

---

# Psychologische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: stand van zaken en suggesties voor onderzoek

**Auteurs:** Arjan C. Videler, Machteld A. Ouwens, Silvia D.M. van Dijk, Sebastiaan P. J. van Alphen

## Samenvatting

Ondanks een nog steeds heersend therapeutisch nihilisme, neemt de belangstelling voor de psychologische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen de laatste jaren toe. Er zijn enkele empirische studies verricht, maar het aantal is nog zeer beperkt en varieert van expert-consensus tot eerste verkenningen van effectiviteit van schematherapie en dialectische gedragstherapie. Er is daarom dringend behoefte aan verder empirisch onderzoek naar voor ouderen geoptimaliseerde psychologische behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen.

---

## Psychological treatment of personality disorders in older adults: a review

### Abstract

Despite a still reigning therapeutic nihilism, attention for the psychological treatment of personality disorders in older adults has been growing recently. The first empirical studies have been conducted, but their number is still limited, and varies from expert consensus to the first tests of effectiveness of schema therapy and dialectical behavior therapy. Therefore, there is an urgent need for further empirical studies into psychological treatments that have been optimized for older adults on all three treatment levels.

---

**Kernwoorden:** ouderen, persoonlijkheidsstoornissen, psychotherapie

---

**Keywords:** Older adults, Personality disorders, Psychotherapy

---

## Inleiding

Ondanks een nog steeds heersend therapeutisch nihilisme groeit de aandacht het laatste decennium voor de psychologische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.<sup>1</sup> Dit lijkt ook gerechtvaardigd aangezien de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen onder mensen van 65 jaar en ouder hoog is (tussen 10 en 15% in de algemene bevolking) en vergelijkbaar is met die onder jongere volwassenen.<sup>2</sup> In de ouderenpsychiatrie ligt de prevalentie tussen de 5 en 33% in een poliklinische setting en deze loopt op tot mogelijk 80% in een klinische setting.<sup>1</sup> In de verpleeghuissector is de prevalentie van comorbide persoonlijkheidsstoornissen binnen gerontopsychiatrische afdelingen 23%.<sup>3</sup> Internationale multidisciplinaire richtlijnen voor persoonlijkheidsstoornissen adviseren psychotherapie als behandeling van voorkeur.<sup>4,5,6,7</sup> Het wetenschappelijk onderzoek waarop dit advies gebaseerd is, betreft echter hoofdzakelijk volwassenen van gemiddeld 25 tot 35 jaar oud en deze richtlijnen zijn niet zonder meer van toepassing op ouderen.<sup>8</sup> Ouderen worden immers steeds heterogener naarmate de leeftijd vordert als gevolg van diverse biologische, sociale, culturele en psychologische factoren.<sup>9</sup> Er kan sprake zijn van een stapeling van somatische, neurocognitieve en psychosociale problemen waardoor de voor jongere volwassenen ontwikkelde psychotherapieën minder aansluiten bij de mogelijkheden en behoeften van ouderen.<sup>10</sup> Bovendien zijn er een aantal levensfasespecifieke thema's waar ouderen met persoonlijkheidsstoornissen mee kampen en door hun beperkte copingrepertoire extra moeite mee ondervinden.<sup>11</sup> Zo kunnen bijvoorbeeld verlieservaringen onderliggende

verlatingsangsten actualiseren.<sup>10</sup> Het naderende levenseinde kan leiden tot een ontregeling van het zelfgevoel en het nodig maken om terug te kunnen kijken op het eigen leven.<sup>12</sup>

Het eerste empirische onderzoek naar psychologische behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen dateert uit 2007.<sup>13</sup> Wat is de wetenschappelijk stand van zaken op dit moment? In dit artikel bespreken we de gepubliceerde studies naar de psychologische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen, inclusief trialpapers van lopend onderzoek. Daarbij beoordelen we de studies mede aan de hand van het design en het bijbehorende niveau van evidentie volgens het Cochrane systeem (A1: systematische review van minstens twee randomised controlled trials (RCT's) van hoge kwaliteit; A2: minstens één RCT van hoge kwaliteit; B: studies die RCT's van lage kwaliteit betreffen, niet gerandomiseerde, gecontroleerde of vergelijkende studies; C: naturalistische cohortstudies zonder vergelijkings- of controlegroep; D: expert consensus of case studies). Na deze kritische reflectie besluiten we met ideeën voor verder onderzoek.

### **Expertconsensus (Delphi-studie)**

Omdat er een decennium geleden een schaarste was aan empirische evidentie voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen, werd een Delphi-studie verricht onder Nederlandse en Vlaamse experts op dit terrein.<sup>14</sup> De Delphi-techniek wordt in diverse wetenschapsgebieden gebruikt, wanneer er over een onderwerp nog weinig of geen wetenschappelijke kennis voorhanden is.<sup>15</sup> In deze methode wordt een expertpanel geformeerd, dat aan de hand van schriftelijke informatie over de beperkte voor handen zijnde kennis komt tot consensus over stellingen. Deze Delphi-studie bestond uit vier schriftelijke vragenronden met in totaal 21 stellingen, die per e-mail werden aangeboden aan de experts, waarvan 11 stellingen betrekking hadden op de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Consensus werd gedefinieerd wanneer minstens twee derde van de respondenten akkoord was met een stelling. Er werden 37 Nederlandse en Vlaamse experts geïdentificeerd aan de hand van criteria als jarenlange klinische ervaring, publicaties en/of onderwijs met betrekking tot de doelgroep. Allen werden uitgenodigd, waarvan er 35 deelnamen. De experts bereikten overeenstemming dat het vanwege de grote diversiteit onder ouderen zinvol is om onderscheid te maken tussen drie psychologische behandel niveaus, namelijk persoonlijkheidsveranderende behandeling, adaptatiebevorderende behandeling en steunend-structurende behandeling.<sup>14</sup> Persoonlijkheidsveranderende behandeling verwijst naar vormen van psychotherapie die een verregaande coöperatie van de patiënt vergen en die gericht zijn op de persoonlijkheidsstoornis zelf als focus van behandeling. Dit behandelniveau beoogt te leiden tot verbetering van het persoonlijkheidsfunctioneren en in remissie gaan van de persoonlijkheidsstoornis. Adaptatiebevorderende behandeling is gericht op het beïnvloeden van de aanpassing van de oudere patiënt met een persoonlijkheidsstoornis aan levensfaspecificke veranderingen. Dergelijke veranderingen, zoals het overlijden van naasten, wegvallen van sociale rollen en het aanpassen aan de gevolgen van lichamelijke gebreken, kunnen immers leiden tot een 'mismatch' tussen maladaptieve persoonlijkheidstrekken en de omgeving. Het steunend-structurende behandelniveau is geïndiceerd voor ouderen met persoonlijkheidsstoornissen die niet in staat zijn om een therapie aan te gaan die gericht is op verbetering van hun persoonlijkheidsfunctioneren of op een betere adaptatie. Dit onvermogen kan samenhangen met neurocognitieve stoornissen, ernstige beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren of in het maatschappelijk functioneren of met een persisterend gebrek aan motivatie. Er werd tevens consensus bereikt over specifieke inclusiecriteria voor de drie behandel niveaus.<sup>14</sup> Ten slotte was er overeenstemming dat de keuze voor het type behandeling bij ouderen met persoonlijkheidsproblematiek vooral afhangt van de hulpvraag, de ernst van somatische comorbiditeit alsmede de aard en de ernst van de persoonlijkheidsstoornis, en dat gerontologische aspecten (zoals overtuigingen over en gevolgen van somatische aandoeningen, cohortgebonden en socioculturele overtuigingen, en dergelijke) van cruciaal belang zijn als therapeutische thema's bij ouderen met een persoonlijkheidsstoornis. Deze studie werd gekruisvalideerd in de Verenigde Staten.<sup>16</sup> In deze Amerikaanse studie werden 112 experts uitgenodigd waarvan er 21 deelnamen. De Amerikaanse experts bereikten dezelfde consensus over dezelfde stellingen. Gezien de schaarste aan wetenschappelijke kennis over behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen kan deze studie<sup>14</sup> en de internationale kruisvalidering<sup>16</sup> retrospectief als een waardevolle exercitie worden beoordeeld en dienen als uitgangspunt voor wetenschappelijk vervolgonderzoek.<sup>17</sup>

Echter, er zijn ook een aantal beperkingen te noemen van deze consensusstudies. Kanttekening is dat Delphi-studies slechts tot een beperkte mate van wetenschappelijke evidentie leiden, namelijk niveau 5 [Oxford Levels of Evidence 2](#). In de besproken

Delphi-studies werd consensus gedefinieerd als er twee derde instemming was met de stellingen. De vraag is welke instemmingspercentage als consensus kan worden aangemerkt. In de literatuur zijn hier geen eenduidige richtlijnen voor. Een andere kanttekening is of de selectie van experts inderdaad tot 'experts' heeft geleid. Delphi-studies worden vaak geplaagd door een lage respons. Dit gold zeker voor de Amerikaanse kruisvalideringsstudie, waar slechts weinig experts deelnamen, in tegenstelling tot de Nederlandse-Vlaamse studie waarin de respons (zeer) hoog was. Een laatste kritiekpunt is dat Delphi-studies doorgaans leiden tot een reeks algemene, brede stellingen maar niet tot diepgaande gedetailleerde informatie over een onderwerp.<sup>18</sup> Dat kan in zekere zin ook over de uitkomsten van deze beide consensusstudies gezegd worden. Anderzijds zou de Delphi-methode nog steeds van waarde kunnen zijn, wanneer een eerste stap wordt gezet in het aanpassen van een oorspronkelijk voor jongere volwassenen ontwikkelde evidence-based therapievorm voor ouderen.

## Onderzochte behandelvormen

Een aantal therapievormen die ontwikkeld zijn voor persoonlijkheidsstoornissen bij volwassenen, zijn onderzocht bij ouderen.

### **Dialectische gedragstherapie**

Wellicht omdat de meeste evidentie voor psychotherapie voor depressie en angststoornissen bij ouderen gevonden is voor cognitieve gedragstherapie,<sup>19,20</sup> zijn de eerste empirische verkenningen naar psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen ook verricht vanuit het cognitief-gedragstherapeutische referentiekader. De eerste empirische studie naar de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen betrof een onderzoek naar de toepasbaarheid en effecten van dialectische gedragstherapie (DGT).<sup>13</sup> DGT is van oorsprong ontwikkeld voor de behandeling van jongvolwassen patiënten met zelfdestructief gedrag en chronische suïcidaliteit bij een borderline persoonlijkheidsstoornis.<sup>21</sup> DGT beschouwt de interactie tussen een biologische tendentie tot emotionele onregeling met een invaliderende sociale omgeving als de oorzaak van borderline persoonlijkheidspathologie. DGT combineert individuele sessies met vaardigheidstrainingen in groepsverband. Het eerste onderzoek naar DGT bij ouderen betrof een toepasbaarheidsstudie waaruit bleek dat DGT bruikbaar was bij ouderen met depressies.<sup>22</sup> In een vervolgstudie werden middels een kleine randomised controlled trial (RCT) de effecten verkend van standaard DGT in combinatie met farmacotherapie versus farmacotherapie als *stand alone* behandeling voor 34 ouderen met een depressie en een comorbide persoonlijkheidsstoornis.<sup>13</sup> De meeste deelnemers hadden een cluster C persoonlijkheidsstoornis, enkelen een cluster A of B persoonlijkheidsstoornis, hetgeen opmerkelijk is aangezien DGT primair voor ernstige borderline persoonlijkheidsstoornissen is bedoeld. De DGT-behandeling betrof 24 individuele therapiesessies plus 24 vaardigheidstrainingen volgens het standaard-DGT protocol. Effecten werden gemeten op depressie middels de Hamilton Rating Scale for Depression<sup>23</sup>, op persoonlijkheidsstoornissen middels de Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)<sup>24</sup> en op interpersoonlijk functioneren middels de Inventory of Interpersonal Problems-Personality Disorders (IIP-PD).<sup>25</sup> De combinatiebehandeling bleek niet effectiever op de depressieve symptomen dan de monotherapie met medicatie maar leidde wel tot meer verbetering op interpersoonlijke sensitiviteit en interpersoonlijke agressie. Overigens verbeterden de persoonlijkheidsstoornissen van de patiënten evenzeer in de medicatieconditie als in de gecombineerde behandelconditie, hetgeen op zijn minst opmerkelijk is omdat farmacotherapie maar een beperkt effect heeft op persoonlijkheidsstoornissen.<sup>26</sup> Mogelijk was er sprake van fout-positieve classificaties van persoonlijkheidsstoornissen door interferentie met depressieve symptomen.<sup>26</sup> Primair doel van beide studies naar DGT bij ouderen was om de toepasbaarheid van standaard DGT voor ouderen te verkennen en vervolgens aanpassingen te destilleren voor een voor ouderen aangepaste DGT. Deze aanpassingen werden geformuleerd aan de hand van evaluaties met de therapeuten en focusgroepen met patiënten. De auteurs beschreven als aanpassingen van DGT voor ouderen om een module toe te voegen die is verdeeld in twee delen: 1) vooruitkijken (vaardigheden gericht op waarden en doelen) en 2) terugkijken (vaardigheden gericht op vergeving naar zelf en anderen alsook het ontwikkelen van het persoonlijke levensverhaal, naar analogie van life review). Concluderend betrof deze studie een zinvolle verkenning van de toepasbaarheid en mogelijke aanpassingen van DGT voor ouderen. Kanttekening is dat wellicht persoonlijkheidsstoornissen zijn over-gediagnostiseerd bij de deelnemende ouderen, mogelijk, zoals eerder reeds aangehaald, als gevolg van misinterpretatie van depressieve symptomen als symptomen van een persoonlijkheidsstoornis. Verder is de gekozen dosering in deze studie (24 individuele sessies en 24 groepsvaardigheidstrainingen) aanmerkelijk beperkter dan in standaard DGT bij jongere cohorten wordt toegepast, waar patiënten minimaal een jaar behandeling ondergaan met meerdere groeps- en individuele sessies per week.<sup>27,28,29</sup> Het

wetenschappelijk evidentieniveau van dit onderzoek is aan te merken als niveau B. De onderzoekers beoogden deze studie als laatste stap voor een RCT met het voor ouderen aangepaste DGT-programma. Deze voor ouderen aangepaste vorm van DGT is voor zover wij weten niet verder onderzocht.

### **Schematherapie**

Schematherapie is ontwikkeld door Jeffrey Young en collega's als een theoretisch en behandelmodel voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.<sup>30</sup> Schema's zijn basale thema's die ontstaan door onvervulde emotionele behoeften in de kindertijd en adolescentie, die zich uiten in maladaptieve patronen van denken, doen en voelen en die beïnvloeden hoe een persoon zichzelf, anderen en de wereld ziet. Schematherapie bevat elementen uit de cognitieve gedragstherapie, hechtingstheorie, gestalttherapie en objectrelaties-theorie. Technieken uit de cognitieve therapie, de gedragstherapie en experiëntiële technieken gericht op veranderingen op emotioneel niveau alsook de therapeutische relatie worden gebruikt om vroege maladaptieve schema's te verminderen en ongezonde copingstijlen te vervangen door gezonder gedrag. Het eerste empirische onderzoek naar schematherapie bij ouderen betrof een *proof-of-concept* studie naar het effect van kortdurende schematherapie in groepsverband op psychologische symptomen, schema's en schema-modi bij 31 ouderen met kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis en/of een aanhoudende stemmingsstoornis.<sup>31</sup> Er werden 18 sessies gestructureerde groepstherapie aangeboden, gevolgd door twee follow-up sessies. Uitkomsten werden voorafgaand, halverwege en aan het einde van de behandeling gemeten. Er werden kleine tot medium effectsizes gevonden op de psychologische symptomen (Brief Symptom Inventory<sup>32</sup>,  $d=0,54$ ), op de schema's (Young Schema Questionnaire-L2<sup>33</sup>,  $d=0,38$ ) en op de schema-modi (Young Atkinson Mode Inventory<sup>34</sup>,  $d=0,35$ ). Verbetering op de schema's in het eerste deel van de behandeling bleek een significante voorspeller te zijn voor de verbetering in psychische symptomen in het tweede deel van de behandeling, hetgeen door de auteurs als een *proof-of-concept* werd beschouwd dat ook bij ouderen verbetering van maladaptieve schema's afname van klachten medieerde.<sup>31</sup> Deze studie is inderdaad de eerste studie die positieve effecten van kortdurende groepsschematherapie bij ouderen laat zien. Deze interventie is echter toegepast zonder controleconditie, waardoor het evidentie-niveau van deze studie slechts als niveau C is aan te merken. Daarnaast lag de nadruk op cognitief-gedragstherapeutische interventies, terwijl juist de experiëntiële interventies als zeer waardevol gezien worden om schema's te veranderen.<sup>35</sup> Tevens waren de diagnoses heterogeen en vastgesteld door middel van multidisciplinaire consensus en niet door gebruik van een gestructureerd diagnostisch interview. De effectgroottes waren bij ouderen beduidend minder groot dan die bij volwassenen<sup>36</sup> (symptomen Cohens  $d=0,66$ ; schema's  $d=0,75$ ; modi  $d=0,65$ ) en die bij jongvolwassenen<sup>37</sup> (symptomen  $d=0,81$ ; schema's  $d=0,56$ ; modi  $d=0,98$ ) op dezelfde uitkomstmaten. De auteurs adviseerden daarom terecht om groepsschematherapie aan te passen aan leeftijdsspecifieke aspecten van ouderen en zo de effectiviteit te vergroten.<sup>31</sup> Een volgende stap is een RCT-design, waarin de toevoeging van een controleconditie het mogelijk maakt de gevonden effecten toe te mogen schrijven aan de behandelinterventie.

Momenteel loopt er in Noord-Nederland een multicenter RCT naar de (kosten)effectiviteit van de combinatie van schemagerichte groepstherapie en psychomotore groepstherapie (PMT) in vergelijking met de gangbare behandeling van ouderen met cluster B en C persoonlijkheidsstoornissen.<sup>38</sup> Uitkomsten op het gebied van psychologische symptomen, kosteneffectiviteit en een brede range van secundaire uitkomstmaten worden gemeten voorafgaand aan de behandeling, na de behandeling en bij twee follow-up momenten 6 en 12 maanden na afronding van de behandeling. De schematherapie wordt gegeven in 20 groepssessies gedurende een half jaar, bestaande uit wekelijkse sessies van twee uur geprotocolleerde schematherapie (inclusief experiëntiële technieken en waaraan thema's specifiek voor de oudere doelgroep zijn toegevoegd) en een sessie van één uur PMT, gericht op het ervaren hoe schema's gedrag en gevoelens beïnvloeden. De gangbare behandeling bestaat uit wat het multidisciplinaire team besluit de patiënt aan te bieden, zolang het geen groepsschematherapie is. Gestreefd wordt naar een deelname van 140 cliënten van 60 jaar of ouder met een cluster B of C persoonlijkheidsstoornis, of met één criterium minder van deze persoonlijkheidsstoornissen dan het aantal criterium benodigd om van een persoonlijkheidsstoornis te mogen spreken ('*subthreshold*', vastgesteld door het Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders<sup>39</sup>). Middels de inclusie van *subthresholds* wordt beoogd de veranderende manifestatie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen te ondervangen. Deze RCT zal wellicht waardevolle informatie opleveren over de (kosten)effectiviteit van groepsschematherapie bij oudere patiënten. Twee kanttekeningen zijn te plaatsen bij deze trial. Allereerst, de gebruikelijke behandeling zal bestaan uit een veelheid van interventies, wat overeenkomt met de

dagelijkse praktijk, maar dit kan de vergelijking mogelijk vertroebelen. Immers, de gebruikelijke behandeling kan bestaan uit psychotherapie, farmacotherapie, individueel of in groepsverband, ambulante, deeltijd- of klinische behandeling.<sup>38</sup> Hoewel men vanuit klinische ervaring vermoedt dat de gebruikelijke behandeling hoofdzakelijk uit steunend-structurende behandeling of behandeling van comorbide psychiatrische problematiek zal bestaan,<sup>38</sup> is het denkbaar dat elementen uit schematherapie onderdeel uitmaken van de gebruikelijke behandeling. Hierbij kan gedacht worden aan algemene veranderingsmechanismen in elke psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen, zoals de kwaliteit van de therapeutische relatie en het herstellen van een breuk in de behandelrelatie.<sup>40</sup> Maar ook wordt individuele schematherapie niet uitgesloten uit de gangbare behandelconditie. Ten tweede worden de vragenlijsten naar schema's en schemamodi niet bij de controlegroep afgenomen, waardoor niet duidelijk zal worden of verandering in schema's ook door de andere interventies bereikt kan worden.

### **Individuele schematherapie**

Er zijn tot op heden twee artikelen verschenen naar de effectiviteit van individuele schematherapie bij ouderen, een multi-pele baseline case series studie<sup>41</sup> en een protocol voor een multi-pele baseline studie.<sup>42</sup> De multi-pele baseline case series studie naar individuele schematherapie werd verricht onder acht patiënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis met een gemiddelde leeftijd van 69 jaar. Na een willekeurige baseline werd één jaar individuele schematherapie<sup>30</sup> gegeven (maximaal veertig sessies) gevolgd door 6 maanden follow up sessies (maximaal 10 sessies). De metingen bestonden uit wekelijkse beoordelingen van de geloofwaardigheid van negatieve kerncognities en elke zes maanden het meten van schema's (Young Schema Questionnaire-L2), psychologische stresssymptomen (Symptom Checklist-90)<sup>43</sup>, kwaliteit van leven (World-Health-Organization-Quality-Of-Life brief version<sup>44</sup>) en de persoonlijkheidsstoornis (SCID-II). De resultaten lieten sterke positieve effecten zien op alle uitkomstmaten en een remissie van de persoonlijkheidsstoornis bij zeven deelnemers.

Daarnaast is er een protocol gepubliceerd van een multiple baseline design waarin 10 patiënten (>60 jaar) met een borderline persoonlijkheidsstoornis geïnccludeerd worden die na een variabele baseline (4-8 weken) één jaar lang wekelijkse schematherapie krijgen gevolgd door 6 maanden maandelijkse boostersessies. De primaire uitkomstmaat is de geloofwaardigheid van de kerncognities, de secundaire uitkomstmaten bestaan uit kwaliteit van leven, psychologische stress, schema's, modi en de ernst van borderline symptomen en de borderline persoonlijkheidsstoornis. Deze studie houdt rekening met de toepasbaarheid van de DSM-5 criteria bij ouderen en de veranderende expressie van de borderline persoonlijkheidsstoornis door de levensloop.<sup>45</sup> Dit gebeurt door bij patiënten die op de SCID-5-P subthreshold score ook het alternatieve dimensionale model voor persoonlijkheidsstoornissen (Sectie III van de DSM-5)<sup>46</sup> af te nemen.<sup>42</sup>

Op het gebied van wetenschappelijk onderzoek bij persoonlijkheidsstoornissen is een multi-pele baseline design interessant ondanks dat dit tot niveau 2 evidentie leidt. Ten eerste is er een grotere kans op deelname van de patiënten met persoonlijkheidspathologie in vergelijking met deelname aan een RCT met een 50% kans op de gangbare behandeling/controle/wachlijst-conditie. Een ander voordeel van een multi-pele baseline studie is dat er minder deelnemers nodig zijn, de patiënten zijn immers hun eigen controles, waardoor de power voldoende is om effectiviteit van therapie te meten.<sup>47,48</sup> Een sterk punt van deze studie is het gebruik van het dimensionale, alternatieve model van persoonlijkheidsstoornissen in de diagnostische fase. Dit is nog niet gangbaar in studies bij jongere patiënten maar draagt bij aan een meer leeftijdsneutrale en dus meer betrouwbare diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.<sup>45</sup> Een beperking van deze twee multi-pele baseline studies kan de vastgestelde therapieduur van 52 weken zijn. In de literatuur is er een grote variantie te zien in de duur van schematherapiesessies (range: 78-300),<sup>49,50,52</sup> alhoewel er steeds vaker een kortere therapieduur wordt beschreven<sup>52</sup> en 52 sessies bij ouderen een effectief aantal bleek bij cluster C persoonlijkheidsstoornissen.<sup>41</sup>

Beide multi-pele baseline studies dragen bij aan het vergroten van de kennis van de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen met schematherapie en kunnen daarnaast aanvullende kwalitatieve informatie opleveren over eventuele aanpassingen voor ouderen.

### **Mediatietherapie**

Bij zorgafhankelijke ouderen met persoonlijkheidsproblematiek en gedragsproblemen worden veelal contextuele interventies ingezet, zoals ondersteuning van de mantelzorgers en professionele zorgverleners of mediatietherapie.<sup>10,14</sup> Mediatietherapie bestaat uit gedragstherapeutische interventies om probleemgedrag te beïnvloeden via het gedrag van intermediairen.<sup>53</sup> Het

Cognitive Model for Behavioural Interventions (CoMBI) is een nieuw model voor mediatietherapie dat gebaseerd is op de cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen volgens Beck en specifiek ontwikkeld is om problematische gedragingen van ouderen met comorbide persoonlijkheidsproblematiek te doen afnemen en/of beter hanteerbaar te maken voor zorgverleners.<sup>54</sup> Centraal binnen CoMBI staat het zoeken van een compensatie van gefrustreerde kernbehoeften van mensen met persoonlijkheidsstoornissen (bijvoorbeeld aan niet aflatende bewondering of steun). Indien er niet wordt voldaan aan deze kernbehoeften, kunnen er psychische klachten en interpersoonlijke problemen ontstaan. Veranderingen die gepaard gaan met het ouder worden, zoals opname in een zorginstelling, kunnen maken dat niet langer aan kernbehoeften wordt voldaan. Binnen CoMBI zijn ter compensatie van de kernbehoeften per persoonlijkheidsstoornis volgens DSM-5 verpleegkundige interventies vanuit de Nursing Interventions Classification (NIC)<sup>55</sup> geformuleerd.

Recent is een toepasbaarheidsstudie afgerond naar CoMBI waarbij de invloed van comorbide maladaptieve persoonlijkheidstrekken (CMPT) is onderzocht op gedragsmatige en psychologische symptomen van dementie(BPSD).<sup>56</sup> De interventie had betrekking op 40 patiënten met BPSD en CMPT van twee ouderenpsychiatrische afdelingen en de toepasbaarheid werd beoordeeld middels de patiëntenstroom, en naleving en aanvaardbaarheid van de behandeling door familieleden en psychiatrische verpleegkundigen. Verandering in BPSD werd gemeten voor en na de interventie. Wilcoxon signed rank-tests toonden een significante afname van BPSD met middelgrote ( $r=0,45$ ) tot grote ( $r=0,56$ ) effectgroottes. CoMBI blijkt een toepasbaar en werkzaam behandelmodel voor probleemgedrag bij patiënten met BPSD en CMPT. Het behandelmodel is geassocieerd met een significante afname van probleemgedrag ongeacht de etiologie ervan. Kanttekening is niet alleen de heterogeniteit van deze kleine sample, zowel met betrekking tot intensiteit als diversiteit van BPSD, maar ook de beperkte wetenschappelijke evidentie door het ontbreken van een controleconditie (niveau 4). Bovendien was er veelal sprake van combinatiebehandeling, zoals farmacotherapie waardoor de behaalde effecten niet eenduidig toegeschreven kunnen worden aan CoMBI. Niettemin betrof deze studie een eerste aanzet tot mediatieve behandeling met de focus op CMPT en bleek CoMBI goed toepasbaar voor de behandeling van BPSD. Onderzoek met CoMBI naar andere psychische toestandsbeelden zoals depressieve, angst- of verslavingsproblematiek met tevens controlecondities is wenselijk.

**Tabel 1 Gepubliceerde studies naar psychologische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen**

Studie	Land	Design	Interventie	Niveau van evidentie*
van Alphen et al., 2012 <sup>14</sup>	Nederland en Vlaanderen	Delphi-studie	n.v.t.	5
Rosowsky et al., 2018 <sup>16</sup>	Verenigde Staten	Delphi-studie	n.v.t.	5
Lynch et al., 2003 <sup>22</sup>	Verenigde Staten	Feasibility studie	Dialectische gedragstherapie	4
Lynch et al., 2007 <sup>13</sup>	Verenigde Staten	RCT	Dialectische gedragstherapie	2
Videler et al., 2014 <sup>31</sup>	Nederland	Feasibility studie	Groepsschema-therapie	4
Van Dijk et al., 2019 <sup>38</sup>	Nederland	RCT	Groepsschema-therapie	1B
Videler et al., 2018 <sup>41</sup>	Nederland	Multiple baseline design	Individuele schematherapie	2
Khasho et al., 2019 <sup>42</sup>	Nederland	Multiple baseline design	Individuele schematherapie	2
Ekiz et al., 2020 <sup>56</sup>	Nederland	Feasibility studie	CoMBI	4

\* Niveau van evidentie, gebaseerd op OCEBM<sup>63</sup>: 1A=systematische review van RCT's; 1B= een hoge kwaliteit RCT; 2=lage kwaliteit RCT, multiple baseline design; 3=case control studie; 4=case series, lage kwaliteit case control studie; 5=expert opinie.

## Discussie

Lang werd gedacht dat behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen niet mogelijk was. De laatste jaren is er meer aandacht voor de behandelmogelijkheden van deze complexe problematiek in de ouderenpsychiatrie.<sup>57</sup> Er is consensus onder experts dat het vanwege de diversiteit onder ouderen zinvol is om onderscheid te maken tussen drie psychologische behandel niveaus, namelijk persoonlijkheidsveranderende behandeling, adaptatiebevorderende behandeling en steunend-structurerende behandeling. Het aantal afgeronde wetenschappelijke studies is echter nog beperkt en het niveau van evidentie is ten hoogste niveau 1B. Hoofdzakelijk is onderzoek verricht naar de toepasbaarheid van bestaande behandelingen

bij ouderen op persoonlijkheidsveranderend behandelniveau en naar een voor persoonlijkheidsstoornissen aangepaste mediatietherapie, CoMBI. Alleen naar de effectiviteit van DGT en schematherapie is effectiviteitsonderzoek verricht en aangepaste vormen van schematherapie worden momenteel onderzocht. Een aanvullende en interessante optie zou kunnen zijn om de rol van positieve schema's te onderzoeken in een voor ouderen aangepast schematherapie-protocol.<sup>58</sup> Ook zou het betrekken van familieleden bij groepsschematherapie zinvol kunnen zijn, omdat juist bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen contextuele en daarmee levensfasespecifieke veranderingen leiden tot ernstige interactionele problemen binnen families;<sup>59</sup> partners of kinderen kunnen educatie krijgen in het schematherapiemodel en zo de therapie van de patiënt ondersteunen. Voorts is de reeds in 2007 voor ouderen aangepaste vorm van DGT<sup>13</sup> voor zover wij weten niet verder onderzocht en nader onderzoek hiernaar is aan te bevelen.

Suggesties zijn om ook andere evidence-based behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen bij jongere cohorten te verkennen bij ouderen. Daarbij kan gedacht worden aan VERS (Vaardigheidstraining EmotieRegulatieStoornis)<sup>60</sup> vanuit cognitief-gedragstherapeutisch kader, en aan dynamische interpersoonlijke therapie (DIT)<sup>61</sup> vanuit psychodynamisch kader. De Delphi-methode kan hierbij waardevol zijn wanneer een eerste stap wordt gezet in het aanpassen van een oorspronkelijk voor jongere volwassenen ontwikkelde evidence-based therapievorm.

Behalve de bovengenoemde behandel niveaus kan klinische stadiëring en profilering mogelijk behulpzaam zijn bij een meer adequate indicatiestelling voor behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.<sup>8,62</sup> Persoonlijkheidsstoornissen kennen immers een chronisch fluctuerend beloop over de levensloop, waarbij klinische stadiëring de mate van progressie van een aandoening langs een continuüm definieert.<sup>45</sup> Patronen van persoonlijkheidspathologie kunnen reeds in de adolescentie dermate complex en pervasief zijn dat er gesproken kan worden van een gevorderd stadium van de aandoening. Maar bij het 'laat ontstaan' van persoonlijkheidspathologie, waarbij biopsychosociale veroudering de trigger is voor een escalatie van voorheen subklinische varianten van maladaptieve trekken,<sup>8</sup> kan beter gesproken worden van vroeginterventie.<sup>62</sup> Anders gezegd: er kan sprake zijn van een subklinische persoonlijkheidsstoornis totdat veranderingen in de derde of vierde levensfase voor het eerst een acute fase van een persoonlijkheidsstoornis inluiden. Denk aan een patiënt met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis die in de context van een steunend huwelijk redelijk functioneert, tot deze pas na het overlijden van de partner op zijn of haar tachtigste ernstig sociaal-maatschappelijk gaat disfunctioneren. Klinische stadiëring is nog in ontwikkeling voor persoonlijkheidsstoornissen maar kan helpend zijn als heuristische strategie voor het selecteren van interventies, van vroeginterventie tot chronische zorg, ook bij ouderen.

Er is dringend behoefte aan verder empirisch onderzoek naar voor ouderen geoptimaliseerde psychologische behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen op alle drie de behandel niveaus, niet alleen op persoonlijkheidsveranderend niveau maar ook op adaptatiebevorderend en steunend-structurerend niveau.<sup>53</sup> Met name kwetsbare ouderen met persoonlijkheidsstoornissen zouden hier gebaat bij kunnen zijn.<sup>53</sup>

In de tussentijd verdient het aanbeveling om ouderen met persoonlijkheidsstoornissen behandeling niet te onthouden. Wanneer persoonlijkheidsveranderende behandeling mogelijk is, heeft op grond van de huidige, beperkte evidentie, schematherapie de voorkeur. Bij kwetsbare en zorgafhankelijke ouderen is mediatietherapie, waarbij gefrustreerde kernbehoeften van mensen met persoonlijkheidsstoornissen worden gecompenseerd, aan te bevelen.

---

## **Auteurs**

### **Arjan C. Videler**

GGZ Breburg, Universiteit van Tilburg, Tranzo

Psychotherapeut, GZ-psycholoog, senior onderzoeker, manager behandeling Personacura, Topklinisch Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen en/of autismespectrumstoornissen bij senioren, manager behandeling Topklinisch Centrum Lichaam, Geest en Gezondheid

### **Machteld A. Ouwens**

GGZ Breburg, Departement Tranzo, Tilburg University

Gezondheidszorgpsycholoog in opleiding tot specialist.

PersonaCura, topklinisch centrum voor persoonlijkheidsstoornissen en/of autismespectrumstoornissen bij ouderen, GGz Breburg;

Tranzo, Tilburg University.

**Silvia D.M. van Dijk**

Universitair Centrum Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen  
Klinisch psycholoog Universitair Centrum Psychiatrie, UMCG Groningen

**Sebastiaan (Bas) P. J. van Alphen**

Vakgroep psychologie en educatiewetenschappen, Vrije Universiteit Brussel, Brussel, Belgium, Mondriaan Ouderen, Heerlen, Netherlands

Expertisecentrum Persoonlijkheidsstoornissen bij Ouderen, Mondriaan GGZ, Heerlen.

Vrije Universiteit Brussel, Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen, Onderzoeksgroep Persoonlijkheid en Psychopathologie

School of Social and Behavioral Sciences, Department of Medical and Clinical Psychology, Tilburg University, Tilburg.

---

**Literatuurlijst**

1. van Alphen SPJ, van Dijk SDM, Videler AC, Rossi G, Dierckx E, Bouckaert F, Oude Voshaar RC. Personality disorders in older adults: Emerging research issues. *Curr Psychiatry Rep* 2015; 17: 538-45.
2. Reynolds K, Pietrzak RH, El-Gabalawy R, Mackenzie CS, Sareen J. Prevalence of psychiatric disorders in US older adults: findings from a nationally representative survey. *World Psychiatry* 2015; 14: 74-81.
3. van Alphen SPJ. Een persoonlijke kwestie. Inaugurele rede leerstoel beroepsopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog. Tilburg, Tilburg University, 2019
4. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Washington DC: American Psychiatric Association; 2001
5. Grenyer BFS, Jenner B, Jarman H, Carter P, Bailey R, Lewis K. Treatment guidelines for personality disorders. Wollongong, Australia: University of Wollongong; 2015.
6. Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Zorgstandaard persoonlijkheidsstoornissen. Utrecht: Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Quality standard personality disorders: Borderline and antisocial. London: NICE; 2015.
8. Hutsebaut J, Videler AC, Schoutrop M, van Amelsvoort TAMJ, van Alphen SPJ. Persoonlijkheidsstoornissen: Levensloopbenadering zinvol. *Tijdsch Psychiatr* 2017; 59: 52-5.
9. Kessler RC, Kruse A, Wahl, H-W. Clinical geropsychology: A lifespan perspective. In: Pachana NA, Laidlaw K, eds. *The Oxford handbook of clinical geropsychology*. Oxford, England: Oxford University Press; 2014.
10. Videler AC, van Alphen SPJ. Indicatiestelling. In: van Alphen SPJ, Oude Voshaar RC, Bouckaert F, Videler AC, eds. *Handboek persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen*. Utrecht: De Tijdstroom; 2018.
11. Knight BG, Pachana NA. Psychological assessment and therapy in older adults. Oxford: Oxford University Press; 2015.
12. van de Sande JAAM. Psychodynamiek van de latere leeftijd: Over psychoanalytische psychotherapie bij senioren. In: Dirckx J, Hebbrecht M, Mooij AWM, Vermote R, eds. *Handboek psychodynamiek*. Utrecht: de Tijdstroom; 2011.
13. Lynch TR, Cheavens JS, Cukrowitz KC, Thorp SR, Bronner L, Beyer J. Treatment of adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behaviour therapy approach. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 131-43.
14. van Alphen SPJ, Bolwerk N, Videler AC, Tummers JHA, van Royen RJJ, Barendse HPJ, Verheul R, Rosowsky E. Age-related aspects and clinical implications of diagnosis and treatment of personality disorders in older adults. *Clin Gerontol* 2012; 25: 27-41.



15. Fink A, Kosceff J, Chassin M, Brook RH. Consensus methods: Characteristics and guidelines for use. *Am J Public Health* 1984; 74: 979-983.
16. Rosowsky E, Young AS, Malloy MC, van Alphen SPJ, Ellison JM. A cross-validation Delphi method approach to the diagnosis and treatment of personality disorders in older adults. *Aging Ment Health* 2018; 22: 371-78.
17. Wollersheim, H. Beyond the evidence of guidelines. *Netherlands J Medicine* 2009; 6: 39-40.
18. Hsu C., Sandford BA. The Delphi technique: making sense of consensus. *Pract Assess Res Eval* 2007; 12: 1-8.
19. Jayasekara R, Procter N, Harrison J, Skelton K, Hampel S, Draper R, Deuter K. Cognitive behavioural therapy for older adults with depression: a review. *J Ment Health* 2015; 24: 168-171.
20. Hall J, Kellett S, Berrios R, Bains MK, Scott S. Efficacy of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults: systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2016; 24: 1063-1073.
21. Pederson L. *Dialectical behavior therapy: A contemporary guide for practitioners*. Chichester: Wiley Blackwell; 2015.
22. Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003; 11: 33-45.
23. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurologic Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56-61.
24. Pilkonis PA, Kim Y, Proietti JM, Barkham M. Scales for personality disorders developed from the inventory of interpersonal problems. *J Person Disord* 1996; 10: 355-369.
25. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB, Benjamin LS. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Biometrics: New York; 1997.
26. van Alphen S P J, Tummers JHA, Derksen JJJ. (2007). Reaction to 'Treatment of older adults with co morbid personality disorder and depression: a dialectical behavior therapy approach'. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 702-703.
27. Panos PT, Jackson JW, Hasan O, Panos A. Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Res Social Work Pract* 2014; 24: 213-23.
28. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017; 74: 319-28.
29. Stoffers JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 15:8.
30. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioners guide*. New York: Guilford Press; 2003.
31. Videler AC, Rossi G, Schoevaars M, van der Feltz-Cornelis C, van Alphen SPJ. (2014). Effects of schema group therapy in elderly outpatients: A proof of concept study. *Int Psychogeriatr*; 26: 1709-17.
32. Derogatis LR. *The Brief Symptom Inventory*. Baltimore: Clinical Psychometric Research; 1975.
33. Young JE, Brown G. *Young Schema-Questionnaire (2nd ed.)*. In JE Young ed. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resource Press; 1994.
34. Lobbstaël J, van Vreeswijk MF, Arntz A, Spinhoven P, 't Hoen T. *Dutch translation of the young atkinson mode inventory (YAMI)*. Maastricht: Maastricht University; 2005.
35. Arntz A, van Genderen H. *Schema therapy for borderline personality disorder*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009.
36. van Vreeswijk MF, Spinhoven P, Eurelings-Bontekoe E, Broersen J. Changes in symptom severity, schemas and modes in heterogeneous psychiatric patient groups following short-term schema cognitive behavioural group therapy: A naturalistic pre-treatment and post-treatment design in an outpatient clinic. *Clin Psychol Psychother* 2012; 21: 29-38.
37. Renner F, van Goor M, Huibers M, Arntz A, Butz B, Bernstein D. Short-term group schema cognitive-behavioural therapy for young adults with personality disorder features: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behav Res Ther* 2013; 51: 487-92.
38. van Dijk SDM, Veenstra MS, Bouman R, Peekel J, Veenstra DH, van Dalen PJ, et al.. Group schema-focused therapy enriched with psychomotor therapy versus treatment as usual for older adults with cluster B and/or C personality disorders: A randomized trial. *BMC Psychiatry* 2019; 19: 26.
39. First MB, Williams JBW, Benjamin LS, Spitzer RL. *User's guide for the SCID-5-PD (structured clinical interview for DSM-5 personality disorder)*. Arlington: American Psychiatric Association; 2015.
40. Forster C, Berthollier N, Rawlinson D. A systematic review of potential mechanisms of change in psychotherapeutic interventions for personality disorder. *J Psychol Psychother* 2014; 4:1.

41. Videler AC, van Alphen SPJ, Rossi G, van der Feltz-Cornelis CM, van Royen RJJ, Arntz A. Schema therapy in older adults: A multiple baseline case series. *Aging Ment Health* 2018; 22: 738-47.
42. Khasho DA, Van Alphen SPJ, Heijnen-Kohl SMJ, Ouwens MA, Arntz A, Videler AC. The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemp Clin Trials Commun* 2019; 14: 100330.
43. Arrindell WA, Ettema JHM. *Klachtenlijst (SCL-90)*. Lisse: Swets Test Publishers; 2003.
44. Trompenaars FJ, Masthoff ED, Van Heck GL, Hodiament PP, de Vries J. Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Qual Life Res* 2005; 14: 151-60.
45. Videler AC, Hutsebaut J, Schulkens JE, Sobczak S, Van Alphen SPJ. A Life Span Perspective on Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2019; 21(7): 51.
46. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 2013.
47. Onghena P, Everitt BC, Howell DC. Single-case designs, *Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science*, vol. 4; 2005.
48. Kadzin AE. *Single Case Research Design: Methods for Clinical and Applied Settings*, second ed., Oxford University Press: New York; 2010.
49. Bamelis LLM, Evers SMAA, Spinhoven P, Arntz A, Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 305-22.
50. Giesen-Bloo R, vanDyck P, Spinhoven W, van Tilburg C, Dirksen T, van Asselt I, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatr* 2006; 63: 649-58.
51. Nordahl HM, Nysæter TE. Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatr* 2005; 36: 254-64.
52. Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatr* 2009; 40: 317-28.
53. Videler AC, van der Feltz-Cornelis CM, Rossi G, van Royen RJJ, Rosowsky E, van Alphen SPJ. Psychotherapeutic treatment levels of personality disorders in older adults. *Clin Gerontol* 2015; 38: 325-41.
54. Osterloh JWSA, Videler AC, Rossi G, van Alphen SPJ. Mediatetherapie bij ouderen met een persoonlijkheidsstoornis: Een verpleegkundige benadering. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2018; 5: 210-12.
55. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. *Verpleegkundige interventies: Vertaling van Nursing interventions classification (NIC)*. Houten: Springer Media; 2016.
56. Ekiz E, Bollen SGBJ, Rossi G, Videler AC, van Alphen SPJ. Mediatieve behandeling bij psychologische en gedragsmatige symptomen van dementie met de persoonlijkheid als focus. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2020;51
57. van Alphen SPJ. Een persoonlijke kwestie. Inaugurele rede leerstoel beroepsopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog. Tilburg: Tilburg University, 2019.
58. Videler AC, van Royen RJJ, Legra MJH, Ouwens MA. Positive schemas in older adults: clinical implications and research suggestions. *Behav Cogn Psychother* 2020. epub ahead of print doi.org/10.1017/S1352465820000077
59. Van de Ven L, Videler AC. Systeemtherapie. In: van Alphen SPJ, Oude Voshaar RC, Bouckaert F, Videler AC, eds. *Handboek persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen*. Utrecht: De Tijdstroom; 2018.
60. Black DW, Blum NS. *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving for borderline personality disorder: Implementing STEPPS around the globe*. Oxford: Oxford University Press; 2017.
61. Lemma A, Target M, Fonagy, P. *Brief dynamic interpersonal therapy: A clinicians guide*. Oxford: Oxford university Press; 2011.
62. Hutsebaut J, Videler AC, Verheul R, van Alphen SPJ. Managing borderline personality disorder from a life course perspective: Clinical staging and health management. *Personal Disord* 2019; 10: 309-16.
63. OCEBM Levels of Evidence Working Group. "The Oxford Levels of Evidence 2". Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. <https://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>