

Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: delphi-onderzoek onder Nederlandse en Vlaamse experts over specifieke diagnostische en therapeutische aspecten

S.P.J. VAN ALPHEN, N. BOLWERK, A.C. VIDELER, J.H.A. TUMMERS,
R.J.J. VAN ROYEN, H.P.J. BARENDSE, K.A.P. PENDERS, C. SCHEEPERS,
R. VERHEUL

ACHTERGROND Persoonlijkheidsstoornissen vormen in de ouderenpsychiatrie een belangrijk onderdeel in de diagnostiek en de behandeling en in de gedragsadvisering aan professionals en mantelzorgers. In het wetenschappelijk onderzoek komt dit onderwerp echter onvoldoende aan bod.

DOEL Inventariseren van leeftijdsgerelateerde diagnostische en therapeutische aspecten van persoonlijkheidsstoornissen op latere leeftijd (> 60 jaar).

METHODEN Delphi-onderzoek onder 35 Nederlandse en Vlaamse experts op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Dit multidisciplinaire panel bestond uit psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, geriateren en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen. In vier ronden werden met vijfpuntslikerschalen in totaal 21 gerontologische uitgangspunten aan het panel voorgelegd. Als instemming werd geoperationaliseerd dat minimaal twee derde van de experts bij een uitgangspunt koos voor de keuzecategorieën 'eens' of 'volledig eens'.

RESULTATEN Over 20 van de 21 diagnostische respectievelijk therapeutische uitgangspunten over ouderen met persoonlijkheidsstoornissen werd voldoende instemming bereikt.

CONCLUSIE Er blijken diverse leeftijdsspecifieke kenmerken te zijn op het gebied van de diagnostiek en de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Derhalve is het zinvol om in richtlijnen, protocollen en wetenschappelijk onderzoek meer aandacht te besteden aan deze hoogcomplexere groep ouderen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)6, 375-386]

TREFWOORDEN behandeling, delphi-methode, diagnostiek, ouderen, persoonlijkheidsstoornissen

Naar persoonlijkheidsstoornissen op latere leeftijd is nog weinig onderzoek verricht (Abrams & Bromberg 2006; Segal e.a. 2006). Het gebrek aan empirische studies verklaart waarom in de recent verschenen Multidisciplinaire richtlijn Persoon-

lijheidsstoornissen niet is ingegaan op ouderen (Trimbos-instituut 2008). Het is echter aannemelijk dat gedragsmanifestaties die voortkomen uit persoonlijkheidsafwijkingen op latere leeftijd anders kunnen zijn dan die in eerdere levensfasen

(Van Alphen e.a. 2009). Voorts zijn er bij de behandeling wellicht specifieke gerontologische aspecten die de behandelbaarheid van persoonlijkheidsstoornissen kunnen beïnvloeden en die mogelijk om gerichte behandelmethoden vragen.

Vanwege de schaarste aan empirische *evidence* op dit gebied verrichtten wij een delphi-studie onder Nederlandse en Vlaamse experts met als onderzoeksvraag: in hoeverre is er sprake van specifieke conceptuele, diagnostische en therapeutische aspecten bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen (≥ 60 jaar)?

METHODE

Werkwijze

Allereerst zochten wij met zoekstrategieën in het *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, de *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *PsycINFO* (vanaf 2000) en *PubMed* naar relevante literatuur over de periode 1980–2009. Hierbij werden diverse combinaties van de volgende zoektermen gehanteerd: ‘*personality disorders*’, ‘*elderly*’, ‘*older adults*’, ‘*diagnosis*’ en ‘*treatment*’. Deze combinaties leverden uiteindelijk 32 artikelen op. Aanvullend raadpleegden we literatuurreferenties in de gevonden artikelen en beoordeelden deze op bruikbaarheid. Tevens maakten we gebruik van handboeken over ouderen in relatie tot persoonlijkheidsstoornissen en (psycho)therapie.

Op basis van de literatuurstudie en op grond van klinische ervaringen vanuit de Nederlandse projectgroep *Expertpanel Persoonlijkheid & Ouderen (EPO)* werden diagnostische en therapeutische uitgangspunten geformuleerd. Vervolgens werd de delphi-techniek toegepast om de onderzoeksvraag te beantwoorden.

De delphi-techniek is een methode waarbij een panel van deskundigen in schriftelijke opeenvolgende vragenronden probeert te komen tot consensus. Deze methode gebruikt men vaak bij een onderwerp waarover nog weinig of geen wetenschappelijke kennis aanwezig is. Verschillende disciplines binnen de geneeskunde hebben

deze onderzoeksmethode toegepast vanwege de mogelijkheid om wetenschappelijk gezien onderbelichte onderwerpen in kaart te brengen met behulp van praktijkervaring van deskundigen (Huisstede e.a. 2007). Bij de delphi-methode zijn de panelleden anoniem en worden in de elkaar opvolgende vragenronden geconfronteerd met de antwoorden van de panelleden in eerdere rondes. Getracht wordt om op deze wijze theoretische uitgangspunten te formuleren waarmee een zo groot mogelijk deel van de deskundigen zich kan verenigen (Powell 2003; Turuff & Linsstone 2002). De uiteindelijke uitvoering van een delphi-studie kan wat het aantal rondes en respondenten betreft divers zijn. De basisprincipes waarop deze onderzoeksmethode berust, zijn het formeren van expertpanels, het iteratieve karakter van de schriftelijke vragenronden alsmede het definiëren en het meten van consensus (Van der Bruggen 2002).

Samenstelling van het delphi-panel

Bij de delphi-methode is het eindoordeel sterk afhankelijk van de samenstelling van het panel. Vanuit EPO werd daarom veel aandacht besteed aan de selectie. De leden van deze projectgroep namen zelf niet deel aan de delphi-rondes. Het delphi-panel was multidisciplinair van samenstelling en bestond in deze studie uit Nederlandse en Vlaamse psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, geriaters en sociaal-psychiatisch verpleegkundigen met aanwijsbare affiniteit met het thema persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Meer specifiek hadden zij deskundigheid op het gebied van conceptuele, (test) diagnostische en/of therapeutische aspecten. Zij hadden bijvoorbeeld eerder gepubliceerd over en/of verrichtten onderzoek op dit gebied, verzorgden onderwijs over dit thema of hadden aantoonbaar jarenlange klinische ervaring met persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.

Uiteindelijk werd een lijst samengesteld van 37 namen van potentiële panelleden. Van hen bleken 35 (95%) bereid en in staat deel te nemen, te weten 2 geriaters (6%), 9 psychiaters (26%), 2 sociaal-

psychiatrisch verpleegkundigen (6%) en 22 psychologen/psychotherapeuten (62%). Van de panelleden waren er 24 (69%) werkzaam in Nederland en 11 (31%) in Vlaanderen.

Procedure

Dit delphi-onderzoek bestond uit vier schriftelijke vragenronden, die alle per e-mail werden aangeboden aan de experts. In totaal werden 21 uitgangspunten aan het expertpanel voorgelegd, waarop men aan de hand van een vijfpuntslikertschaal kon aangeven in hoeverre men instemde met de inhoud. De antwoordmogelijkheden waren: volledig eens, eens, neutraal, oneens, volledig oneens. Genoemde uitgangspunten werden aangeboden aan de panelleden in combinatie met een overzicht van de literatuur, aangevuld met klinische impressies vanuit EPO. In iedere ronde werd per e-mail informatie teruggerapporteerd over de voorafgaande ronde.

De gemiddelde score fungeerde als maat voor instemming ofwel consensus (Sharkey & Sharples 2001). Instemming werd gedefinieerd indien minimaal twee derde van de respondenten ($\geq 67\%$) bij een uitgangspunt voor de keuzecategorieën 'eens' of 'volledig eens' had gekozen. Hoewel in de literatuur het voor consensus vereiste percentage schommelt tussen 50 en 100% (Green e.a. 1999; Sumsion 1998; Van der Bruggen 2002), kozen wij voor een twee derde meerderheid, vanwege het exploratieve karakter van deze studie.

Aan de experts werd de mogelijkheid geboden om bij ieder uitgangspunt zelf te beoordelen in hoeverre hij of zij voldoende affiniteit met de inhoud had om deze te beantwoorden. Achterliggende gedachte hierbij was dat niet iedere delphi-deelnemer expert was op het gebied van alle specifieke thema's over persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen die in deze studie aan de orde kwamen.

RESULTATEN

De respons was hoog en bedroeg per delphi-ronde respectievelijk 100% in de eerste ronde, 91%

in de tweede, 91% in de derde en 100% in de vierde ronde.

In tabel 1 en 2 staan de percentages instemming en de delphi-ronde waarin de stelling werd voorgelegd aan het panel, evenals de respons op iedere stelling.

Alvorens we nader ingaan op deze stellingen, geven we eerst een literatuuroverzicht, aangevuld met klinische impressies vanuit EPO. Dit overzicht komt inhoudelijk overeen met de informatie die aangeboden werd aan de experts tijdens de opeenvolgende delphi-ronden.

Leeftijdsspecifieke conceptuele aspecten

De definiëring van persoonlijkheidsstoornissen volgens de American Psychiatric Association (2000) lijkt niet zonder meer toepasbaar op ouderen. Er zijn aanwijzingen dat het beloop van persoonlijkheidsstoornissen niet altijd wordt gekenmerkt door een langdurige manifestatie van dezelfde gedragsproblemen en interpersoonlijke problemen (Solomon 1981). Bovendien hoeft het beloop van persoonlijkheidsstoornissen niet per definitie duurzaam te zijn. Zo toont een recente transversale studie aan dat over de gehele levensloop gezien de uitingswijzen van persoonlijkheidsstoornissen met perioden kunnen verergeren of afnemen (Balsis e.a. 2007). Longitudinaal onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen tot op latere leeftijd is enkel verricht naar de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Deze studie wijst op een afname van antisociale kenmerken bij 58% van de onderzoekspopulatie (Black e.a. 1995).

In tegenstelling tot het DSM-concept, waarin temporele stabiliteit van de disfunctionele gedragscriteria vanaf de adolescentie wordt vereist, is het denkbaar dat persoonlijkheidsstoornissen voor het eerst op latere leeftijd manifest worden, terwijl de onderliggende kwetsbaarheid voorheen alleen latent aanwezig was. In eerdere levensfasen waren er dan omgevingsfactoren of compensatoire mechanismen die onderliggende persoonlijkheidsstoornissen maskeerden. Denk bijvoorbeeld aan een structurerende, zorgende

echtgenoot in het geval van een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis of een carrièrerijke loopbaan bij narcistische problematiek. Door het wegvallen van de echtgenoot respectievelijk opgelegd pensioen openbaart de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis zich voor het eerst in de derde en vierde levensfase (Van Alphen e.a. 2001).

Bovendien wordt in de schaarse literatuur genoemd dat de uitingswijze op oudere leeftijd doorgaans anders is. Dit heeft vooral betrekking op cluster B-persoonlijkheidsstoornissen. In gevalbeschrijvingen beschrijft men bij ouderen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis of een antisociale, theatrale of narcistische persoonlijkheidsstoornis minder agressief én impulsief gedrag dan bij jongere volwassenen. Daarentegen wordt een toename van hypochondere, psychosomatische en depressieve klachten of passief-agressieve en toxicomane gedragingen waargenomen (Solomon 1981). Mogelijke verklaringen voor andere gedragsmanifestaties op latere leeftijd zijn verminderde impulsiviteit, cognitieve veroudering en somatische comorbiditeit. Ook de overlap van en de verwevenheid met psychiatrische toestandsbeelden kunnen de uitingswijze kleuren.

Gezien de genoemde verwevenheid tussen as I-stoornissen en de samenhang van een aantal van deze stoornissen met as II-stoornissen kan het vanuit curatief opzicht zinvol zijn om beide assen binnen een specifiek zorgprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen met elkaar te verbinden. Dit geldt niet zozeer voor floride beelden, zoals vitale depressies, recidiverende psychosen en ernstige angststoornissen waarbij het aangewezen is om de as I-stoornis eerst te behandelen. Gedacht wordt aan relatief lichte psychiatrische problematiek, zoals aanpassingsstoornissen, dysthyme problematiek, diffuse angststoornissen of de zogenaamde DSM-V-codes gesuperponeerd op persoonlijkheidsstoornissen.

In het navolgende introduceren we enkele uitgangspunten van een specifiek zorgprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Deze uitgangspunten zijn enkel gebaseerd op klinische ervaringen vanuit EPO. Dit pro-

gramma gaat uit van twee hoofdgroepen met in totaal vijf subgroepen.

Hoofdgroep I Hierbij gaat het om ouderen met een persoonlijkheidsstoornis en recidiverende as I-problematiek geluxeed door derde- en vierdelevensfaseproblematiek.

In deze groep wordt de as I-stoornis geluxeed door de aanwezige persoonlijkheidsstoornis als gevolg van inadequate copingstijlen en beperkte sociale vaardigheden tegenover leeftijdsspecifieke problemen, zoals verlies van gezondheid, verlies van naasten of verlies van autonomie. De as II-classificatie is de 'hoofddiagnose'. De luxerende factoren voor het toestandsbeeld zijn leeftijdsspecifiek, zoals verlies van gezondheid, naasten of autonomie. De as I-stoornissen in deze groep worden gekenmerkt door relatief lichte problematiek of zogenaamde V-codes, zoals:

Recidiverende aanpassingsstoornissen Veelal is sprake van atypische presentaties als gevolg van de onderliggende persoonlijkheidsproblematiek. Hierbij kan men denken aan dysfoor, dysthym, somatiserend, geagiteerd of regressief reactief gedrag. Luxerend zijn de leeftijdsspecifieke stressfactoren. Maladaptieve vermogens en niet doelgerichte, rigide copingmechanismen druisen doorgaans in tegen de realiteit en de logica om leeftijdsspecifieke verlieservaringen te trotseren.

Systeemproblematiek Daarbij gaat het om relatieproblematiek na pensionering of om conflicten met de mantelzorg, zoals broers, zussen of eigen kinderen, als gevolg van toegenomen zorgbehoefte door lichamelijke of cognitieve achteruitgang.

Hoofdgroep II Hierbij gaat het om ouderen met specifieke psychische problematiek op latere leeftijd gesuperponeerd op een persoonlijkheidsstoornis. Deze problematiek is het gevolg van onderliggende persoonlijkheidsstoornissen, maar wordt dikwijls ten onrechte opgevat als neurodegeneratieve aandoeningen. Bij deze

tweede groep, die overigens vergeleken met de eerste groep minder frequent wordt gezien in de klinische praktijk, onderscheiden we de volgende stoornissen:

Diogenessyndroom Patiënten met deze aandoening imponeren als dementerend, maar in feite lijden zij aan ernstige verwaarlozing van hun fysieke conditie ten gevolge van een cluster A-persoonlijkheidsstoornis met bizar gedrag, verzamelzucht en sociale isolatie zonder positieve psychotische symptomen.

Vorbereiden Hierbij gaat het om ouderen met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis die ‘er net naast zitten’ als het gaat om het beantwoorden van vragen om zo de aandacht op zich te vestigen.

Vergeetfobie Bij patiënten met deze aandoening is de bezorgdheid over het geheugen obsessieel van aard. Vaak zijn de geheugenklachten secundair ten opzichte van stemmings-

problematiek. Daarbij is er tevens sprake van onderliggende cluster C-problematiek, in het bijzonder de obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis.

Leeftijdsspecifieke diagnostische aspecten

Als uitgangspunt voor persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen lijkt de standaard van de *Longitudinal, Expert and All Data (LEAD; Spitzer 1983)* geschikt. Bij de LEAD-standaard hanteert men verschillende longitudinale gegevens om vervolgens te komen tot een consensus over de diagnose tussen klinici. Deze gegevens zijn afkomstig uit meerdere informatiebronnen, zoals observatie, biografische gegevens, van informanten en uit tests en het dossier, alsmede de ervaringen die de hulpverleners met de patiënt hebben. In een validiteitsstudie in de volwassenenzorg bleken LEAD-diagnoses te worden gekenmerkt door meer temporele stabiliteit en predictieve validiteit vergeleken met diagnoses verkregen door middel van verschillende semi-gestructureerde inter-

TABEL 1 Overzicht van instemming bij 35 delphi-experts per conceptueel/diagnostisch uitgangspunt over persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen

Uitgangspunt	%	Ronde	n
1. Persoonlijkheidsstoornis kan voor het eerst manifest worden op latere leeftijd.	89*	1	35
2. Cluster B-persoonlijkheidsstoornissen kunnen bij ouderen een specifieke manifestatie hebben op oudere leeftijd (minder agressief én impulsief gedrag en meer hypochondere, psychosomatische en depressieve klachten of passief-agressieve en toxicomane gedragingen).	82*	1	33
3. Leeftijdsspecifieke kenmerken kunnen de uitingswijze van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen kleuren.	95*	1	35
4. Een specifiek zorgprogramma persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is klinisch relevant.	75*	1	33
5. Specifieke as I-stoornissen (zoals aanpassingsstoornissen, dysthyme problemen en systeemproblematiek) zouden eveneens opgenomen moeten worden in een zorgprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.	71*	1	34
6. De geopperde hoofdgroep I is klinisch relevant voor een zorgprogramma persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.	77*	1	33
7. De geopperde hoofdgroep II is klinisch relevant voor een zorgprogramma persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.	52	1	28
8. Een gefaseerde diagnostische procedure van persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen verdient de voorkeur.	91*	2	31
9. Bij persoonlijkheidsdiagnostiek kan ook bij ouderen uitgegaan worden van een multidimensionale benadering.	88*	2	30
10. De LEAD-standaard is een goed uitgangspunt voor de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.	78*	2	29

*Deze cijfers voldeden aan de vereiste waarde voor instemming (≥ 67%).

Ronde betreft de delphi-ronde waarin de stelling werd voorgelegd aan het panel; n = de respons op iedere stelling.

views (Verheul e.a. 2000). Bij ouderen is het gebruik van de LEAD-standaard aangewezen omdat zij al een lang leven achter de rug hebben waardoor er vaak biografische, heteroanamnestische en/of dossiergegevens beschikbaar zijn die aanwijzingen kunnen geven omtrent het chronisch psychosociaal (dis)functioneren.

De beperkte draagkracht van hoogbejaarden (> 75 jaar) kan het diagnostisch proces compliceren (Van Alphen e.a. 2006). Derhalve heeft een gefaseerde testdiagnostische procedure de voorkeur in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en verpleeg- en verzorgingshuissector (vv-sector) (Van Alphen 2007). Screening, gevolgd door globaal persoonlijkheidsonderzoek, kan in de ggz vooral nuttig zijn in het kader van kortdurende behandelvormen bij ouderen, om zo het behandelgoal goed af te stemmen op een eventueel aanwezige comorbide persoonlijkheidsstoornis. Bij dergelijk persoonlijkheidsonderzoek kan op basis van meerdere dimensies, zoals temperament, trekken en cognities, een beeld worden verkregen van de persoonlijkheid of persoonlijkheidsstoornis bij ouderen. Uitvoerig persoonlijkheidsonderzoek kan men verrichten in het kader van een persoonsveranderende behandeling. Zowel bij globaal als bij uitvoerig persoonlijkheidsonderzoek kan men sterkte-zwakteanalyses van de oudere patiënt opmaken. Deze analyses kunnen bruikbare aanknopingspunten bieden voor de behandeling en voor psycho-educatieve begeleiding van de mantelzorgers alsmede de professionele zorgverleners.

Leeftijdsspecifieke therapeutische aspecten

In een beperkt aantal publicaties komen de indicatiestelling en de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen aan de orde. Het gaat veelal om gevalsoverzichten waarin medicamenteuze en psychotherapeutische behandelingsvormen worden geïllustreerd (Bizzini 1998; Dick & Gallagher-Thompson 1995; James 2008). Effectstudies gericht op de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen ontbreken tot op heden.

De keuze voor het type interventie veronderstelt bij de behandeling van ouderen met een persoonlijkheidsstoornis in het bijzonder een bepaalde mate van motivatie en coöperatie van de patiënt. Juist in het geval van persoonlijkheidsstoornissen wordt de wijze waarop de patiënt de behandelrelatie aangaat mede bepaald door diens persoonlijkheid en de daaruit voortvloeiende complicerende interactionele problemen. Bijkomend probleem is dat ouderen doorgaans niet de neiging hebben om emotionele aspecten met anderen te bespreken, waarvoor specifieke motiveringstechnieken wenselijk zijn (Laidlaw & Thompson 2008).

Psychologische behandelingen bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen behoeven op onderdelen aanpassing om meer aan te sluiten bij de leef- en belevingswereld van de doelgroep (Dick & Gallagher-Thompson 1995; James 2008; Laidlaw e.a. 2003). Specifieke gerontologische aspecten dienen geïntegreerd te worden in de therapie, zoals cognities over en gevolgen van somatische aandoeningen, cohortgebonden en socioculturele overtuigingen, intergenerationele banden en het verlies van sociale rollen. Ook zal in veel gevallen het veranderend levensperspectief een belangrijk thema vormen in de behandeling. Van de Sande (2009) spreekt in dit verband van 'retrospectie', die in zijn ogen in psychotherapie bij ouderen even belangrijk is als het vermogen tot introspectie. Er zijn aanwijzingen dat ouderen met persoonlijkheidsproblematiek een verhoogd risico lopen op klachten die verband houden met het opmaken van de eigen levensbalans. Persoonlijkheidsproblematiek wordt immers doorgaans gekenmerkt door dichotoom denken (Beck e.a. 2004) waardoor bij ouderen het omkerend levensperspectief kan leiden tot het (extreem) negatief evalueren van aspecten van het eigen leven (Videler & Van Royen 2008). Ook traumatische ervaringen uit het verleden kunnen geactualiseerd worden.

De diverse behandelinterventies bij persoonlijkheidsstoornissen kunnen geplaatst worden op een continuüm. Aan de ene pool bevinden zich interventies die gericht zijn op de omgeving en niet zozeer op intrapsychische veranderingen bij

de patiënt, zoals psycho-educatie en omgangsadvisering; aan de andere pool bevinden zich psychotherapievormen die een maximale coöperatie van de patiënt vergen en die gericht zijn op verandering van pathologische aspecten van de persoonlijkheid. Daartussen bevinden zich steunend-structurerende interventies en adaptatiebevorderende therapievormen (Van Royen & Videler 2006). Eventueel kan men ook op symptoomniveau farmacotherapeutisch interveniëren.

De belangrijkste uitgangspunten bij de genoemde drie behandelingsniveaus zijn:

Persoonlijkheidsveranderende behandeling Bij dit behandelniveau is therapie gericht op verandering van pathologische aspecten van de persoonlijkheid. Dergelijke behandeling is doorgaans langdurend (> 30 sessies). Onder persoonlijkheidsveranderende behandeling vallen

psychotherapievarianten zoals schemagerichte therapie, dialectische gedragstherapie of transference-focussed therapie. Voorts bevinden de kortdurende personologische en kortdurende psychodynamische therapie en de systeemtherapie zich op het grensvlak van persoonlijkheidsveranderende en adaptatiebevorderende behandeling. Door EPO en vervolgens met instemming van het expertpanel werden in de vierde delphi-ronde de volgende in- en exclusiecriteria opgesteld (tabel 3).

Adaptatiebevorderende behandeling Deze behandelvorm is gericht op ouderen met een persoonlijkheidsstoornis die wel gemotiveerd zijn voor behandeling, maar beperkt zijn in de mogelijkheden tot verandering door bijvoorbeeld gebrekkige vermogens tot introspectie en empathie. In dit geval kan men kiezen voor behande-

TABEL 2 Overzicht van instemming bij 35 delphi-experts per therapeutisch uitgangspunt over persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen

Uitgangspunt	%	Ronde	n
11. De keuze voor het type behandeling bij ouderen met persoonlijkheidsproblematiek hangt vooral af van de hulpvraag, de ernst van somatische comorbiditeit alsmede de aard en de ernst van de persoonlijkheidsstoornis.	81*	3	30
12. Gerontologische aspecten (zoals overtuigingen over en gevolgen van somatische aandoeningen, cohortgebonden en socioculturele overtuigingen, e.d.) zijn van cruciaal belang als therapeutische thema's bij ouderen met een persoonlijkheidsstoornis.	90*	3	29
13. De genoemde uitgangspunten van persoonlijkheidsveranderende, adaptatiebevorderende en steunend-structurerende behandelvormen en farmacotherapie zijn bruikbaar in de klinische praktijk.	83*	3	30
14. Psychofarmaca (op symptoomniveau) zijn bruikbaar bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.	79*	3	19
15. De voorgestelde behandelalgoritmes voor medicatie bij ouderen met een persoonlijkheidsstoornis zijn bruikbaar.	67*	3	15
16. In- en exclusiecriteria voor persoonlijkheidsveranderende behandeling bij ouderen met persoonlijkheidsstoornis zijn bruikbaar in de klinische praktijk.	53	3	28
17. In- en exclusiecriteria voor adaptatiebevorderende behandeling bij ouderen met persoonlijkheidsstoornis zijn bruikbaar in de klinische praktijk.	65	3	29
18. In- en exclusiecriteria voor steunend-structurerende behandeling bij ouderen met persoonlijkheidsstoornis zijn bruikbaar in de klinische praktijk.	72*	3	28
19. In- en exclusiecriteria voor farmacotherapie bij ouderen met persoonlijkheidsstoornis zijn bruikbaar in de klinische praktijk.	83*	3	18
20. De aangepaste in- en exclusiecriteria voor persoonlijkheidsveranderende behandeling zijn klinisch bruikbaarheid.	73*	4	35
21. De aangepaste in- en exclusiecriteria voor adaptatiebevorderende behandeling zijn klinisch bruikbaarheid.	76*	4	35

*Deze cijfers voldeden aan de vereiste waarde voor instemming (≥ 67%).
Ronde betreft de delphi-ronde waarin de stelling werd voorgelegd aan het panel; n = de respons op iedere stelling.

TABEL 3		Specifieke indicatiecriteria voor persoonlijkheidsveranderende behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen
Inclusiecriteria	Exclusiecriteria	
<ul style="list-style-type: none"> - Er is bereidheid bij betrokkene om een therapie aan te gaan die gericht is op klachten die voortkomen uit de persoonlijkheidsstoornis, of de inschatting is dat deze bereidheid zal ontstaan in de eerste fase van behandeling <ul style="list-style-type: none"> - Betrokkene beschikt over voldoende discipline en doorzettingsvermogen - De persoonlijkheidsproblematiek is een primaire factor in het veroorzaken en/of onderhouden van psychische en/of relationele problemen - Betrokkene is in staat tot een redelijke mate van zelfreflectie - Betrokkene wordt in staat geacht om de ontregelende effecten die voort kunnen komen uit de behandeling te verdragen 	<ul style="list-style-type: none"> - Matige tot ernstige cognitieve stoornis - Floride psychotische stoornis - Ernstige depressieve episode - Instabiele bipolaire stoornis - Ernstig onvermogen om samenwerkingsrelatie aan te gaan met de therapeut - Middenmisbruik waarvoor detoxificatie nodig is - Aanwezigheid van acute psychosociale of somatische factoren die veel aandacht van betrokkene vragen 	

ling die gericht is op het directief beïnvloeden van kritieke aspecten van iemands aanpassing aan diens omgeving. Hierbij kan men in het bijzonder denken aan derde- en vierdelevensfaseproblematiek. Deze behandelvorm kan bestaan uit interpersoonlijke psychotherapie, sociale vaardigheidstraining of een korte klachtgerichte psychotherapie op het vlak van het intermenselijk functioneren. Door EPO en vervolgens met instemming van het expertpanel werden in de vierde delphi-ronde de volgende in- en exclusiecriteria opgesteld (tabel 4).

Steunend-structurende behandeling Wanneer patiënten niet in staat zijn om te veranderen, kan men kiezen voor advisering aan de patiënt of diens omgeving, voor mediatietherapie of voor een ondersteunende begeleiding. Deze begelei-

ding kan gericht zijn op het verkrijgen en behouden van een adequaat activiteitenpatroon en een passende dag- en weekstructuur. Wanneer het sociale steunsysteem overbelast of gemarginaliseerd is geraakt door uitputting, gebrouilleerde relaties of overlijden van naasten, kan het bieden van een surrogaatsteunsysteem via bijvoorbeeld een gerontopsychiatrische dagverzorging of deeltijdbehandeling uitkomst bieden. Door EPO en vervolgens met instemming van het expertpanel werden in de derde delphi-ronde de volgende in- en exclusiecriteria opgesteld (tabel 5).

Farmacotherapie Naast psychologische behandeling kan ook voor (een combinatie met) farmacotherapie worden gekozen. De plaats van farmacotherapie binnen de behandeling van ouderen met een persoonlijkheidsstoornis is verre van

TABEL 4		Specifieke indicatiecriteria voor adaptatiebevorderende behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen
Inclusiecriteria	Exclusiecriteria	
<ul style="list-style-type: none"> - Er is (enige mate van) bereidheid bij betrokkene tot gedragsverandering of in ieder geval voldoende lijdensdruk waarbij de inschatting is dat deze bereidheid zal ontstaan in de eerste fase van behandeling, na enkele motivatieverhogende interventies - Vooral met de levensfase samenhangende factoren leiden in interactie met persoonlijkheidsproblematiek tot psychische klachten en/of sociaal disfunctioneren - Betrokkene is niet bereid of in staat tot het aangaan van een langdurende therapie die gericht is op het veranderen van aspecten van de persoonlijkheid 	<ul style="list-style-type: none"> - Matige tot ernstige cognitieve stoornis - Floride psychotische stoornis - Ernstige depressieve episode - Instabiele bipolaire stoornis - Middenmisbruik waarvoor detoxificatie nodig is 	

TABEL 5 Specifieke indicatiecriteriën voor steunend-structurende behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
- Ernstige inactiviteit	- Afwezigheid van nagenoeg iedere vorm van zorg
- Zeer beperkt sociaal steunsysteem	
- Overbelast (professioneel) steunsysteem	
- Afwezigheid van bereidheid en/of vermogen om psychotherapeutische behandeling aan te gaan	

uitgekristalliseerd. Complicerende factoren bij ouderen zijn vooral somatische multimorbiditeit, polyfarmacie en cognitieve problematiek. Bij subgroepen met persoonlijkheidsproblematiek gekenmerkt door veel symptomen, een gecompliceerd beloop, een slechtere prognose en een geringe ontvankelijkheid voor psychotherapie kan men denken aan farmacotherapie op symp-

toomniveau (Ingenhoven & Rinne 2007). De door deze auteurs beschreven behandelalgoritmes voor medicatie lijken ook bij ouderen met een persoonlijkheidsstoornis bruikbaar. Door EPO en vervolgens met instemming van het expertpanel werden in de derde delphi-ronde de volgende in- en exclusiecriteria opgesteld (tabel 6).

TABEL 6 Specifieke indicatiecriteriën voor farmacotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
- Cognitief-perceptuele symptomen	- Overgevoeligheid voor psychofarmaca (door bijv. somatische comorbiditeit)
- Ernstige affectieve disregulatie	- Ernstige therapieontrouw
- Ernstige impulscontroleproblematiek	- Complicerende interactie met farmaca

DISCUSSIE

Dit delphi-onderzoek resulteerde in consensus over 20 van de 21 leeftijdsspecifieke diagnostische en therapeutische aspecten. Voor zover ons bekend is dit het eerste delphi-onderzoek naar zowel diagnostiek als therapie bij persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.


Interessant is dat de experts instemden met het construct ‘laat ontstane persoonlijkheidsstoornis’, wat impliceert dat een latent aanwezige persoonlijkheidsstoornis pas in de derde of vierde levensfase manifest kan worden. Ook zijn de experts van mening dat gedragsmanifestaties van persoonlijkheidsstoornissen kunnen verschillen tussen jongere en oudere volwassenen. In het verlengde hiervan blijkt het huidige as II-meetinstrumentarium onvoldoende geschikt voor ouderen. Immers de items van deze vragenlijsten en interviews zijn direct afgeleid van de DSM-as II-criteria. Door het ontbreken van gevalideerde meetinstrumenten voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen kan men kanttekeningen plaatsen bij de betrouwbaarheid van eerder verrichte prevalentiestudies (Van Alphen e.a. 2006; Balsis e.a. 2007). Voorts is er consensus over de indeling en specifieke criteria van drie psychologische behandelniveaus en farmacotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. In onze visie wordt hiermee het therapeutisch nihilisme bij ouderen aangepakt en bevorderen specifieke criteria de implementatie van richtlijnen in de klinische praktijk.

Geen instemming werd in deze studie bereikt over het voorstel om het diogenessyndroom, Voorbereiden en de vergeetfobie op te nemen in een specifiek zorgprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Dit houdt vooral verband met de lage prevalentie van deze syndromen en het gegeven dat de onderliggende stoornis volgens de experts heterogener is dan alleen persoonlijkheidsstoornis.

Bij deze studie kunnen we een aantal kanttekeningen plaatsen. Hoewel dit panel representa-

tief lijkt voor de Nederlandse en Vlaamse ggz voor ouderen en vv-sector, dient het onderzoek eveneens herhaald te worden in andere landen. In het bijzonder verdienen de delphi-uitgangspunten die minder dan 80% instemming kregen, aandacht bij kruisvalideringsonderzoek. Ten tweede zou de formulering van de vraagstellingen instemmende antwoorden bij de experts kunnen uitlokken. Toch blijkt uit de vele aanvullingen en nuanceringen van de experts dat de vragen door hen kritisch zijn beoordeeld. Ten derde heeft delphi-onderzoek een beperkte mate van wetenschappelijke evidence (niveau 4), maar het vormt wel een goed uitgangspunt voor wetenschappelijk (vervolg)onderzoek (Wollersheim 2009).

Suggesties voor verder onderzoek zijn bijvoorbeeld onderzoek naar de betrouwbaarheid en de validiteit van de LEAD-standaard in de ouderenpsychiatrie, normeringstudies van persoonlijkheidsvragenlijsten voor ouderen in de ggz en vv-sector alsmede effectonderzoek naar psychologische en medicamenteuze behandelinterventies en psycho-educatie.

 Het Expertpanel Persoonlijkheid & Ouderen wordt gevormd door S.P.J. van Alphen (voorzitter), H.P.J. Barendse, N. Bolwerk, R.J.J. van Royen, C. Scheepers, J.H.A. Tummers en A.C. Videler.

De 35 experts die aan de delphi-ronden deelnamen, waren: W. Aarssen, J. Adriaansen, T. Bakker, M. Boogert, A. Borghs, F. Bouckaert, N. Cloosterman, J. Dalebout, T. Dhondt, M. Engel, N. Engelen, E. Dieckx, K. Fannes, R. Geelen, E. Govers, M. van Hattem, T. Haverkort, S. Heijnen, W. Hermans, L. van Hoof, M. Jansen op de Haar, M. Kat, R. Kok, L. Lemey, A. Pot, D. de Ritter, G. Roodbol, M. Stek, T. Thissen, Y. Madani, J. Vancoillie, L. van de Ven, L. Vanoverschelde, D. Verburg en R. Wilting.

LITERATUUR

Abrams, R.C., & Bromberg, C.E. (2006). Personality disorders in the elderly: a flagging field of inquiry. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1013-1017.

Alphen, S.P.J. van, Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., e.a. (2001). Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: drie casestudies. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 32, 245-251.

Alphen, S.P.J. van, Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., e.a. (2006). A preliminary study of the diagnostic accuracy of the Gerontological Personality disorders Scale (GPS). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 862-868.

Alphen, S.P.J. van (2007). Geronto-psychodiagnostiek in de GGZ. *De Psycholoog*, 10, 542-545.

Alphen, S.P.J. van, Videler, A.C., Van Royen, R.J.J., e.a. (2009). Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen nader gespecificeerd voor ouderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 249-253.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders* (4de, herz. druk). Washington: American Psychiatric Association.

Balsis, S., Gleason, M.E.J., Woods, C.M., e.a. (2007). An item response theory analysis of DSM-IV personality disorder criteria across younger and older age groups. *Psychology and Aging*, 22, 171-185.

Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D., e.a. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.

Bizzini, L. (1998). Cognitive psychotherapy in the treatment of personality disorders in the elderly. In C. Perris & P.D. McGorry (Red.) *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: Handbook of theory and practice*. Chicester: Wiley.

Black, D.W., Baumgard, C.H., & Bell, S.E. (1995). A 16- to 45-year follow-up of 71 men with antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 130-140.

Bruggen, H. van der (2002). Delphi-methoden. *Verpleegkunde*, 17, 45-58.

Dick, L.P., & Gallagher-Thompson, D. (1995). Cognitive therapy with the core beliefs of a distressed lonely caregiver. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9, 215-227.

Green, B., Jones, M., Hughes, D., e.a. (1999). Applying the Delphi technique in a study of GP's information requirements. *Health and Social Care in the Community* 7, 198-205.

Huisstede, B.M., Miedema, H.S., Verhagen, A.P., e.a. (2007). Multidisciplinary consensus on the terminology and classification of complaints of the arm, neck and/or shoulder. *Occupational & Environmental Medicine*, 64, 313-319.

Ingenhoven, T., & Rinne, T. (2007). Mythes, dwalingen en ontwikkelingen in de farmacologische behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen. In R. Verheul & J.-H. Kamphuis (Red.). *De toekomst van persoonlijkheidsstoornissen* (pp. 114-128). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

James, I.A. (2008). Schemas and schema-focused approaches in older people. In: K. Laidlaw & B. Knight (Red.) *Handbook of emotional disorders in later life: assessment and treatment* (pp. 111-140). Oxford: Oxford University Press.

- Laidlaw, K., Thompson, L.W., Dick-Siskin, L., e.a. (2003). *Cognitive behaviour therapy with older people*. Chichester: Wiley.
- Laidlaw, K., & Thompson, L.W. (2008). Cognitive behaviour therapy with depressed older people. In K. Laidlaw & B. Knight (Red.) *Handbook of emotional disorders in later life: assessment and treatment* (pp. 91-116). Oxford: Oxford University Press.
- Powell, C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 376-382.
- Sande, J. van de (2009). Over psychoanalytische therapie met senioren. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 35, 91-108.
- Segal, D.L., Coolidge, F.L., & Rosowsky, E. (2006). *Personality disorders and older adults. Diagnosis, assessment, and treatment*. New Jersey: John Wiley.
- Sharkey, S.B., & Sharples, A.Y. (2001). An approach to consensus building using the Delphi technique: developing a learning resource in mental health. *Nurse Education Today*, 21, 398-408.
- Solomon, K. (1981). Personality disorders in the elderly. In J.R. Lion (Red.). *Personality disorders, diagnosis, and management* (pp. 310-338). Baltimore: Williams & Wilkens.
- Spitzer, R.L. (1983). Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24, 399-411.
- Sumsion, T. (1998). The Delphi technique: an adaptive research tool. *British Journal of Occupational Therapy*, 61, 153-156.
- Trimbos-instituut. (2008). *Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Turuff, M., & Linsstone, H.A. (2002). *The Delphi Method: Techniques and Applications*. London: Addison-Wesley Publishing Company.
- Van Royen, R., & Videler, A. (2006). De Korte Personologische Psychotherapie als model voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. *Directie Therapie*, 26, 242-257.
- Verheul, R., van den Brink, W., Spinhoven, Ph., e.a. (2000). Richtlijnen voor klinische diagnostiek van DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 409-422.
- Videler, A., & van Royen, R. (2008). Persoonlijkheidsproblematiek: psychotherapie en omgangsadvisering. In B. Mooi & H. Comijs (Red.). *Ouderen en persoonlijkheid: de klinische praktijk* (pp. 73-96). Amsterdam: Harcourt.
- Wollersheim, H. (2009). Beyond the evidence of guidelines. *The Netherlands Journal of Medicine*, 6, 39-40.

AUTEURS

- S.P.J. VAN ALPHEN is gz-psycholoog-onderzoeker, Mondriaan, divisie Ouderen, Heerlen.
- N. BOLWERK, MSc, is psycholoog, Reinier van Arkelgroep, 's Hertogenbosch.
- A.C. VIDELER is gz-psycholoog-psychotherapeut, GGZ Breburg Groep, afdeling Ouderen en Cognitieve stoornissen, Tilburg.
- J.H.A. TUMMERS is gz-psycholoog-onderzoeker, Mondriaan, divisie Ouderen, Heerlen-Maastricht.
- R.J.J. VAN ROYEN is klinisch psycholoog-psychotherapeut, supervisor VGCT, psychotherapiepraktijk, Beuningen.
- H.P.J. BARENDSE is gz-psycholoog, Reinier van Arkelgroep, 's Hertogenbosch.
- K.A.P. PENDERS is psycholoog-onderzoeker Mondriaan, divisie Ouderen, Heerlen.
- C. SCHEEPERS is psychiater, Mondriaan, divisie Ouderen, Heerlen.
- R. VERHEUL is bijzonder hoogleraar Persoonlijkheidsstoornissen UvA, voorzitter raad van bestuur van Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong, Halsteren.
- Correspondentieadres: dr. S.P.J. van Alphen, Mondriaan, divisie Ouderen, Postbus 4436, 6401 CX Heerlen.
E-mail: spj.vanalphen@planet.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-11-2009.

SUMMARY

Personality disorders in older adults: A Delphi-study conducted among Dutch and Belgian experts concerning specific diagnostic and therapeutic aspects – S.P.J. van Alphen, N. Bolwerk, A.C. Videler, J.H.A. Tummers, R.J.J. van Royen, H.P.J. Barendse, K.A.P. Penders, C. Scheepers, R. Verheul –

BACKGROUND In psychiatry for older adults (> 60 years) personality disorders play an important part in diagnosis and treatment and in the advice given to health professionals and carers on how to deal with this age group. So far, however, research in this area has been inadequate.

AIM To investigate age-related diagnostic and therapeutic aspects of personality disorders occurring in adults over the age of 60.

METHOD A Delphi-study was conducted among 35 Dutch and Belgian experts in the field of personality disorders in older adults. This multidisciplinary panel consisted of psychiatrists, psychologists, psychotherapists, geriatricians and psychiatric nurses. In four rounds 21 gerontological statements to be assessed on a 5-point Likert scale were presented to the panel of experts. Agreement was said to be reached when at least two thirds of the experts 'agreed' or 'fully agreed' with a statement.

RESULTS Satisfactory agreement was reached in the case of 20 of the 21 diagnostic and/or therapeutic statements about older adults with personality disorders.

CONCLUSION There seem to be various age-specific aspects in the diagnosis and treatment of personality disorders in older adults. Therefore, it is advisable to pay more attention to this highly complex group of older adults when guidelines and protocols are being drawn up and scientific research is being planned or conducted.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)6, 375-386]

KEY WORDS Delphi-method, diagnostics, older adults, personality disorders, therapy