidsstoornis, tegenwoordig ook wel dissociatieve stoornis genoemd).

De meest voorkomende symptomen zijn:

- hallucinaties,
- wanen,
verward denken,
- het ontbreken van energie,
- vervlakking van gevoelens,
- weinig initiatief nemen,
- terugtrekken uit sociale contacten en minder concentratievermogen.

Men gaat ervan uit dat de kwetsbaarheid voor schizofrenie grotendeels genetisch is bepaald en dus al bij de geboorte aanwezig is. Het is bekend dat een stoornis in bepaalde chemische stoffen in de hersenen medeverantwoordelijk is voor de verstoorde verwerking van informatie. Onderzoeken hebben ook veranderingen aangetoond in de hersenen van mensen met schizofrenie. Maar of iemand met een aanleg de ziekte ook daadwerkelijk ontwikkelt, hangt af van de vraag hoe de rest van zijn leven verloopt. Samengevat: hoe meer blootstelling aan stress, drugs en andere zogeheten omgevingsfactoren, des te groter de kans dat de genetische kwetsbaarheid voor schizofrenie zich daadwerkelijk zal uiten.

Omgang en behandeling

Medicijnen zijn een belangrijk, onmisbaar onderdeel van de behandeling. Antipsychotica verminderen de psychotische verschijnselen. Ze worden vaak al voorgeschreven voor er een diagnose gesteld is, om de psychose zo snel mogelijk te laten verdwijnen. Daarna is het belangrijk zo zorgvuldig mogelijk uit te proberen welke medicatie, in welke toedieningsvorm voor deze cliënt het beste werkt.

Borderline



Bekijk het filmpje 'Borderline problematiek'
<https://btsg.nl/inloggen/>
Klik op de opleiding GVP
Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent
Ga naar **lesdag 2**

Borderline is een persoonlijkheidsstoornis. Het is een psychische aandoening waarbij je te maken hebt met angst, depressiviteit en in de war zijn. Ooit is de term borderline bedacht als 'grens' tussen neurose en psychose. Borderline heeft wel wat symptomen van neurose en psychose, maar verschilt er in veel opzichten ook van. Borderline komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen.

Oorzaak

Het is nooit bewezen dat iemand met een borderline persoonlijkheidsstoornis iets traumatisch meegemaakt heeft in de vroege jeugd. Maar een hoog percentage meldt wel dat ze bijvoorbeeld zijn afgestaan voor adoptie, emotioneel verwaarloosd, mishandeld of seksueel misbruikt zijn. Verder zijn er aanwijzingen dat erfelijkheid mogelijk een rol speelt.

Borderline is mogelijk een gevolg van andere psychische problemen. Het zou bijvoorbeeld voorkomen bij mensen die zich erg moeilijk kunnen hechten. Dat komt vaak door een negatief beeld van zichzelf en naasten, waardoor ze moeite hebben lange intieme relaties te onderhouden.

Ook een biologische stoornis zou de oorzaak kunnen zijn van borderline: een stoornis in de serotonine-huishouding. Serotonine is een hormoon dat zorgt voor prettige gevoelens.

Symptomen

Basissenmerken van een borderline persoonlijkheidsstoornis zijn:

- **Impulsiviteit**
Een cliënt met een borderline persoonlijkheidsstoornis gedraagt zich erg impulsief en overdenkt de gevolgen van impulsieve daden niet of te laat. Die impulsiviteit kan extreme vormen aannemen. Daardoor heeft iemand met een borderline persoonlijkheidsstoornis neigingen tot overmatig alcohol-, drugs- of medicijngebruik, geldverkwisting en eetstoornissen.
- **Stemmingswisselingen.**
Iemand met een borderline persoonlijkheidsstoornis kan ineens kwaad worden en van het ene op het andere moment heel somber of heel vrolijk zijn. Men voelt zich zelden lang achtereen tevreden. Er zijn veel klachten over leegte, verveling en zelfmoordgedachten. Sommigen verwonden zichzelf opzettelijk; ze reageren spanning op die manier af op hun lichaam. Dat kan zich bijvoorbeeld uiten in krassen of snijden in de huid, zichzelf verbranden met een sigaret of zelfs in zelfmoordpogingen.
- **Afwezige indruk**
Er kunnen 'dissociatieve verschijnselen' optreden. Dit betekent dat de persoon het gevoel heeft in een lichaam te zitten waarbij deze niets voelt, alsof die niet echt bestaat.

-
- **Sociale contacten en relaties**
Iemand met een borderline persoonlijkheidsstoornis heeft vaak moeite om contacten te leggen en te onderhouden. Ze hebben de neiging om mensen onder te verdelen in 'goede' en 'slechte' en hebben vaak veel heftige relaties die kort duren. Ze kunnen vaak moeilijk tegen alleen zijn wat kan samengaan met extreme paniek.
 - **Psychotische verschijnselen**
In extreme gevallen treden deze op: het horen van stemmen, zien van beelden, overmatige achterdocht en in de war zijn. Dit kan een aantal uren tot enkele dagen duren.

Omgang

Geef duidelijk je grenzen aan

Iemand die last heeft van een borderline persoonlijkheidsstoornis kan in het contact met anderen anders reageren dan je misschien zult verwachten. De één kan erg impulsief zijn, de ander heeft last van stemmingswisselingen of woede-uitbarstingen en weer een ander kan helemaal in zichzelf gekeerd zijn. Dit is best lastig dus geef goed je grenzen aan. Wanneer diegene over jou grenzen gaat en jou daarbij betreft, is het belangrijk om kenbaar te maken dat je hier niet in mee gaat. Bepaal je grenzen en maak hier eventueel afspraken over zodat het voor iedereen duidelijk is wat jij accepteert.

Houd je aan de afspraken

Het is belangrijk dat je je ook houdt aan de afspraken die zijn gemaakt zodat je betrouwbaar bent en er regelmaat in zit. Dit is voor iemand met een borderline persoonlijkheidsstoornis meestal erg fijn, aangezien vertrouwen erg belangrijk voor die persoon. Hij of zij moet op jou kunnen rekenen.

Wees duidelijk

Geef duidelijk aan wanneer en met wat de persoon met een borderline persoonlijkheidsstoornis bij je terecht kan. Deze duidelijkheid is goed voor de persoon en het geeft ook wat meer rust voor jezelf.

Manipulatief gedrag

Manipulatief gedrag kent verschillende verschijningsvormen. Dat kan gaan van het de zin doordrijven, handelen uit machteloosheid of emotionele chantage, tot structureel manipulatief gedrag dat zit ingebakken in de persoonlijkheid.

Ouderen vertonen ook vaak manipulatief gedrag, vooral wanneer zij (deels) afhankelijk zijn geworden van hun omgeving.

Kenmerken

- Weinig rekening houden met normen, waarden en gevoelens van de ander;
- Anderen bespelen of tegen elkaar uitspelen;
- Proberen een speciale behandeling te krijgen: 'Weet je wel wie je voor je hebt?';
- Op eigen voordeel uitzijn;
- Claimen, de ander opeisen;
- Oneerlijk zijn;
- Dreigen;
- Niet aan regels houden;
- Gebruikmaken van de zwakheden van de ander.

Omgang

De omgangsadviezen zijn vergelijkbaar met die bij een borderline persoonlijkheidsstoornis:

- Stel duidelijk uw grenzen en regels en vertel wat de cliënt wel en niet kan verwachten. Houd vast aan eigen grenzen.
- Wees duidelijke en maak eenduidige afspraken.
- Houd je aan gemaakte afspraken en zorg ook dat al je collega's zich daaraan houden.



Opdracht: Gerontopsychiatrie

1. Welke vormen van gerontopsychiatrie komen bij jouw cliënten voor?
2. Wat vind je daarbij moeilijk als het gaat om de omgang?
3. Welke tips heb je voor je collega's?