

Psychotherapie bij ouderen

Prof. dr. Gert-Jan Hendriks

Psychiater

**Overwaal Expertisecentrum voor Angst-, Dwangstoornissen en
PTSS Pro Persona**

**Bijzonder hoogleraar Behandeling van angststoornissen en
depressie bij ouderen
Radboud Universiteit**

Prof. dr. Arjan Videler

Psychotherapeut/GZ-psycholoog

**Coördinator topklinische zorg & wetenschap GGz Breburg
PersonaCura, Topklinisch Centrum voor
Persoonlijkheds- & Ontwikkelingsstoornissen bij Senioren
Bijzonder hoogleraar Psychotherapie bij ouderen
Tranzo, Tilburg University**



Radboud Universiteit



Disclosure/belangen Gert-Jan Hendriks

belangenverstrengeling

Geen (potentiële) belangenverstrengeling

Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties¹

- Sponsoring of onderzoeksgeld²
- Honorarium of andere (financiële) vergoeding³
- Aandeelhouder⁴
- Andere relatie, namelijk ...⁵

Bedrijfsnamen

- Diverse ZonMw subsidies en van o.a. Stichting tot Steun VCVGZ
- Honoraria voor deelname aan update MDR Angst- en Dwangstoornissen, aan update MDR depressie en sprekers op symposia
- n.v.t.
- n.v.t.

Clinical masterclass

Agenda



- Sectie ouderen VGCT: nieuw!
- Casus Gert-Jan
- Reflectie
- Casus Arjan
- Reflectie
- Conclusies en vraag vanuit sectie ouderen

Sectie ouderen VGt

- Corgé Borghouts (voorzitter)
- Claudia Disselhorst
- Dorine van Driel
- Diniek Kanis
- Nicole Hooiveld
- Gert-Jan Hendriks
- Arjan Videler



Sectie ouderen VGCT

- Missie van de sectie Ouderen is de kennis over en toepassing van cognitieve gedragstherapie bij ouderen vergroten
- Zowel bij jonge als oude ouderen met en zonder cognitieve beperkingen
- De sectie ouderen wil dit stimuleren door voorlichting, scholing en het uitbreiden van wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van cognitieve gedragstherapie bij ouderen
- In de basis-ggz, s-ggz en de VVT
- <https://www.vgct.nl/secties/sectie-ouderen/>

Casus 1 Gert-Jan

- Man, 72 jaar, gepensioneerd, getrouwd.
- Sinds 1996 wisselende diffuse angst - depressie, daarnaast OCD.
- Focus lag op depressie, OCD werd niet als primair beschouwd.
- Laatste behandeling in 2018-2019 voor doorverwijzing:
 - Intramurale behandeling voor depressie gedurende 8 weken.
 - Gevolgd door dagbehandeling gedurende 12 weken (zelfs EMDR werd geprobeerd).
 - Farmacotherapie: Venlafaxine, olanzapine en depakine (adequate doseringen, sinds 3 jaar).
- Second opinion in 2020 gevraagd i.v.m. geen effect en zich niet begrepen voelen.

Vraag 1 – casus Gert-Jan

Welke behandeling stelt u in?

- a) Cognitieve therapie
- b) Exposure en responspreventie
- c) Combinatiebehandeling van CGT en farmacotherapie

Welke rol speelt de leeftijd van de patiënt?

- a) Vanwege de oudere leeftijd aanpassen van frequentie en intensiteit
- b) Geen, niet nodig om behandeling aan te passen

Casus 2 Gert-Jan

- Man, 65 jaar, gehuwd, 5 kinderen, 11 kleinkinderen, familieman
- Bekend met ernstig hartfalen en COPD
- Gediagnosticeerd met GAS, agorafobie, depressie
- Behandeling door team ouderen S-GGZ:
 - i.v.m. chronische, hardnekkige angst hoge doseringen psychofarmaca:
 - Clomipramine 300 mg per dag
 - Quetiapine 1000 mg per dag
 - Oxazepam 190 mg per dag
 - CGT komt niet van de grond
- Behandeling stagneert inmiddels aantal jaren.
- Verwezen in 2021 naar Overwaal, blijkt dwangstoornis (OCS)

Vraag 2 – casus Gert-Jan

Welke behandeling stelt u in?

- a) Palliatief, supportief beleid, vanwege de fysieke kwetsbaarheid
- b) Laag-frequente CGT, vanwege de beperkte belastbaarheid
- c) Hoog-frequente intensieve CGT, fysieke kwetsbaarheid speelt geen rol

Voorkeur ouderen bij angst

Table 2

Treatment Preferences, Full Sample and by Age Group Cohort

	Total (<i>n</i> = 383)	Young-old (<i>n</i> = 177)	Middle-old (<i>n</i> = 152)	Oldest-old (<i>n</i> = 54)
Description	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)
Pharmacological Medication is taken on a time-limited basis to reduce symptoms of anxiety. Improvement is believed to occur through minor alterations in brain chemistry. Meetings with a doctor are held periodically to discuss improvement, side effects, and other relevant issues.	50 (13%)	21 (12%)	18 (12%)	10 (19%)
Psychological Psychotherapy involves weekly meetings with a therapist, and relies on focused discussion to promote well-being, analyze problems and experiences in a safe environment, and plan strategies for avoiding relapse of symptoms.	291 (76%)	135 (76%)	119 (78%)	37 (67%)
Combined Both of the above strategies are used together to reduce symptoms of anxiety.	42 (11%)	21 (12%)	15 (10%)	7 (15%)

Note. No significant differences across age group cohorts. Young-old = age 65–74; Middle-old = age 75–84; Oldest-old = age 85 and over.

A Community Based Survey of Older Adults' Preferences for Treatment of Anxiety.

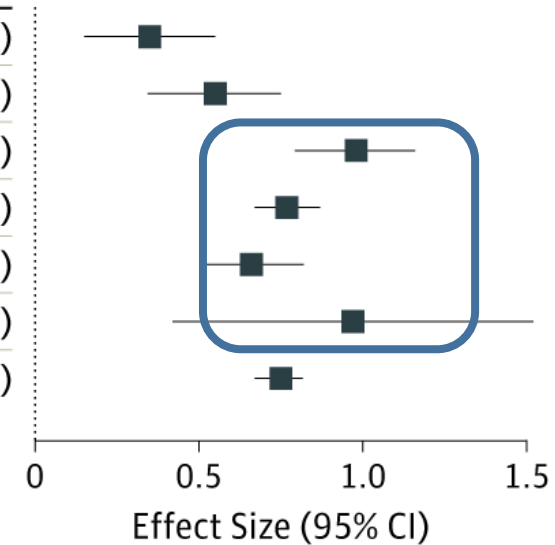
Mohlman, Jan

Psychology & Aging, 27(4):1182-1190, December 2012.

DOI: 10.1037/a0023126

Psychotherapie bij depressie over de levensloop

Age Category	No.	Effect Size (95% CI)
Children	15	0.35 (0.15-0.55)
Adolescents	28	0.55 (0.34-0.75)
Young adults	27	0.98 (0.79-1.16)
Middle-aged adults	304	0.77 (0.67-0.87)
Older adults	69	0.66 (0.51-0.82)
Older old	10	0.97 (0.42-1.52)
All studies	453	0.75 (0.67-0.82)



Cuijpers et al., Psychotherapy for Depression Across Different Age Groups: A Systematic Review and Meta-analysis, *JAMA Psychiatry*. 2020;77(7):694-702. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.0164

CGT voor angststoornissen – over de levensloop



Review Article | [Full Access](#)

Meta-analysis of the influence of age on symptom change following cognitive-behavioural treatment for anxiety disorders

Tom J. Barry, Sui P. Yeung, Jennifer Y.F. Lau

First published: 31 August 2018 | <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.08.008> | Citations: 8

- 149 studies (geen OCS, geen PTSS)
- N = 8.144
 - Jeugdigen: n= 1.125 (lft. = 13 jr)
 - Volwassenen: n= 7.019 (lft. = 33,7 jr)
 - Geen ouderen
- Outcome jeugdigen < outcome volwassenen:
 - Moeite met exposure/verdragen angst
 - Moeite met herinterpretatie van negatief affect

Belangrijk!

Bevindingen sluiten aan bij outcome psychotherapie bij depressie over de levensloop.

Cognitive behavioural therapy and third-wave approaches for anxiety and related disorders in older people (Review)

Hendriks GJ, Janssen N, Robertson L, van Balkom AJ, van Zelst WH, Wolfe S, Oude Voshaar RC, Uphoff E

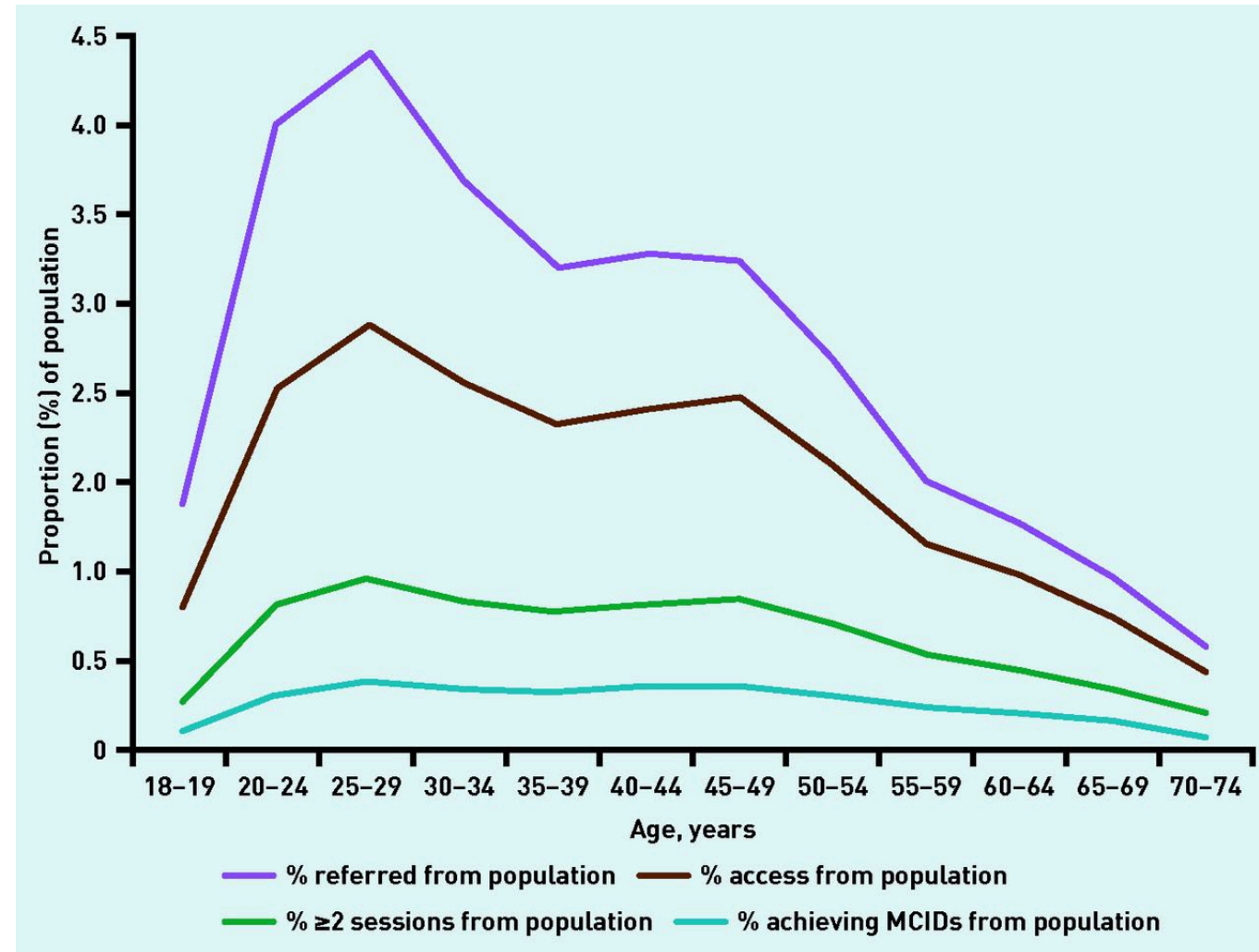
Hendriks G-J, Janssen N, Robertson L, van Balkom AJ, van Zelst WH, Wolfe S, Oude Voshaar RC, Uphoff E. Cognitive behavioural therapy and third-wave approaches for anxiety and related disorders in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024, Issue 7. Art. No.: CD007674. DOI: [10.1002/14651858.CD007674.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007674.pub3).

- Evidence suggests that cognitive behavioural therapy (CBT) may reduce anxiety severity right after treatment compared to minimal management. However, the lessening in anxiety severity may not be sustained and, at six months, there may be no difference between treatments.
- Due to a lack of evidence, we do not know if CBT is more or less effective than other psychological treatments.
- Larger, well-designed studies are needed to determine whether older people with anxiety issues who receive CBT recover fully or show an improvement in symptoms.

Resultaten - samengevat

- 21 RCTs: n = 1.234
 - 10 GAS
 - 9 gemengd
 - 1 PDA, 1 Hoarding
- 2 RCTs PTSS
- Overall kleine studies: range 9-180 pps
- Age range: 62-79 jr (gem. = 70 yrs)
- Vrouw: 70%
- Middelmatige reductie angst: SMD = -0.52
- Idem voor depressie: SMD = -0.57
- Idem voor piekeren: SMD = -0.65
- Geen verschil tussen aangepast vs niet-aangepast

Verwijsratio en leeftijd



Sophie Pettit et al. Br J Gen Pract 2017;67:e453-e459

Valkuil 1

Je bent je niet bewust van leeftijd-specifieke verschillen in de presentatie van angst bij ouderen.

De rol van leeftijd en het herkennen van angst

- Verkeerde interpretatie van symptomen
- Niet herkend ($\leq 65\%$) werden m.n.:
 - Druk op de borst
 - Benauwdheid
 - Excessieve/verhoogde angst
 - Verhoogde prikkelbaarheid
 - Overmatig piekeren
 - Duizeligheid, licht in het hoofd

TABLE 1. Accuracy of Identification of Symptoms of Anxiety and Depression^a

	% Correct	Adjusted OR	95% CI
Anxiety symptoms			
Feeling restless, keyed up, or on edge	57.9%	0.65	0.41, 1.03
Palpitations or pounding or racing heart	51.7%	0.32	0.20, 0.52
Chest pain or discomfort	36.6%	0.42	0.27, 0.66
Shortness of breath or feeling smothered	35.0%	0.29	0.18, 0.46
Muscle tension	33.1%	0.43	0.27, 0.68
Excessive or unreasonable fear	29.8%	0.57	0.36, 0.90
Irritability	20.7%	1.07	0.63, 1.83
Excessive and hard to control worry	17.8%	0.47	0.28, 0.80
Feeling dizzy, faint, unsteady, or lightheaded	16.0%	0.41	0.24, 0.70

Gebaseerd op:

- Wetherell, J. L. , Petkus, A. J. , McChesney, K. , Stein, M. B. , Judd, P. H. , Rockwell, E. , Sewell, D. D. & Patterson, T. L. (2009). Older Adults Are Less Accurate Than Younger Adults at Identifying Symptoms of Anxiety and Depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197 (8), 623-626. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181b0c081.

Fenomenologie angststoornissen 65+ vs 65-

- Ouder worden = meer lichamelijke ziekte(n):
 - > 80%: 1 of meer chronische lichamelijke ziekten
 - Moeilijk onderscheid te maken tussen pathologische angst/ongerustheid en normale angst
- GAD:
 - Minder symptomen
 - Meer zorgen over gezondheid en welzijn van dierbaren
 - Meer lichamelijke symptomen (duizeligheid, gastro-intestinaal, bv. misselijkheid)
 - Meer concentratieproblemen
- Paniekstoornis + agorafobie
 - Afname van cognitieve en affectieve angst
 - Afname in fysiologische opwinding
 - **Geen verschil in vermijding!**
- Sociale angst:
 - Algehele afname van symptomen
 - Geen verschil in symptoomprofiel

Gebaseerd op:

- J. Schuurmans, G.J. Hendriks, C. van Genugten & R.C. Oude Voshaar, Anxiety Disorders in Late Life. In: Anxiety, Trauma and OCD-related Disorders, APA Association Publishing, 2020, Washington DC, USA (Eds., Naomi M. Simon, Eric Hollander, Barbara O. Rothbaum & Dan J. Stein).

- Hendriks GJ & Oude Voshaar, RC (2021). Diagnostiek bij ouderen met angststoornissen en depressie, *Gedragstherapie – tijdschrift voor gedragstherapie & cognitieve therapie*, 4, 205-227.

- Wuthrich, V. M., & Mohlman, J. (2024). Examining Differences in Behavioural Avoidance Between Younger and Older Adults. *Clinical Gerontologist*, 47(2), 329–340. <https://doi-org.ru.idm.oclc.org/10.1080/07317115.2023.2204079>.

Handvat 1

- Ouderen herkennen angst minder goed = doorvragen
- Ben je bewust van fenomenologische verschillen.

Valkuil 2

Niet methodisch te werk gaan waardoor onvoldoende twijfel over diagnostiek en ingezette behandeling.

Methodisch versus niet-methodisch

- Semi-gestructureerd klinisch interview
- Waarom?
- Niet standaard, is opgenomen in update MDR
- Bevindingen studie Pro Persona:
 - N = 350
 - 8 x zo vaak een diagnose angststoornis indien gebruik MINI
 - Paper in voorbereiding TvP
- Obstakels voor ROM bij ouderen:
 - Niet geschikt voor ouderen
 - Ouderen als groep te heterogeen
 - Onbekendheid

Frissen, L.N., Janse, P.D., Roskam, R.V. *et al.* Barriers to Progress Feedback Adoption in Outpatient Geriatric Mental Healthcare: Exploring Age-Related Factors - A Qualitative Study. *Adm Policy Ment Health* (2024). <https://doi.org/10.1007/s10488-024-01402-1>

	Wel MINI	Geen MINI
Depressieve stoornis	20 (12%)	75 (43%)
Gegeneraliseerde angststoornis	23 (13%)	2 (1%)
Ziekteangststoornis	11 (6%)	2 (1%)
Obsessief-compulsieve stoornis	17 (10%)	1 (1%)
Paniekstoornis	21 (12%)	1 (1%)
Agorafobie	8 (5%)	0
PTSS	27 (16%)	4 (2%)
Sociale angststoornis	10 (6%)	0
Somatoforme stoornis	3 (2%)	1 (1%)
Angststoornis overige	0	6 (3%)
Psychotische stoornis	14 (8%)	28 (16%)
Bipolaire stoornis	1 (1%)	35 (20%)

NESDO studie

- De NEderlandse Studie naar Depressie bij Ouderen (NESDO)



Comijs et al. BMC Research Notes 2011, 4:524
<http://www.biomedcentral.com/1756-0500/4/524>

BMC
Research Notes

RESEARCH ARTICLE

Open Access

The Netherlands study of depression in older persons (NESDO); a prospective cohort study

Hannie C Comijs^{1,15*}, Harm W van Marwijk², Roos C van der Mast³, Paul Naarding⁴, Richard C Oude Voshaar^{5,6}, Aartjan TF Beekman⁷, Marjolein Boshuizen⁸, Janny Dekker⁹, Rob Kok¹⁰, Margot WM de Waal¹¹, Brenda WJH Penninx¹², Max L Stek¹³ and Johannes H Smit¹⁴

Abstract

Background: To study late-life depression and its unfavourable course and co morbidities in The Netherlands.

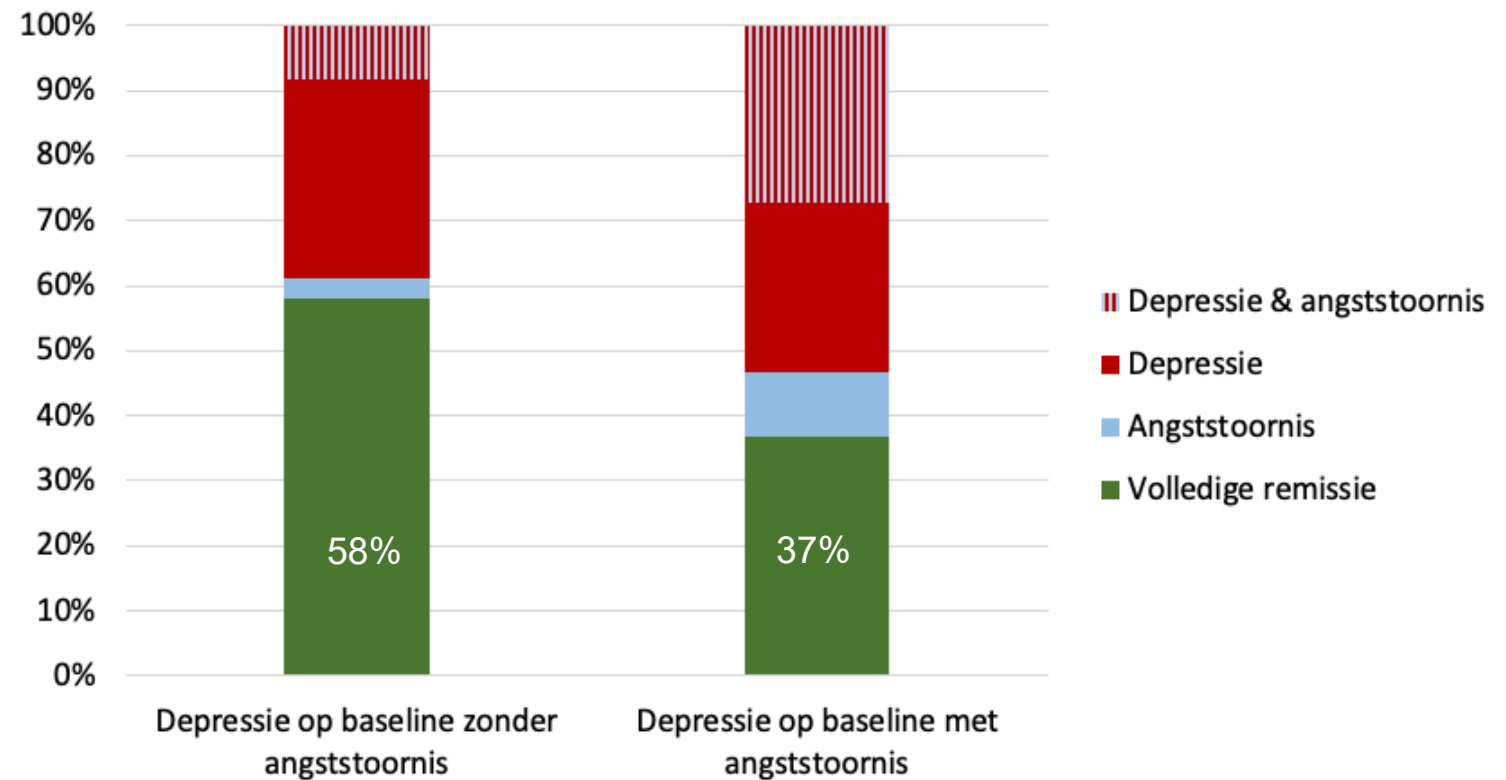
NESDO

Netherlands Study on Depression in Older Persons

- Bij baseline 378 depressieve en 132 gezonde controles (n=510)
- Leeftijd: 60-93
- Behandeling: huisarts of BGGz / SGGz

Bevindingen beloopstudie (2 jaar) - comorbide angststoornissen

- Indien er sprake is van een comorbide angststoornis op baseline dan is er minder kans op volledig herstel na 2 jaren.



Comorbiditeit angst en depressie

- In de Specialistische GGZ de regel
- PhD Joppe Klein Breteler:
 - Comorbiditeit bij de zorgprogramma's angst en depressie van Pro Persona



- N = 740
- Comorbide depressie/ernst van de depressieve klachten is **niet** geassocieerd met outcome.
- Advies: onderzoek de potentieel wederkerige samenhang gedurende de behandeling.

Handvat 2

- Maak gebruik van een semi-gestructueerd klinisch interview.
- Pas ROM toe en evalueer ook op de diagnose.
- Ga niet uit van een a priori hiërarchie depressie-angst.
- Goede afstemming.

Valkuil 3

Je niet bewust zijn van leeftijd-specifieke aannames en vooroordelen (biases).

Stereotyperen van leeftijd (Age bias) en klinische besluitvorming – een voorbeeld



- N = 97 psychotherapeuten in training (gem. lft = 31 jr, 70% vrouw)
- 55% ervaring met ouderen
- Randomiseerde over 2 casusbeschrijvingen
- Therapeutische attitude werd deels beïnvloed door kalenderleeftijd:
 - Ouderen kregen een kortere behandeling
 - Bepaalde CGT technieken werden minder geschikt acht voor ouderen (bespreken van negatieve bekrachtiging of maladaptieve schema's)
 - Aanname: ouderen hebben minder behoefte aan verduidelijking
 - Ouderen werden minder geconfronteerd en uitgedaagd.
- Deze attitude met verborgen cognitieve, leeftijdsspecifiek biases ondermijnt klinische besluitvorming effectiviteit van psychotherapie bij ouderen!
- Meer info: Becca Levy – Stereo Embodiment Theory
 - <https://ysph.yale.edu/profile/becca-levy/>



Eva-Marie Kessler, Teresa Schneider, Do Treatment Attitudes and Decisions of Psychotherapists-in-Training Depend on a Patient's Age?, *The Journals of Gerontology: Series B*, Volume 74, Issue 4, May 2019, Pages 620–624, <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx078>

Handvat 3

Check je opvattingen over ouderen en ouder worden.

Casus 1 en 2 van Gert-Jan

Casus 1

- Man, 72 jaar, gepensioneerd, getrouwd.
- Sinds 1996 wisselende angst - depressie, als gevolg van OCD.
- Focus lag op depressie, OCD werd niet als primair beschouwd.
- Laatste behandeling in 2018-2019 voor doorverwijzing:
 - Intramurale behandeling voor depressie gedurende 8 weken.
 - Gevolgd door dagbehandeling gedurende 12 weken (zelfs EMDR werd geprobeerd).
 - Farmacotherapie: Venlafaxine, olanzapine en depakine (adequate doseringen, sinds 3 jaar).
- Second opinion in 2020 gevraagd i.v.m. geen effect en zich niet begrepen voelen.

Casus 2

- Man, 65 jaar, gehuwd, 5 kinderen, 11 kleinkinderen, familieman
- Bekend met ernstig hartfalen en COPD
- Gediagnosticeerd met GAS, agorafobie, depressie
- Behandeling door team ouderen S-GGZ:
 - i.v.m. chronische, hardnekkige angst hoge doseringen psychofarmaca:
 - Clomipramine 300 mg per dag
 - Quetiapine 1000 mg per dag
 - Oxazepam 190 mg per dag
 - CGT komt niet van de grond, later blijkt dwangstoornis
- Behandeling stagneert inmiddels aantal jaren.
- Verwezen in 2021

Wat valt op aan deze twee casus?

- Beide casus combinatie van angststoornissen (OCD) en depressie
- Vitaliteit versus frailty – heterogeniteit passend bij deze levensfase
- Chroniciteit – stagnatie over meerdere jaren
- Ineffectiviteit farmacotherapie
- Geen evaluatie op diagnostiek/ROM
- Lang doorgaan zonder effect
- Nog meer?

Vraag 3 – casus 1 Gert-Jan

Welke behandeling stelt u in?

- a) Cognitieve therapie
- b) Exposure en responspreventie
- c) Combinatiebehandeling van CGT en farmacotherapie

Welke rol speelt de leeftijd van de patiënt?

- a) Vanwege de oudere leeftijd aanpassen van frequentie en intensiteit
- b) Geen, niet nodig om behandeling aan te passen

Vraag 4 – casus 2 Gert-Jan

Welke behandeling stelt u in?

- a) Palliatief, supportief beleid, vanwege de fysieke kwetsbaarheid
- b) Laag-frequente CGT, vanwege de beperkte belastbaarheid
- c) Hoog-frequente intensieve CGT, fysieke kwetsbaarheid speelt geen rol

Wat hebben we gedaan – Casus 1

- Onze conclusie: OCD en ernstige depressie:
 - Harming obsessions over het veroorzaken van verkeersongelukken, ongelukken thuis (bijv. brand).
 - Controlerende, dwangrituelen.
 - Vermijden van autorijden, vermijden van alleen uit huis gaan
- Verwijzing naar een gespecialiseerde afdeling voor ernstige angst en OCD.
- Ambulante intensieve exposure en response preventie gedurende 4 dagen met aansluitend 4 wekelijkse boostersessies à 90 min.
- Vervolgens afbouw van venlafaxine, olanzapine en depakine.
- FU-controles gedurende 12 maanden.

Intensieve ambulante exposurebehandeling Overwaal

- 1-2 weken
- 4 dagen / 8 dagen
- Dagelijks 4 x 90 minuten CGT* (exposure en responspreventie)

Intensieve week

- 4 weken
- Eenmaal per week
- 90 minuten CGT
- Evaluatie

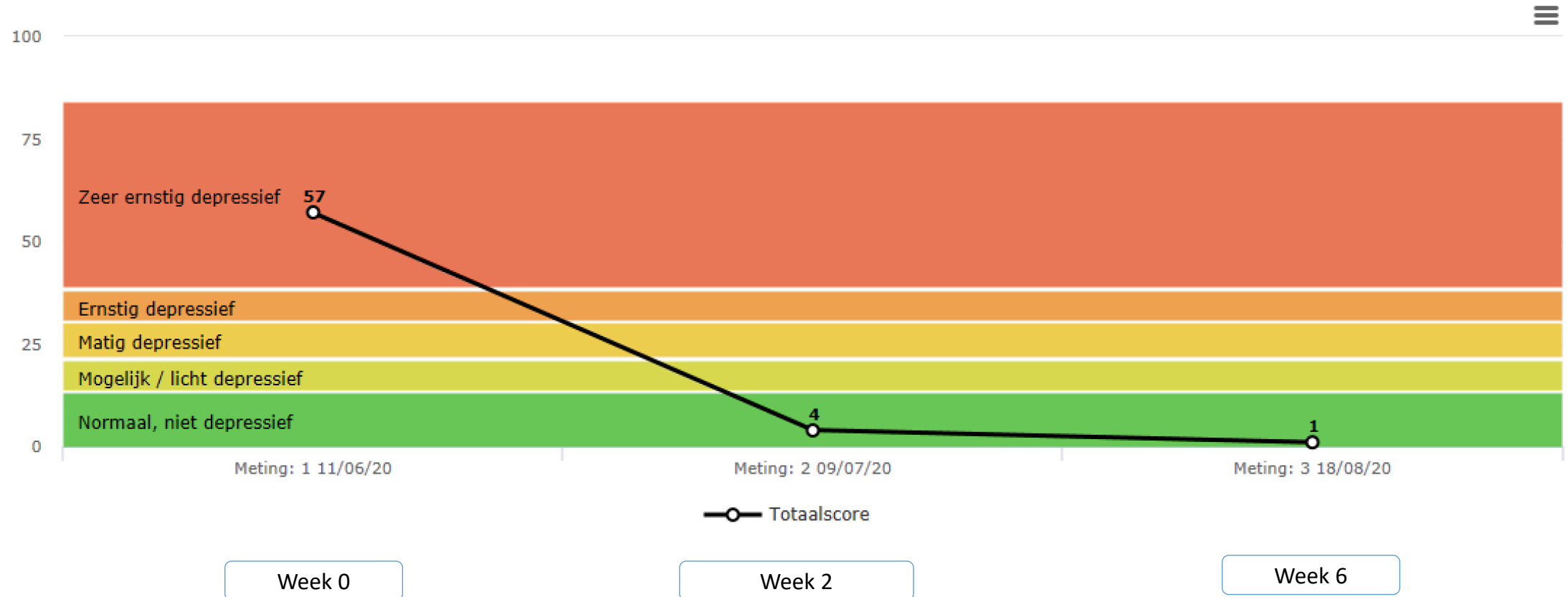
Boostersessions

6 weken

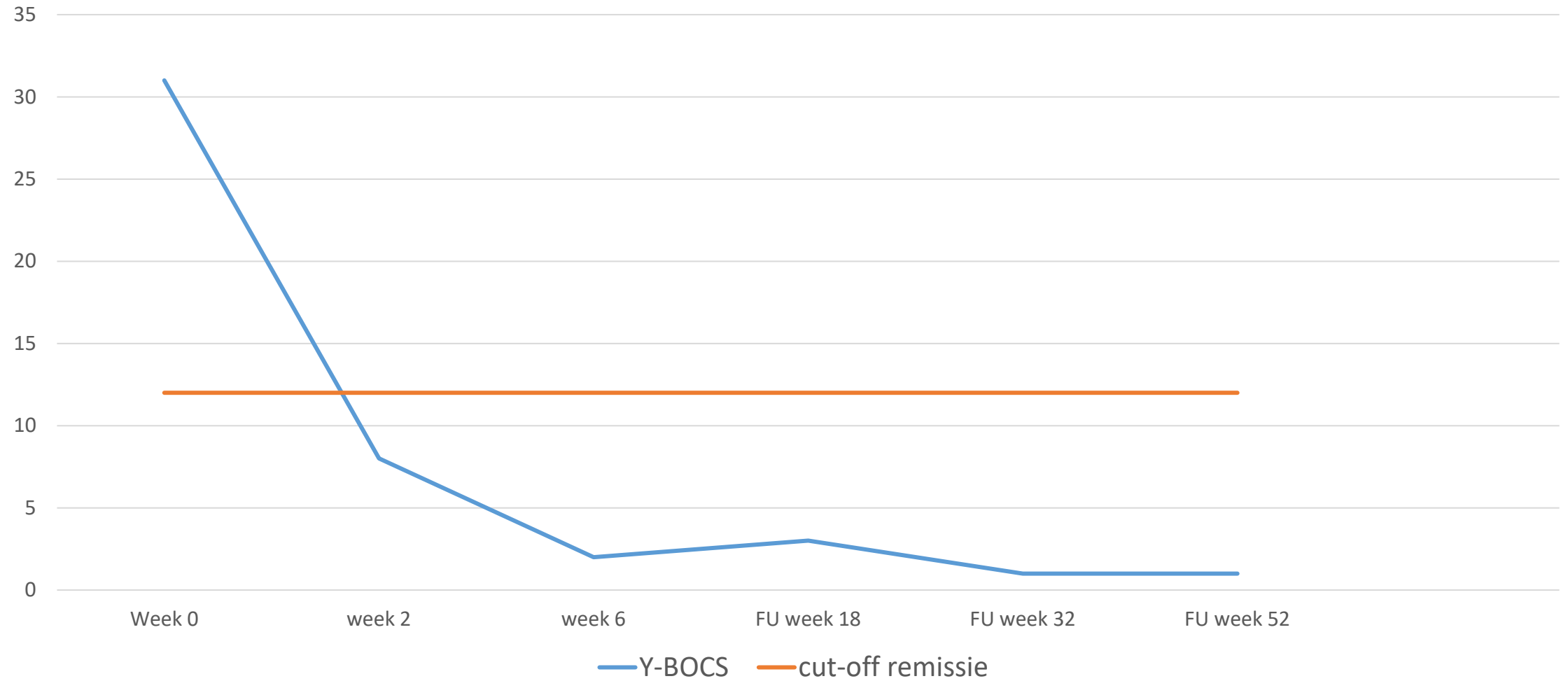
* Gebaseerd op het inhibitorisch leermodel van Craske (Vervliet et al. (2014), Gedragstherapie, 47 (40), 296-339. Focus op exposure en disconfirmatie van angstige verwachtingen

Outcome depressieve symptomen

Stemming - IDS-SR DEF norm (scoreverloop metingen)



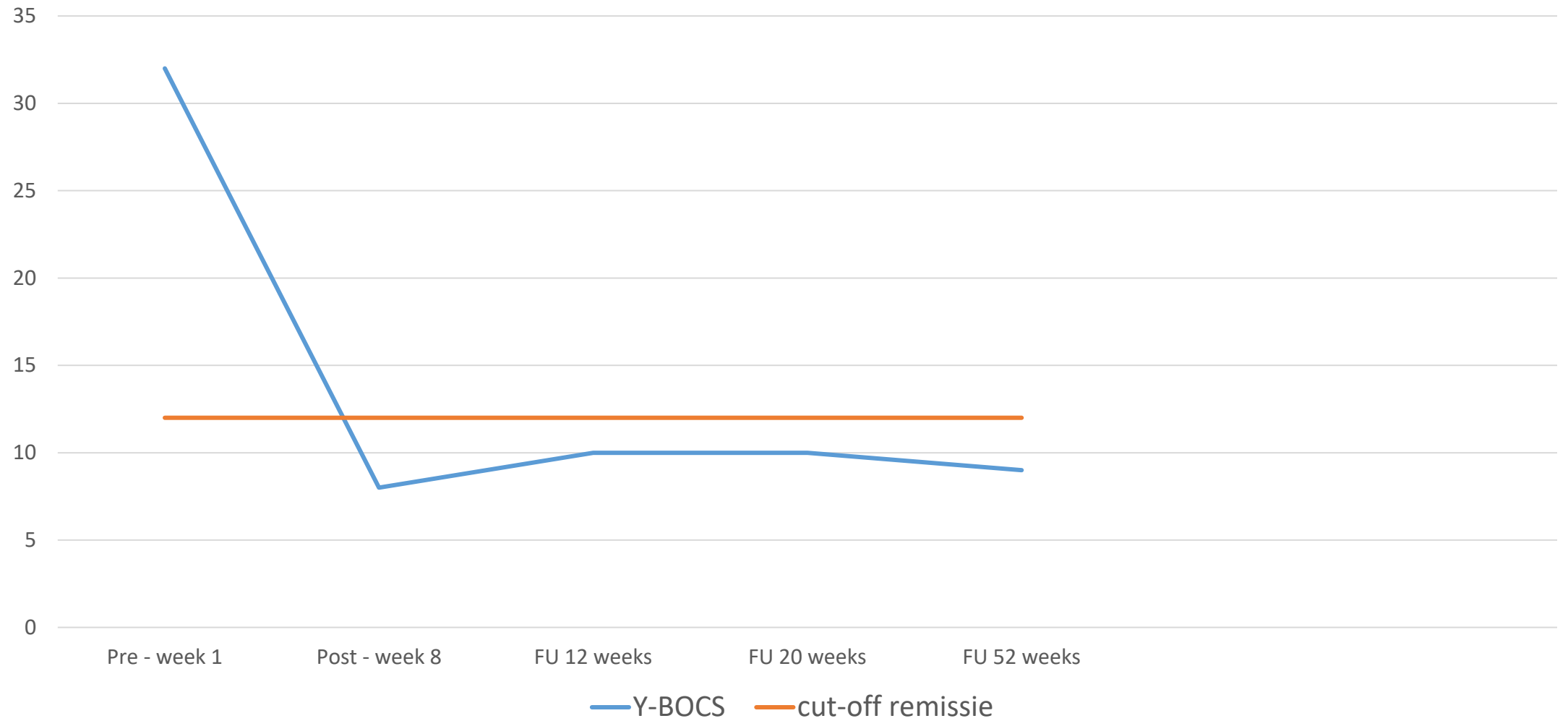
Casus 1 – effect op Y-BOCS



Wat hebben we gedaan – Casus 2

- Verwijzing naar een gespecialiseerde afdeling voor ernstige angst en OCD
 - OCD primair, geen GAS! Depressie secundair.
 - We probeerden eerst ambulante intensieve exposure:
 - Te complex ingewikkeld, continuïteit werd verstoord door ernstige somatische symptomen
 - OCD + fysieke kwetsbaarheid lijkt te ernstig voor ambulante behandeling
- Klinische behandeling met focus op:
 - Medische controle
 - Afbouwen van alle ineffectieve psycho-actieve medicatie.
 - Quetiapine 1000 mg werd afgebouwd tot 0.
 - Clomipramine van 300 mg naar 75 mg, Oxazepam van 190 mg naar 40 mg
- Begeleide intensieve blootstelling
 - Beperking van het vragen om geruststelling (wat veel gemakkelijker was omdat de patiënt was opgenomen)
- Y-BOCS scores daalden binnen 8 weken van 32 naar 8.
- Patiënt werd ontslagen, 20 kg afgevallen.
- E + RP is ambulant thuis voortgezet.
- Na 2,5 jr nog steeds in remissie.

Y-BOCS score verloop casus 2



Psychotherapie bij jongere (werkend) en oudere volwassenen (pensioen) (Chaplin et.al., Int.J.Ger.Psych., 2015)

Table 1 Experiences and outcomes of people of working age and older adults of psychological therapies

	Working age adults		Older adults		Significance	Odds ratio (95% CI)
Number referred for therapy	114 741	(93.6%)	7786	(6.4%)		
General Population	34 882 472	(79.9%)	9 223 073	(20.9%)		3.90 (3.81–3.99)
Numbers expected in morbidity adjusted sample	106 804	(87.0%)	15 936	(13.0%)		2.20 (2.14–2.26)
Diagnosis	40 446		2450			
Depressive disorders	13 160	(32.5%)	790	(32.2%)	Not significant $\chi^2 = 31.8, p < 0.0001$	Not significant
Generalised anxiety disorder	4865	(12.0%)	389	(15.9%)		
Mixed anxiety and depressive disorders	11 737	(29.0%)	669	(27.3%)		
Number (%) completing therapy, whole sample	55 796/114 741 (48.6%)		4642/7786 (59.6%)		$\chi^2 = 392, p < 0.0001$	1.56 (1.49–1.63)
Number (%) dropping out, whole sample	28 195/114 741 (24.6%)		970/7786 (12.5%)		$\chi^2 = 352, p < 0.0001$	2.19 (2.04–2.34)
Number (%) completing therapy, those reaching clinical caseness	42 476/69 393 (61.2%)		3064/4150 (73.8%)		$\chi^2 = 265, p < 0.0001$	1.79 (1.67–1.91)
Number (%) dropping out, those reaching clinical caseness	15 622/69 393 (22.5%)		394/4150 (9.5%)		$\chi^2 = 390, p < 0.0001$	2.77 (2.49–3.08)
Waiting for assessment < 13 weeks	104 540/113 822 (91.8%)		7243/7744 (93.5%)		$\chi^2 = 27.6, p < 0.0001$	1.37 (1.24–1.50)
Waiting for treatment < 18 weeks	90 726/100 206 (90.5%)		6353/6854 (92.7%)		$\chi^2 = 34.8, p < 0.0001$	1.33 (1.21–1.45)
Individual therapy only	11 579/12 977 (90.4%)		1146/1305 (87.8%)		$\chi^2 = 11.7, p = 0.0006$	1.15 (0.965–1.37)
Group therapy only	724/12 997 (5.6%)		103/1305 (7.9%)		$\chi^2 = 11.6, p = 0.0007$	1.45 (0.965–1.80)
Treatment sessions: mean (range)	4.8 (0–600)		4.6 (0–90)		Wilcoxon $p = 0.982$	
Baseline: met criteria for clinical caseness	69 553/78 206 (88.9%)		4157/5219 (79.7%)		$\chi^2 = 409.9, p < 0.0001$	2.05 (1.91–2.21)
Treatment outcome 'recovered' (on those only who met initial criteria for caseness)	28 914/63 499 (45.5%)		2248/3841 (58.5%)		$\chi^2 = 245, p < 0.0001$	1.69 (1.56–1.80)
Treatment outcome 'recovered' or 'reliably improved' (on those only who met initial criteria for caseness)	37 086/63 499 (58.4%)		2626/3841 (68.4%)		$\chi^2 = 148, p < 0.0001$	1.54 (1.44–1.65)
Satisfied with waiting time	8500/12 956 (65.6%)		1008/1294 (77.9%)		$\chi^2 = 79.5, p < 0.0001$	1.85 (1.61–2.12)
Therapy helped me understand my difficulties	11 522/12 993 (88.7%)		1156/1297 (89.1%)		$\chi^2 = 0.44, p = 0.50$	1.05 (0.871–1.26)
Therapy helped me cope with my difficulties	10 733/12 972 (82.7%)		1085/1293 (83.9%)		$\chi^2 = 1.06, p = 0.30$	1.09 (0.932–1.27)
I am receiving the right number of sessions	8630/12 831 (67.3%)		887/1265 (70.1%)		$\chi^2 = 28.4, p < 0.0001$	1.14 (1.01–1.30)
If I have similar difficulties in the future, I would have this therapy again	10 813/12 935 (83.3%)		1068/1298 (82.2%)		$\chi^2 = 1.38, p = 0.240$	1.10 (0.945–1.27)

Ondanks I-APT-inspanningen wordt de oudere leeftijd in verband gebracht met een driemaal zo hoog risico om niet te worden doorverwezen als werkende volwassenen

Update MDR Angst en Dwang (2024)

4.2.3 Algemene aanbevelingen psychotherapie – Ouderen

De primaire aanbeveling is om bij de psychologische behandeling van ouderen met angststoornissen de aanbevelingen te volgen die ook bij 18-65-jarigen worden gegeven. Vanzelfsprekend kunnen er zich bij ouderen specifieke omstandigheden en voordoelen waar rekening mee moet worden gehouden, zoals bijvoorbeeld hardhorendheid of visusproblemen, of een slechtere fysieke gezondheid. Het rekening houden met specifieke individuele kenmerken behoort echter tot de basiscompetenties van professionals en past bij “shared decision making” en “personalized treatment” en is daarmee een leeftijdsonafhankelijk proces.

Casus Arjan



- Frank (74) verwezen door psychiater MPU
- Recidiverende depressies, sinds 30 jaar nortriptyline, 75 mg., en alprazolam, 0,25 mg., z.n.
- Tevens periodiek alcoholmisbruik bij ontregeling
- Ex-militair, vanaf zijn 25^e behandeld in MGGZ met opnames (voor depressie en alcoholdetox) en medicatie
- TS na overlijden echtgenoot, waarna laatste opname
- Vraag verwijzer: is psychotherapie haalbaar?

Casus Arjan



- Jeugd: alcoholistische vader, onvoorspelbaar agressief
- Moeder opnames vanwege depressies
- Enige veilige hechtingsfiguur was oom, kapitein bij landmacht
- Lagere school, HBS, militaire academie
- Gehuwd 24 jaar tot scheiding, 3 dochters en nu 5 kleinkinderen, relaties met 2 dochters verbroken
- Eigen vraag: Ik wil een partner en moet daarvoor gecontroleerd leren drinken

Casus Arjan



- Borderline persoonlijkheidsstoornis met narcistische trekken
- Dysthyme stoornis dan wel recidiverende depressie, grotendeels in remissie
- Stoornis in het gebruik van alcohol



Vraag

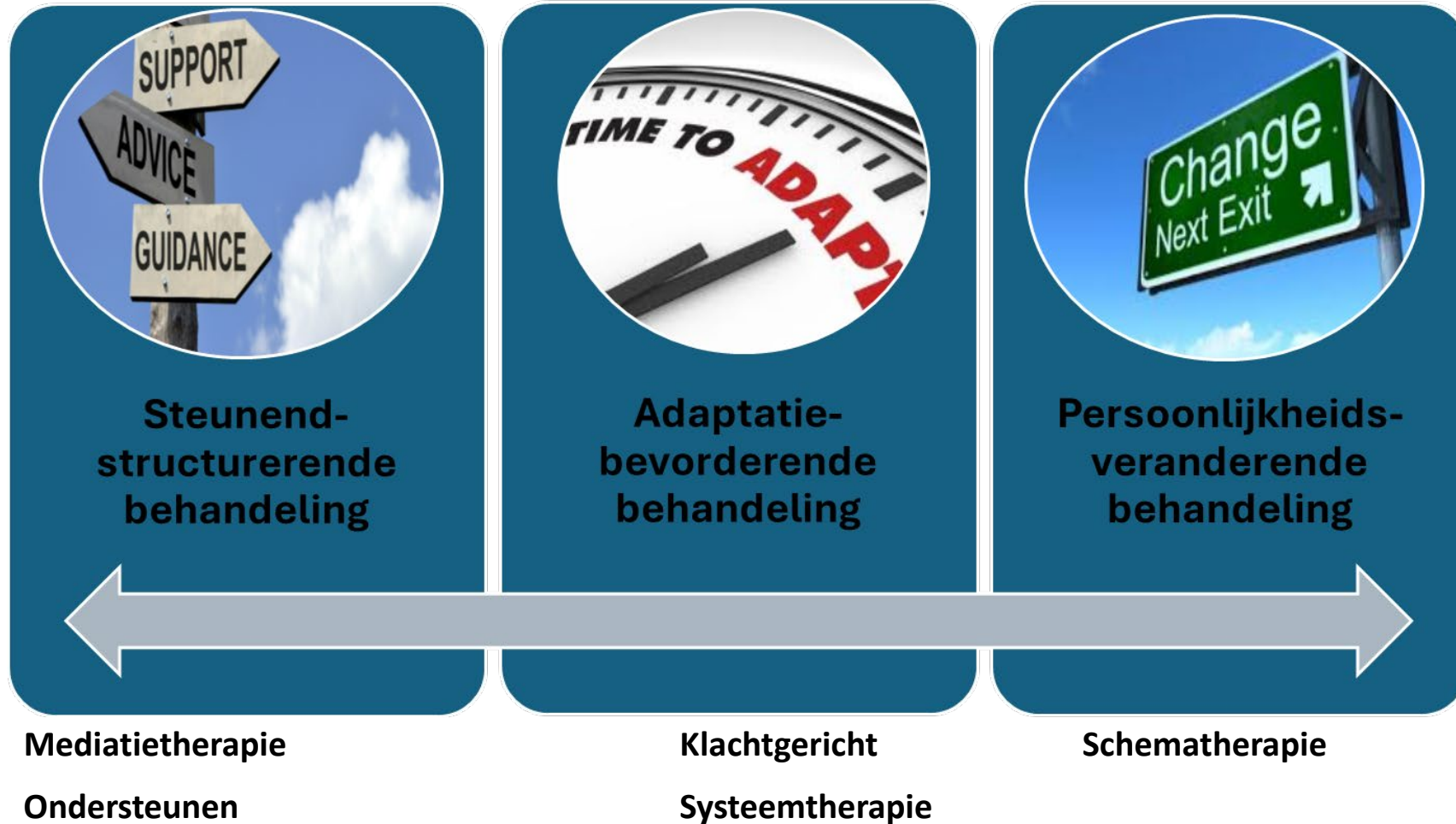
- Wat zou je nu doen?

Drie behandel niveaus



Van Alphen, Bolwerk, Videler, Tummers, Van Royen, Barendse, Verheul, & Rosowsky (2012) Age-related aspects and clinical implications of diagnosis and treatment of personality disorders in older adults. *Clinical Gerontologist*, 35(1), 27-41.

Drie behandel niveaus



Vraag

- Voor welke behandelniveau zou je opteren?



Clinical Staging as a Novel Approach for Selecting Psychological Treatment Levels for Older Adults with Borderline Personality Disorder

Machteld A. Ouwens PhD^{a,b}, Arjan C. Videler PhD^{a,b} , and Sebastiaan P. J. van Alphen PhD^{a,c,d,e}

^aPersonaCura, GGz Breburg, Clinical Center of Excellence for Personality Disorders and Autism Spectrum Disorders in Older Adults, Tilburg, The Netherlands; ^bTranzo, Scientific Center for Care and Wellbeing of the Tilburg School of Social and Behavioral Sciences of Tilburg University, Tilburg, The Netherlands; ^cMondriaan Mental Health Center, Clinical Center of Excellence for Personality Disorders in Older Adults, Heerlen-Maastricht, The Netherlands; ^dDepartment Psychology (PE), Personality and Psychopathology Research Group (PEPS), Vrije Universiteit Brussel (VUB), Brussels, Belgium; ^eDepartment of Medical and Clinical Psychology of the Tilburg School of Social and Behavioral Sciences of Tilburg University, Tilburg University, Tilburg, The Netherlands

ABSTRACT

Objectives: In this paper, a novel approach is presented for selecting psychological treatment levels for older adults with borderline personality disorder (BPD). BPD tends to be a lifelong disorder persisting into old age, with a specific presentation of BPD symptoms in later life, which is illustrated by three different clinical cases.

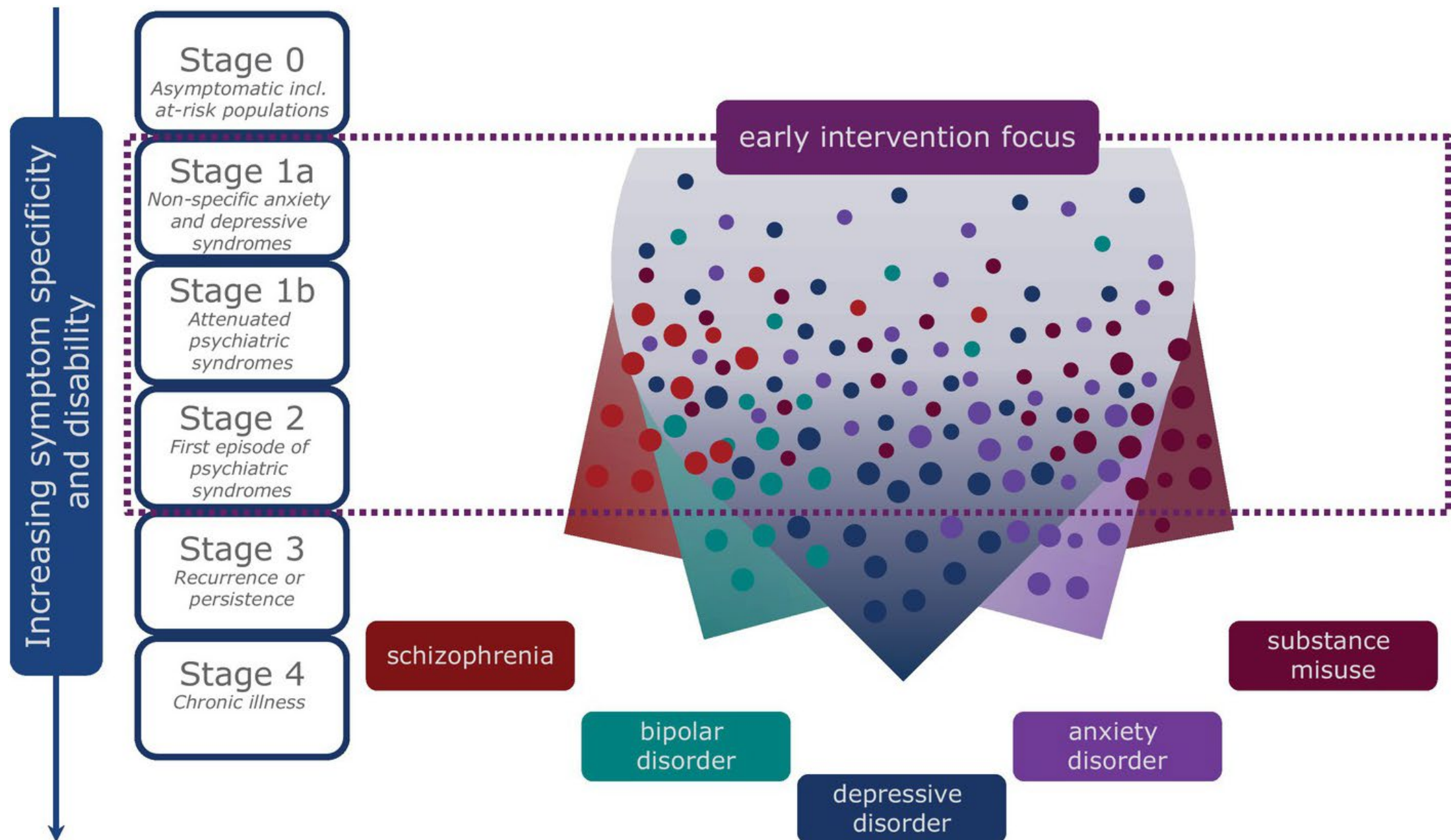
Methods: Recently, a clinical staging and health management model for BPD was presented to assist in selecting appropriate treatment approaches.

Results: We combined this clinical staging model for BPD across the lifespan with psychotherapeutic treatment levels for older adults with personality disorders.

Conclusions: This may allow for a more accurate treatment selection for older adults with BPD and was applied to the three clinical cases. Finally, implications for research and clinical practice are discussed.

KEYWORDS

Clinical staging; borderline personality disorder; treatment; psychotherapy; older adults



Clinical staging in psychiatry

“By far, most papers were found for schizophrenia and related psychotic disorders (21 papers), and bipolar and related disorders (20), while other categories of mental disorders were much less represented: depressive disorders (4), anxiety disorders (2), obsessive-compulsive and related disorders (3), trauma and stressor-related disorders (4), feeding and eating disorders (3) and personality disorders (2). In addition, 13 papers used a transdiagnostic model.”

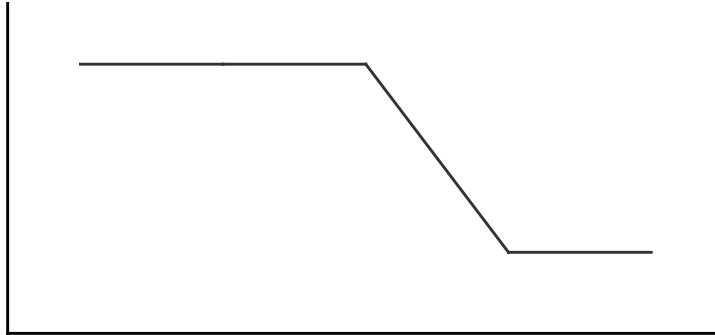
Clarke, S.L., Soons, N., Videler, A.C., van Alphen, S.P.J., Van, H., Dil, L. Pappijn, L., Corbeij, S., Broekhof, B., Chanen, A.M., & Hutsebaut, J. (under review). The progress in the field of clinical staging for mental disorders within the last decade: An updated systematic review.

Stadium	Stadiumbeschrijving	Ernstcriteria problematiek in: 1. Persoonlijheidsfunctioneren 2. Levensloop	Interventie
0	Niet-specifieke problemen of risicogroepen	1. Geen of milde beperkingen persoonlijkheidsdisfunctioneren 2. Geen vastgestelde persoonlijkheidsstoornis	Breed spectrum van algemeen preventieve interventies
I	Subthreshold problematiek op het gebied van persoonlijkheidsfunctioneren	1. Lichte beperkingen persoonlijkheidsdisfunctioneren 2. Herstelde persoonlijkheidsstoornis	Gerichte preventie, detectie, psycho-educatie en coaching van het patiëntsysteem
II	Threshold problematiek, matig van ernst in het persoonlijkheidsfunctioneren op meerdere gebieden	1. Matige beperkingen persoonlijkheidsdisfunctioneren 2. Laat-ontstane persoonlijkheidsstoornis	Adaptatiebevorderende/klachtgerichte behandeling (CGT, IPT, systeemtherapie etc.)
III	Threshold problematiek, ernstig van ernst in het persoonlijkheidsfunctioneren met wisselende of terugkerende problemen op meerdere gebieden	1. Ernstige beperkingen persoonlijkheidsdisfunctioneren 2. Opnieuw zichtbare persoonlijkheidsstoornis	Persoonlijheidsveranderende behandeling (SFT, DGT, MBT, TFT)
IV	Threshold problematiek, extreem van ernst in het persoonlijkheidsfunctioneren met chronische problemen op meerdere gebieden	1. Extreme beperkingen persoonlijkheidsdisfunctioneren 2. Chronische persoonlijkheidsstoornis	Steunend-structurerende behandeling en/of mediatietherapie

Beloop door de levensloop

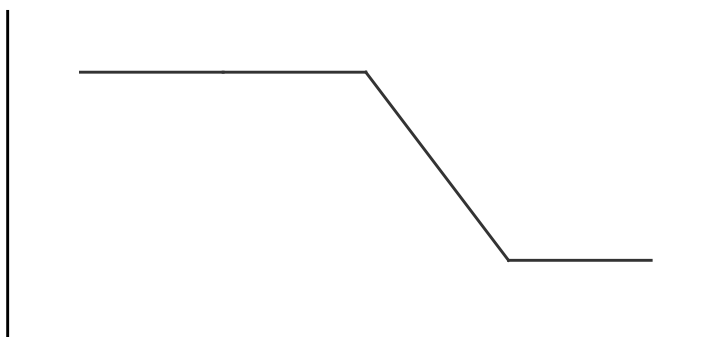


Beloof door de levensloop

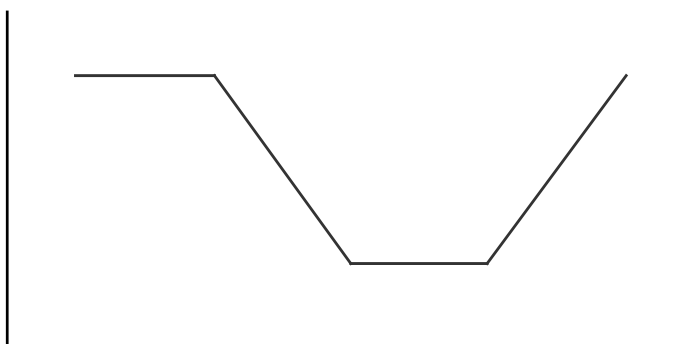


- Herstelde PS/at risk, lichte problematiek

Beloof door de levensloop



- Herstelde PS/at risk, lichte problematiek



- Opnieuw zichtbare PS, ernstige problematiek

Emile Ratelband mag geen 49 worden

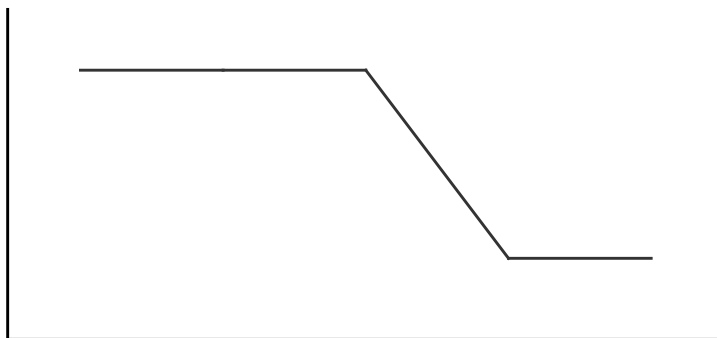


Emile Ratelband ANP

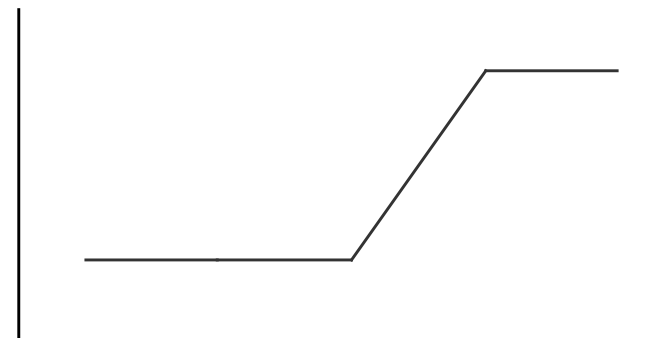
Het verzoek van Emile Ratelband om zijn geboortedatum te wijzigen, is afgewezen. Volgens de rechtbank biedt de wet geen ruimte om zo'n verandering toe te wijzen.

Ratelband (69) wilde zijn leeftijd met twintig jaar verlagen, omdat hij zich veel jonger zegt te voelen. Een verzoek daartoe bij de burgerlijke stand van de gemeente Arnhem werd echter afgewezen. Ratelband was het daar niet mee eens, omdat mensen ook hun naam en hun geslacht kunnen laten veranderen.

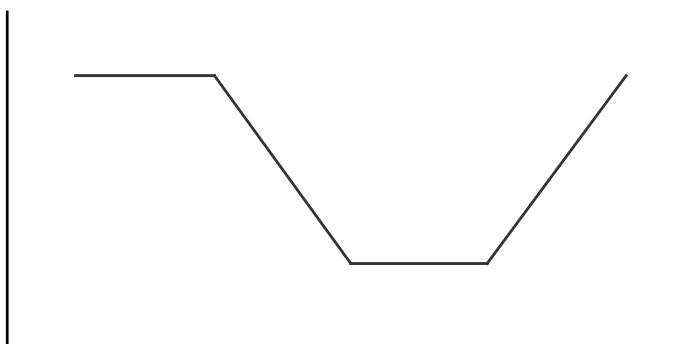
Beloop door de levensloop



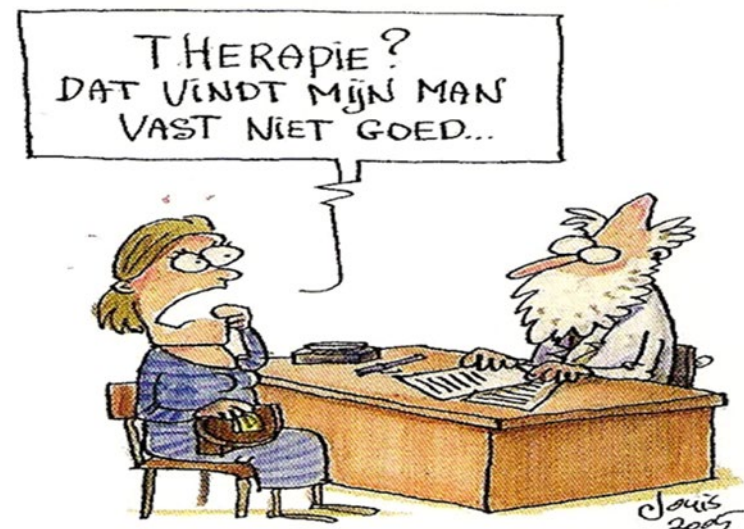
- Herstelde PS/at risk, lichte problematiek



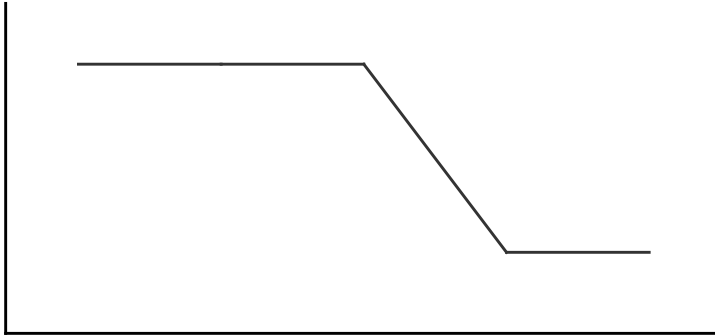
- Laat-ontstane PS, matige problematiek



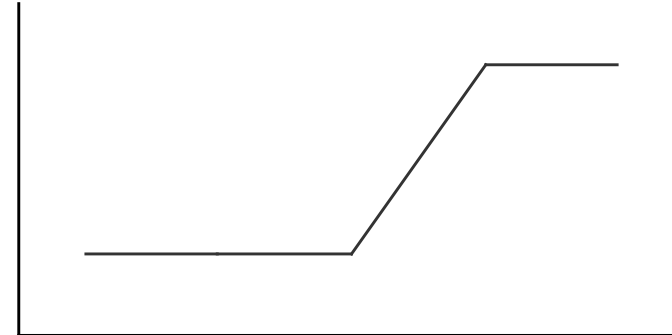
- Opnieuw zichtbare PS, ernstige problematiek



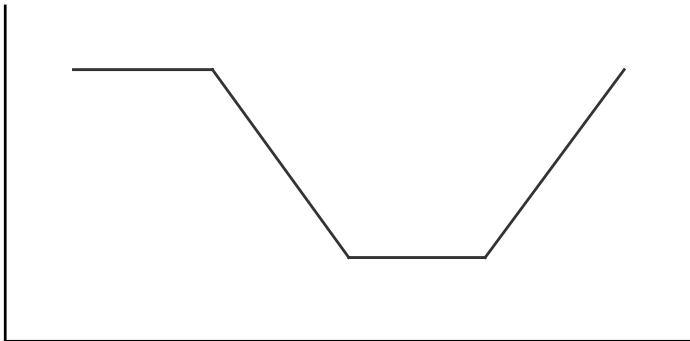
Beloop door de levensloop



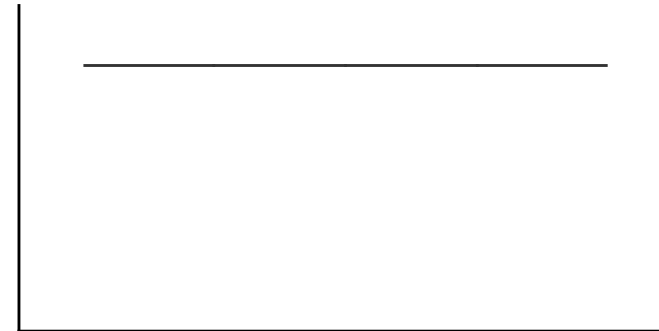
- Herstelde PS/at risk, lichte problematiek



- Laat-ontstane PS, matige problematiek



- Opnieuw zichtbare PS, ernstige problematiek



- Chronische PS, extreme problematiek

Deel III: Alternatief DSM-5 model voor persoonlijkheidsstoornissen

Criterion A

Beperkingen in persoonlijkheidsfunctioneren (geen/licht/**matig/ernstig/ extreem**)

1= **Stoornissen in zelf** omvat identiteit en zelfsturing

2= **Interpersoonlijk functioneren** omvat empathie en intimiteit

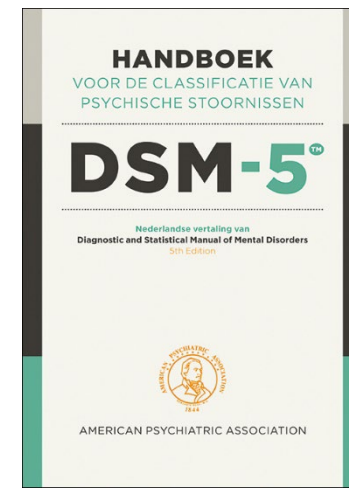
Criterion B

Een of meer **pathologische persoonlijkheidstrekken** (1 t/m 5)

1= Negatieve affectiviteit 2= Afstandelijkheid

3= Antagonisme 4= Ongeremdheid

5= Psychoticisme



Criterium A:

5 Niveaus van persoonlijkheidsfunctioneren

Zelf

Identiteit:

- Eigen uniek zelf ervaren, en duidelijk begrensd zijn van de ander
- Eigenwaarde is stabiel met gepaste zelfwaardering
- Vermogen om een palet aan emoties te ervaren en te reguleren

Zelfsturing:

- Nastreven van samenhangende en betekenisvolle doelen op korte en langere termijn
- Het gebruik van constructieve persoonlijke maatstaven voor gedrag
- Vermogen tot productieve zelfreflectie

Interpersoonlijk

Empathie:

- Begrip en waardering voor andermans ervaringen en drijfveren
- Vermogen om uiteenlopende gezichtspunten te tolereren
- Inzicht in het effect van het eigen gedrag op anderen

Intimiteit:

- Diepe en duurzame positieve verbondenheid met anderen
- Wens en vermogen tot nabijheid
- Wederkerig en respectvol interpersoonlijk gedrag

Clinical Staging for Personality Disorders in Older Adults

Journal of Geriatric Psychiatry
and Neurology
2024, Vol. 0(0) 1–12
© The Author(s) 2024
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/08919887241254467
journals.sagepub.com/home/jgp



Jeroen A. P. Conjaerts, MSc¹ , Arjan C. Videler, PhD^{2,3,4} ,
Roel Schepman, MSc², Iman Elfeddali, PhD^{2,3,4},
Erlene Rosowsky, PsyD⁵, and Sebastiaan P. J. van Alphen, PhD^{1,6} 

Abstract

Objective: This scientific research aimed to investigate the feasibility of implementing a clinical staging (CS) model for personality disorders (PDs) in older adults. The CS model could provide valuable insights into the life course of personality pathology, prognosis, and treatment decisions for PDs in older adults. **Methods/Design:** The study employed an international Delphi methodology with three rounds and involved 21 experts. **Results:** Consensus was achieved on 12 out of 17 statements, confirming the viability of a CS model for PDs in older adults. The proposed model incorporates the Alternative Model for PDs, criterion A, and integrates life course information, distinguishing between chronic PD, re-emergent PD, late-onset PD, and past PD. **Conclusion:** The findings suggest that international experts support the implementation of a CS model for PDs in older adults, considering both the severity of personality functioning and the retrospective life course of PD expression.

Keywords

personality disorders, clinical staging, older adults, Delphi study, life course

Klinische stadiëring van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: Internationale Delphi-studie

- Doel: formulering van kader
- 21 experts NL (n=5), BE (n=3), AUS (n=6), VS (n=7)
- 3 rondes met iteratief karakter
- Consensus: $\geq \frac{2}{3}$ instemming op 5-puntsschaal
- Toelichting/feedback experts op stellingen



Stadium	Stadiumbeschrijving	Ernstcriteria problematiek in: 1. Persoonlijkheidsfunctioneren 2. Levensloop	Interventie
0	Niet-specifieke problemen of risicogroepen	1. Geen of milde beperkingen persoonlijkheidsdisfunctioneren 2. Geen vastgestelde persoonlijkheidsstoornis	Breed spectrum van algemeen preventieve interventies
I	Subthreshold problematiek op het gebied van persoonlijkheidsfunctioneren	1. Lichte beperkingen persoonlijkheidsdisfunctioneren 2. Herstelde persoonlijkheidsstoornis	Gerichte preventie, detectie, psycho-educatie en coaching van het patiëntsysteem
II	Threshold problematiek, matig van ernst in het persoonlijkheidsfunctioneren op meerdere gebieden	1. Matige beperkingen persoonlijkheidsdisfunctioneren 2. Laat-ontstane persoonlijkheidsstoornis	Adaptatiebevorderende/klachtgerichte behandeling (CGT, IPT, systeemtherapie etc.)
III	Threshold problematiek, ernstig van ernst in het persoonlijkheidsfunctioneren met wisselende of terugkerende problemen op meerdere gebieden	1. Ernstige beperkingen persoonlijkheidsdisfunctioneren 2. Opnieuw zichtbare persoonlijkheidsstoornis	Persoonlijkheidsveranderende behandeling (SFT, DGT, MBT, TFT)
IV	Threshold problematiek, extreem van ernst in het persoonlijkheidsfunctioneren met chronische problemen op meerdere gebieden	1. Extreme beperkingen persoonlijkheidsdisfunctioneren 2. Chronische persoonlijkheidsstoornis	Steunend-structurerende behandeling en/of mediatietherapie

Klinisch stadiëringsmodel toegepast door experts

- Klinische vignetten voorgelegd aan 35 experts (Nederland, België, VS, Australië, Frankrijk, VK en Zwitserland).
- Participanten werd gevraagd om 3 vignetten toe te wijzen aan klinische stadia.
- Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was goed ($\kappa=.86$; 95% CI: 0.79-0.94)
- Sensitiviteit (0.80) en specificiteit (0.93) van model waren goed. Sensitiviteit voor stadia 2, 3 and 4 was zeer goed (0.92, 0.85 en 0.85 respectievelijk), sensitiviteit voor stadium 1 was onvoldoende (0.60)
- Conclusie: Klinisch stadiëringsmodel lijkt valide en betrouwbare manier om persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen te benaderen

Schepman, Conjaerts, van Alphen, de Jong, Bouwmeester, & Videler (under review).
Criterion validity and interrater reliability of a clinical staging model for personality disorders in older adults:
a case series study

HALLO! HIER IS DE PRAKTIJK!

WAT ZEGT
DE THEORIE?!!!

EH...



Klinisch stadiëringsmodel: klinische bruikbaarheid in de praktijk

- Evaluatie van de klinische bruikbaarheid van klinisch stadiëringsmodel voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen onder Nederlandse clinici.
- Participanten (20 psychologen, 8 psychiaters, 3 VS-en, 3 SO's) beoordeelden vignetten volgens klinisch stadiëringsmodel en het categoriale DSM-5 model
- Ze beoordeelden de klinische bruikbaarheid op zes domeinen
- De klinische bruikbaarheid van het klinisch stadiëringsmodel werd beter beoordeeld dan dat van het categoriale DSM-5 model op alle domeinen
- 55.9% gaf voorkeur aan stadiëringsmodel, 32.8% aan beide modellen, en 11.8% aan het categoriale DSM-5 model voor de praktijk

De Jong, van Alphen, Conjaerts, van Alphen, Schepman, Ouwens, & Videler (in prep.).

Evaluating the Clinical Utility of a Clinical Staging Model for Personality Disorders in Older Adults: A Step Toward Implementation

Casus Arjan



- Levensloop:
 - Alcoholicistische vader, onvoorspelbaar agressief
 - Moeder opnames vanwege depressies
 - Enige veilige hechtingsfiguur was oom, kapitein bij landmacht
 - Lagere school, HBS, militaire academie
 - Tijdens werkzame leven als luitenant landmacht drie keer langdurig uitgevallen
 - Gehuwd 24 jaar tot scheiding, 3 dochters en nu 5 kleinkinderen, relaties met 2 dochters verbroken, geen vrienden
 - Laatste decompensatie na TS nieuwe partner

Casus Arjan



- Persoonlijkheidsfunctioneren:
 - Krenkbaar zelfgevoel, kan moeilijk alleen zijn
 - Emoties lopen snel op en neigt tot alcohol drinken als zelfsusser of trekt zich terug in bed
 - In werk en vrijwilligerswerk komt hij afspraken en verantwoordelijkheden na, coacht andere vrijwilligers
 - Dochter: “Bedoelt het goed, helpt als vader, maar kan mij niet troosten of echt inleven. Is wel een lieve opa voor de kleinkinderen. Kan niet lang alleen zijn.”

Stadium	Stadiumbeschrijving	Ernstcriteria problematiek in: 1. Persoonlijheidsfunctioneren 2. Levensloop	Interventie
0	Niet-specifieke problemen of risicogroepen	1. Geen of milde beperkingen persoonlijkheidsdisfunctioneren 2. Geen vastgestelde persoonlijkheidsstoornis	Breed spectrum van algemeen preventieve interventies
I	Subthreshold problematiek op het gebied van persoonlijkheidsfunctioneren	1. Lichte beperkingen persoonlijkheidsdisfunctioneren 2. Herstelde persoonlijkheidsstoornis	Gerichte preventie, detectie, psycho-educatie en coaching van het patiëntsysteem
II	Threshold problematiek, matig van ernst in het persoonlijkheidsfunctioneren op meerdere gebieden	1. Matige beperkingen persoonlijkheidsdisfunctioneren 2. Laat-ontstane persoonlijkheidsstoornis	Adaptatiebevorderende/klachtgerichte behandeling (CGT, IPT, systeemtherapie etc.)
III	Threshold problematiek, ernstig van ernst in het persoonlijkheidsfunctioneren met wisselende of terugkerende problemen op meerdere gebieden	1. Ernstige beperkingen persoonlijkheidsdisfunctioneren 2. Opnieuw zichtbare persoonlijkheidsstoornis	Persoonlijheidsveranderende behandeling (SFT, DGT, MBT, TFT)
IV	Threshold problematiek, extreem van ernst in het persoonlijkheidsfunctioneren met chronische problemen op meerdere gebieden	1. Extreme beperkingen persoonlijkheidsdisfunctioneren 2. Chronische persoonlijkheidsstoornis	Steunend-structurerende behandeling en/of mediatietherapie

Vraag

- Voor welke behandelniveau zou je kiezen?
- Is je keuze veranderd?



Multidisciplinaire
Richtlijnontwikkeling
GGZ

MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN

Persoonlijkheids- stoornissen

Richtlijn voor de
diagnostiek en behandeling
van volwassen patiënten
met een persoonlijkheids-
stoornis

2008

Onder auspiciën van de Landelijke Stichting voor
Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ

Federatie Verenigingen in de GGZ (FVGGZ)
Nederlandse Vereniging van Geriatrie (NvG)
Nederlandse Vereniging van Psychologen (NVP)
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NvP)
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NvP)

In samenwerking met de Nederlandse Vereniging
van Geriatrie en de Nederlandse Vereniging
van Psychiatrie

Onder leiding van de Nederlandse Vereniging
van Geriatrie en de Nederlandse Vereniging
van Psychiatrie



Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen; nader gespecificeerd voor ouderen

S.P.J. VAN ALPHEN, A.C. VIDELER, R.J.J. VAN ROYEN, F.R.J. VERHEY

SAMENVATTING Dit artikel gaat in op de vraag of de zojuist verschenen Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen zonder meer toepasbaar is voor ouderen. Er wordt geconcludeerd dat deze richtlijn grotendeels ook voor ouderen van klinische relevantie is, zij het met enkele nuanceringen op het gebied van het beloop, de diagnostiek en de behandeling. Gezien de gestaag toenemende vergrijzing in Nederland is aandacht voor ouderen in dezen niet alleen van klinisch belang, maar ook cruciaal voor wetenschappelijk vervolgonderzoek.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)4, 249-253]



Multidisciplinaire
Richtlijnontwikkeling
GGZ

MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN

Persoonlijkheids- stoornissen

Richtlijn voor de
diagnostiek en behandeling
van volwassen patiënten
met een persoonlijkheids-
stoornis

2008

Onder auspiciën van de Landelijke Stichting voor
Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ

Federatie Verenigingen in de GGZ (FVGGZ)
Nederlandse Vereniging Geroecenschap (NVOG)
Nederlandse Vereniging van Psychologen (NVP)
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVP)
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)

In samenwerking met de Nederlandse Vereniging
van Psychiateren (NVP)

Onder leiding van en begeleiding van het NIVEL-
instituut voor de GGZ en het NIVEL-
instituut voor de GGZ



Richtlijndatabase

RICHTLIJNEN Zoek NIEUWS INSTRUCTIES WERKWIJZE OVER CONTACT APP

LOG IN COVID-19

Terug naar zoekresultaten

Persoonlijkheidsstoornissen

+ VOLGEN

Initiatief: NVP

Aantal modules: 27

Bijlagen

Download richtlijn

Persoonlijkheidsstoornissen

Zoeken binnen deze richtlijn



Alles openklappen



1. Startpagina -
Persoonlijkheidsstoornissen
2. Preventie en vroegsignalering
3. Screening, diagnostiek en classificatie
4. Indicatiestelling
5. Psychotherapie
6. Farmacotherapie
7. Medicatie

Startpagina - Persoonlijkheidsstoornissen

Beoordeeld: 26-08-2022

Wat is nieuw?

Publicatiedatum

[Startpagina - Persoonlijkheidsstoornissen](#)

29-08-2022

[Preventie en vroegsignalering bij persoonlijkheidsstoornissen](#)

29-08-2022

[Screening, diagnostiek en classificatie bij persoonlijkheidsstoornissen](#)

29-08-2022

[Indicatiestelling bij persoonlijkheidsstoornissen](#)

29-08-2022

[Psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen](#)

29-08-2022

[bekijk meer](#)

Wat is nieuw?

- Aandacht voor vroegdetectie van persoonlijkheidsstoornissen bij jeugdigen
- Aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling van ouderen.



Multidisciplinaire
Richtlijnontwikkeling
GGZ

MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN

Persoonlijkheids- stoornissen

Richtlijn voor de
diagnostiek en behandeling
van volwassen patiënten
met een persoonlijkheids-
stoornis

2008

Onder auspiciën van de Landelijke Stichting voor
Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ

Federatie Verenigingen in de GGZ (FVGGZ)
Nederlandse Vereniging van Geriatrie (NvG)
Nederlandse Vereniging van Psychologen (NvP)
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NvP)
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NvP)

In samenwerking met de Nederlandse Vereniging
van Geriatrie en de Nederlandse Vereniging
van Psychiatrie

Onder leiding van en begeleiding van het Nieuw-Instituut
en het Nieuw-Instituut voor de Geriatrie



Richtlijndatabase

[RICHTLIJNEN](#) [Q ZOEK](#) [NIEUWS](#) [INSTRUCTIES](#) [WERKWIJZE](#) [OVER](#) [CONTACT](#) [APP](#)

[LOG IN](#) [COVID-19](#)

[← Terug naar zoekresultaten](#)

Persoonlijkheidsstoornissen

[+ VOLGEN](#)



5. Psychotherapie

6. Farmacotherapie

7. Multitherapie

Wat is nieuw?

- Aandacht voor vroegdetectie van persoonlijkheidsstoornissen bij jeugdigen
- Aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling van ouderen.

Behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij is ouderen effectief!

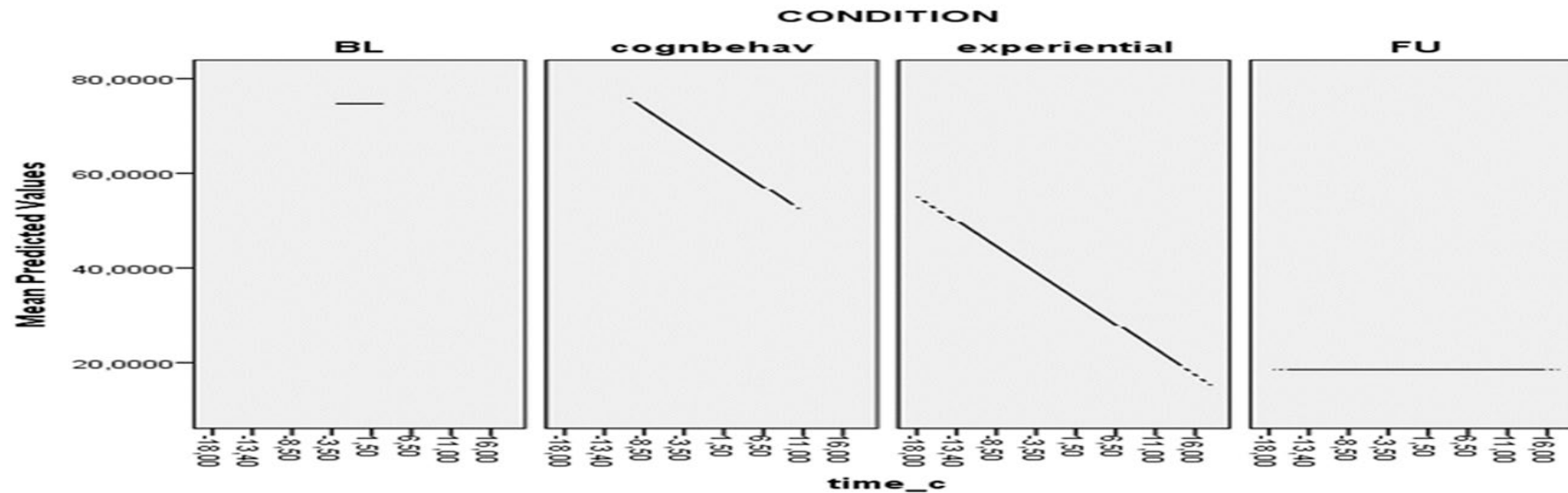
- Schematherapie
- VERS
- Mediatie therapie (CoMBI)





Schema therapy for personality disorders in older adults: a multiple-baseline study

Arjan C. Videler ^a, Sebastiaan P. J. van Alphen^{b,c}, Rita J. J. van Royen^d, Christina M. van der Feltz-Cornelis^{e,f}, Gina Rossi^b and Arnoud Arntz ^g

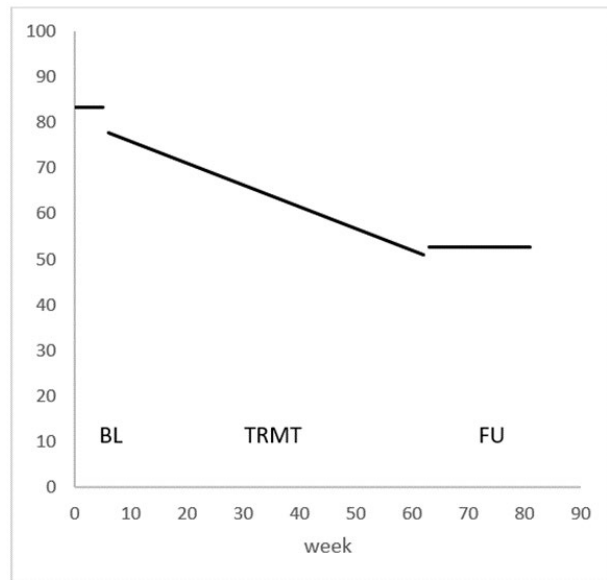


RESEARCH ARTICLE

The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: A multiple-baseline case series design

David A. Khasho¹ | Sebastiaan P. J. van Alphen^{1,2,3,4} | Machteld A. Ouwens^{1,5} |
Arnoud Arntz⁶ | Sylvia M. J. Heijnen-Kohl³ | Arjan C. Videler^{1,5} 

Figure 2 Estimated means core belief strength



1 jaar individuele schematherapie plus half jaar boostersessies
Alle cliënten herstelden van hun borderline persoonlijkheidsstoornis



Dr. Machteld Ouwens
klinisch psycholoog/senior onderzoeker

Aanpassingen schematherapie voor ouderen

Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 2020, 48, 481–491
doi:[10.1017/S1352465820000077](https://doi.org/10.1017/S1352465820000077)



EMPIRICALLY GROUNDED CLINICAL INTERVENTIONS

Positive schemas in schema therapy with older adults: clinical implications and research suggestions

Arjan C. Videler^{1,2,*} , Rita J.J. van Royen³, Marjolein J.H. Legra¹ and Machteld A. Ouwens^{1,2}

¹PersonaCura, GGz Breburg, Tilburg, The Netherlands, ²Tranzo Department, Tilburg University, Tilburg, The Netherlands and ³Centre for Psychotherapy, Beuningen, The Netherlands

International Journal of Cognitive Therapy, 10(1), 62–78, 2017
© 2017 International Association for Cognitive Psychotherapy

Adapting Schema Therapy for Personality Disorders in Older Adults

Arjan C. Videler

Tranzo Department, Tilburg University, Tilburg, The Netherlands; Department of Geriatric Psychiatry, GGz Breburg, Tilburg; and Department of Clinical and Life Span Psychology, Vrije Universiteit Brussel (VUB), Brussels, Belgium



Contents lists available at ScienceDirect

Contemporary Clinical Trials Communications

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/conctc>



The effectiveness of adapted schema therapy for cluster C personality disorders in older adults – integrating positive schemas

L. van Donzel^{a,*}, M.A. Ouwens^{b,c}, S.P.J. van Alphen^{b,d,e,f}, S. Bouwmeester^g, A.C. Videler^{b,c}

^a GGZ Oost Brabant, Boekel, the Netherlands

^b PersonaCura, Clinical Centre of Excellence for Personality Disorders and Autism in Older Adults, GGZ Breburg, Tilburg, the Netherlands

^c Tranzo Department, Tilburg University, Tilburg, the Netherlands

^d Department of Clinical and Lifespan Psychology, Vrije Universiteit Brussel, Brussels, Belgium

^e Clinical Centre of Excellence for Personality Disorders in Older Adults, Mondriaan, Heerlen, the Netherlands

^f Department of Medical and Clinical Psychology, Tilburg University, the Netherlands

^g Department of Psychology, Education & Child Studies, Erasmus University, Rotterdam, the Netherlands



Loes van Donzel
klinisch psycholoog/promovenda

Eerste RCT schematherapie voor ouderen

THE LANCET
Healthy Longevity

Submit Article Log in Register

This journal Journals Publish Clinical Global health Multimedia Events About

Search...  Advanced search

ARTICLES | VOLUME 5, ISSUE 4, E245-E254, APRIL 2024  Download Full Issue

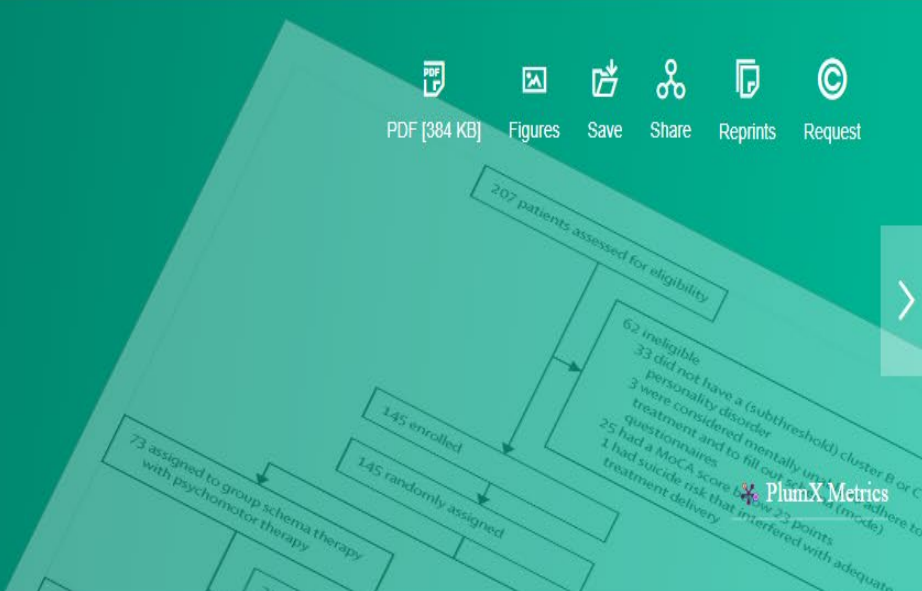
Group schema therapy combined with psychomotor therapy for older adults with a personality disorder: an open-label, multicentre, randomised controlled trial

Martine S Veenstra-Spruit, MSc • Renske Bouman, MSc • Silvia DM van Dijk, PhD • Antoinette DI van Asselt, PhD • Prof Sebastiaan PJ van Alphen, PhD • Dorothee H Veenstra, MSc • et al. [Show all authors](#)

Open Access • Published: April, 2024 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(24\)00001-1](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(24)00001-1) •  Check for updates

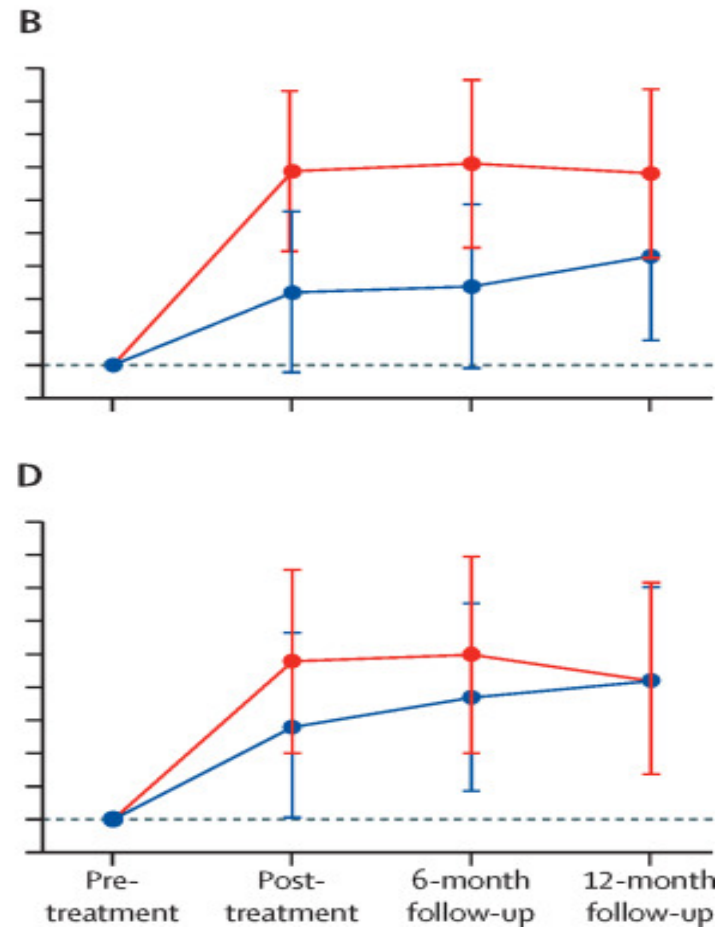
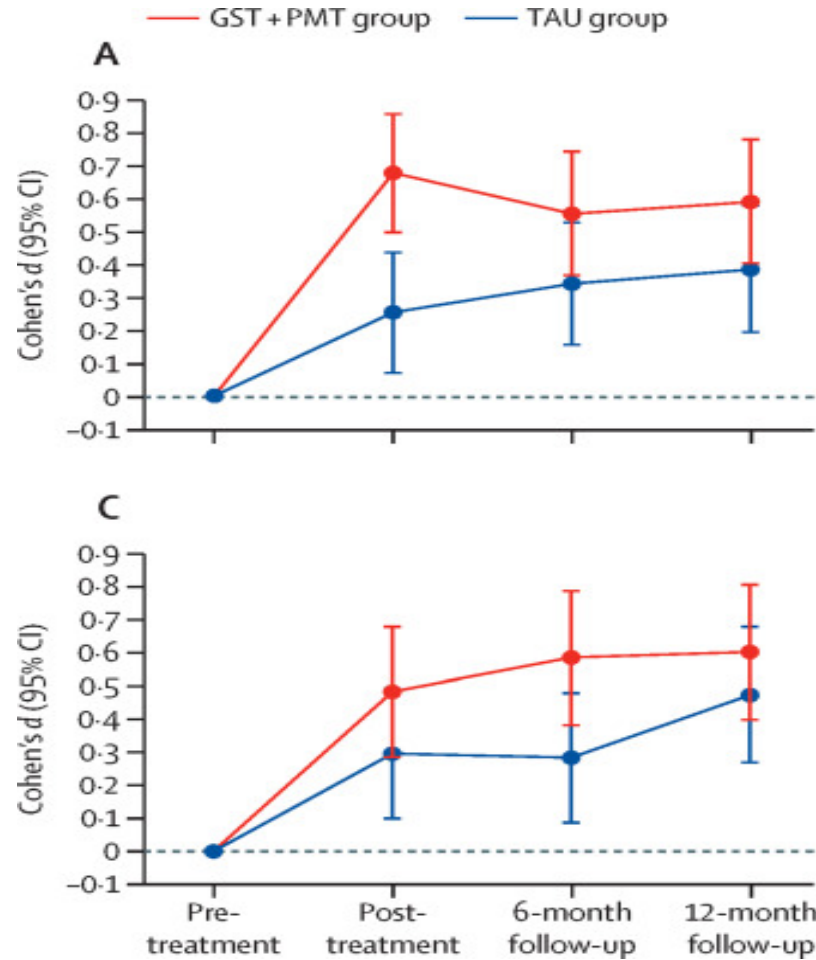
 PDF [384 KB]  Figures  Save  Share  Reprints  Request

 PlumX Metrics



```
graph TD
    A[207 patients assessed for eligibility] --> B[145 enrolled]
    A --> C[62 ineligible]
    C --> D[33 did not have a (subthreshold) cluster B or C personality disorder]
    C --> E[3 were considered mentally unstable and to fill out questionnaires]
    C --> F[25 had a MoCA score < 25 points]
    C --> G[1 had suicide risk that interfered with adequate treatment delivery]
    B --> H[145 randomly assigned]
    H --> I[73 assigned to group schema therapy with psychomotor therapy]
    H --> J[72 assigned to control group]
```

Eerste RCT schematherapie voor ouderen



Psychological distress (A)
Mental wellbeing (B)
Personality functioning (C)
Life satisfaction (D)

GST+PMT = group schema
therapy + PMT
TAU = treatment as usual

Schematherapie even intensief als bij jongere volwassenen?

- Mooie maar toch kleinere effecten dan bij volwassenen



Schematherapie even intensief als bij jongere volwassenen?

- Mooie maar toch kleinere effecten dan bij volwassenen
- Half jaar groepsschematherapie plus PMT in groep
- Dosering in RCT's naar schematherapie bij volwassenen van 50 tot 300 sessies

Schematherapie even intensief als bij jongere volwassenen?

- Mooie maar toch kleinere effecten dan bij volwassenen
- Half jaar groepsschematherapie plus PMT in groep
- Dosering in RCT's naar schematherapie bij volwassenen van 50 tot 300 sessies
- PersonaCura: wekelijks groepsschematherapie plus tweewekelijkse individuele sessies gedurende 15 maanden
- Lopend onderzoek: meting na 6 maanden grote effect-sizes op schema's, kind-modi en VAS-schalen negatieve kernopvattingen

Schema Therapy in the Nursing Home Setting: A Case Study of a Cognitively Impaired Patient

**Leon Botter^{1,2} , Debby L. Gerritsen³,
and Richard C. Oude Voshaar²**

Clinical Case Studies
2022, Vol. 21(6) 552–570
© The Author(s) 2022



Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/15346501221091790
journals.sagepub.com/home/ccs



VERS SENIOREN



Erol Ekiz, klinisch psycholoog/promovendus

Achtergrond VERS

- Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS)
- Vaardigheidstraining Emotieregulatiestoornis (VERS)



Werkingsmechanisme
(cognitieve gedragstherapie)



Gestructureerd
(agenda, wekelijks, 19 bijeenkomsten)



Doelgericht
(emotie- en gedragsregulatie)



Schools
(huiswerk, map)



Groepsbehandeling
(8 deelnemers, leren van elkaar)

Ekiz, van Alphen, Ouwers, van de Paar, & Videler (2023). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving for borderline personality disorder: A systematic review. *Personality and Mental Health*, 17(1), 20-39.

VERS bij ouderen: pilot studie

Outcome measures	n	Mean (sd) at pre-treatment	Mean (sd) at post-treatment	t- / Z-value	p-value	Effect size
BEST	15	42.1 (9.1)	26.1 (10.2)	6.106*	<.001	1.577
SQ-48	21	65.1 (23.1)	54.8 (18.9)	1.946*	.066	.425
SIPP-SF self-control	20	27.2 (7.8)	32.0 (8.8)	-2.578**	.010	.576
SIPP-SF identity integration	20	24.0 (8.1)	28.6 (9.3)	-2.276*	.035	.509
SIPP-SF relational functioning	20	28.9 (7.4)	29.9 (7.6)	-.597*	.557	.134
SIPP-SF responsibility	20	39.6 (5.6)	40.1 (7.1)	-.342*	.736	.077
SIPP-SF social concordance	20	33.3 (7.1)	35.5 (7.7)	-1.836**	.066	.411

Ekiz, Videler, Ouwers & van Alphen (2023). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*

Aangepaste VERS voor ouderen

- Expertbijeenkomsten
 - Meer aandacht voor levensloopperspectief
 - Meer aandacht voor (positieve) uitzonderingen / schema's
 - Taalkundige aanpassingen (lichaamsbeweging i.p.v. sporten)
 - Voorbeelden meer leeftijdsneutraal of meer gericht op ouderen
- Interviews met deelnemers
 - Term borderline-persoonlijkheidsstoornis vervangen door emotieregulatiestoornis
 - Kortere zinnen, minder leenwoorden
 - Meer aandacht voor ontspanningsoefeningen
 - Aandacht voor meer typerende vormen van destructieve emotieregulatie in de ouderdom
- Literatuur
 - Meer herhaling van therapie-/lesstof
 - Meer aandacht voor evaluatie

(Ekiz, van Alphen, Ouwens, Melssen, & Videler, 2023)



Aangepaste VERS voor ouderen

- **Vanmiddag 15 uur in zaal 57/58**
- **Resultaten van multi-centerstudie naar VERS Senioren!**

(Ekiz, van Alphen, Ouwens, & Videler, under review)



Filmfragment Frank

- Welke factoren belemmeren Frank om schematherapie aan te gaan?
- Hoe gaat de therapeut hiermee om?



Filmfragment Frank

- Welke factoren belemmeren Frank om schematherapie aan te gaan?
- Hoe gaat de therapeut hiermee om?



- Dit boek laat zien hoe je schematherapie toe kunt passen bij ouderen
- Met voorwoord door prof. dr. Arnoud Arntz
- Bestemd voor psychologen, psychiaters, vaktherapeuten en andere professionals, die werkzaam zijn in de ggz of in een verpleeghuis
- Verschijnt begin 2025

- Toegankelijk boek over psychologische behandeling bij ouderen
- Hoofdstukken over onder meer persoonlijkheidsstoornissen, autisme, ADHD, psychotrauma, eindigheid, levensvragen & zingeving



Arjan Videler & Rosalien Wilting



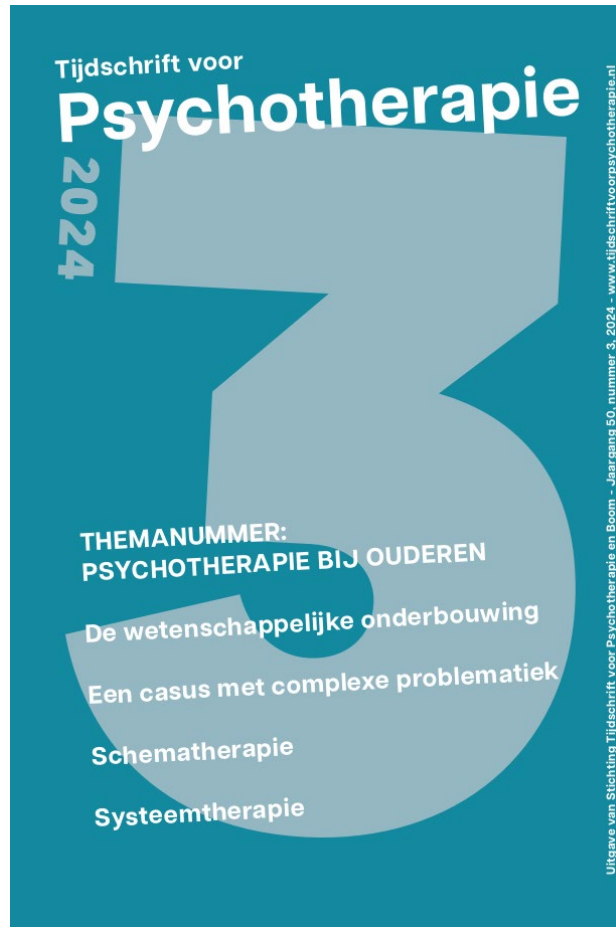
MET DE JAREN

Waarom het wel zin heeft om ouderen met psychische problemen te behandelen



Boom

Effectiviteit van psychotherapie bij ouderen



ARTIKEL

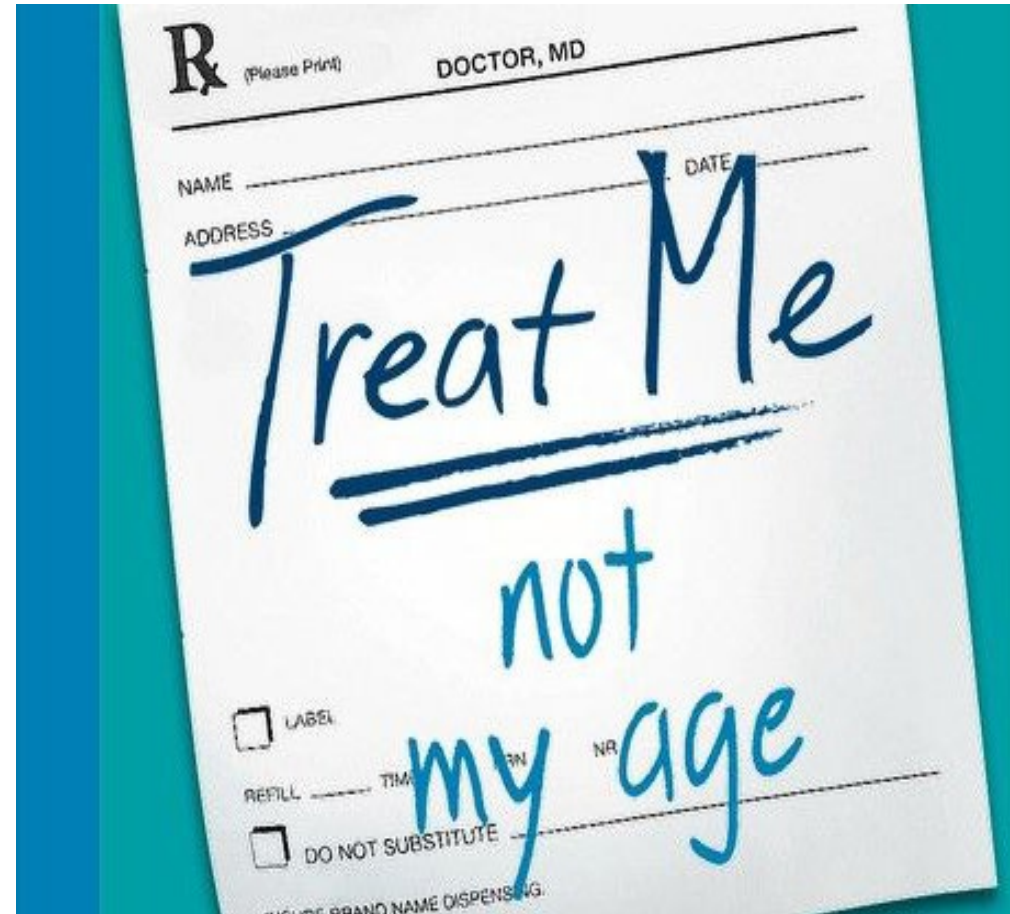
Psychotherapie bij ouderen: heeft dat zin?

Arjan Videler

SAMENVATTING

Het idee dat bij ouderen psychotherapie minder zin zou hebben is wijdverbreid. Ouderen hebben een veel kleinere kans om in psychotherapie te komen. De belangrijkste barrière is leeftijdsdiscriminatie van ouderen oftewel 'ageism', zowel bij zorgverleners als bij ouderen zelf. Dit artikel biedt een overzicht van de huidige wetenschappelijk evidentie voor de effectiviteit van psychotherapie bij ouderen. De algemene trend is dat psychotherapie vergelijkbare effecten laat zien bij ouderen vergeleken met cohorten jongere patiënten. Verreweg het meeste onderzoek naar psychotherapie bij ouderen blijkt verricht naar de behandeling van depressie. Dit overzicht laat zeer positieve effecten zien en bovendien blijkt leeftijd geen of nauwelijks verband te houden met het behandelresultaat. Het onderzoek naar psychotherapie voor andere psychische stoornissen is sterk in ontwikkeling en laat eveneens positieve effecten zien. Aandacht voor psychotherapie bij ouderen is cruciaal, in onderzoek, onderwijs en beleid.

Conclusie



TIPS EN TRUCS

voor het behandelen van ouderen

Wees bewust van je eigen vooroordelen over ouder worden.



Uit onderzoek is gebleken dat meer kennis over ouder worden minder angst en positievere stereotypen over ouderen voorspelt.

Breid je kennis uit over leeftijd-specifieke verschillen in de presentatie van stoornissen bij ouderen

Bij ouderen is er vaker minder herkenning van psychologische problematiek, zorg ervoor dat dit goed uitgevraagd wordt. Er zijn fenomenologische verschillen.



Meer informatie?

Kijk de TedTalk:



Ga samen aan de slag!



Zelfvertrouwen, zelf-effectiviteit en locus of control zijn factoren die essentieel zijn voor een succesvol verouderingsproces.

Maak gebruik van semi-gestructureerd klinisch interview

Uit onderzoek is gebleken dat 8x zo vaak een diagnose angststoornis wordt gegeven indien gebruik MINI. Bij alleen ROM zijn de obstakels dat het soms niet geschikt is voor ouderen en dat ouderen heterogeen zijn.



Houd tijdens de behandeling rekening met specifieke omstandigheden en probeer de ouderen tegemoet te komen.

Specifieke omstandigheden zoals hardhorendheid of visusproblemen of een slechtere fysieke gezondheid. Dit hoort bij *shared decision making* en *personalized treatment* en is dus *leeftijdsonafhankelijk*.



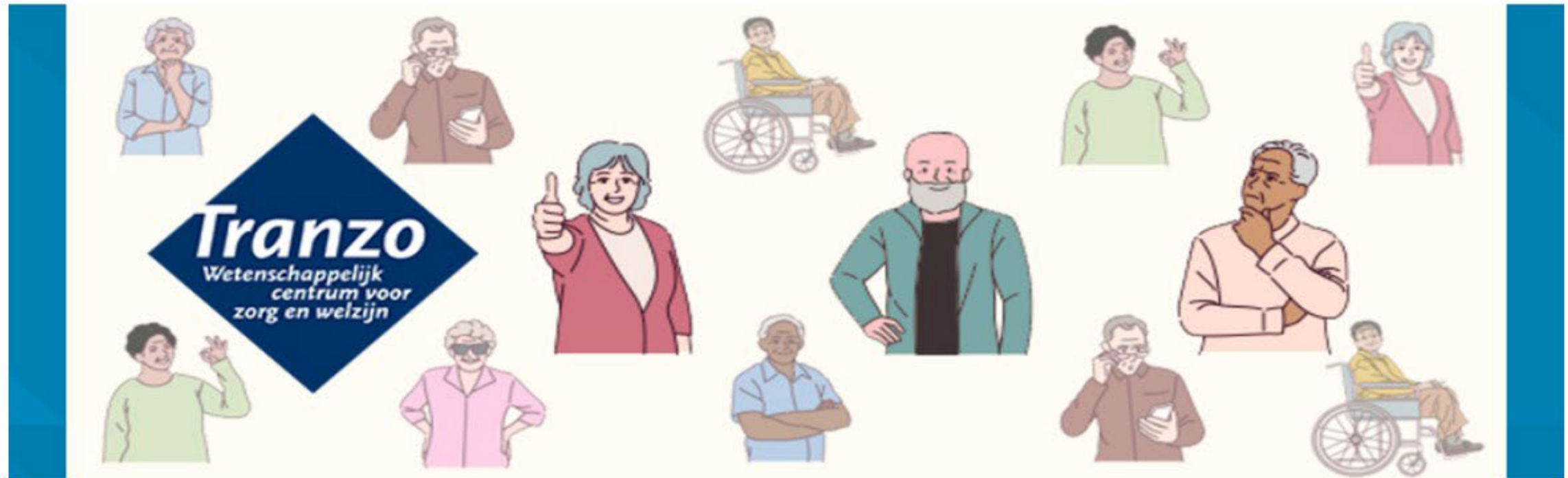
Vragen of interesse in de conclusies van het onderzoek?

Neem contact op via:
d.rijkkelijkhuizen@propersona.nl
g.hendriks@propersona.nl

Pro Persona
gemeenschappelijke gezondheidszorg

Radboud University





Save the date | Symposium & Oratie prof. dr. Arjan Videler

Symposium | Hadden we het maar eerder gedaan! Psychotherapie bij ouderen

Vrijdag 28 maart, inloop 12.00 uur, Tilburg University

Vraag vanuit sectie ouderen

- Wat kan de sectie ouderen voor jou betekenen?

