
Mediatieve behandeling bij mensen met zowel neuro-cognitieve stoornissen als persoonlijkheids-problematiek

Auteurs: Erol Ekiz, Saskia G.B.J. Bollen, Gina M. P. Rossi, Arjan C. Videler, Sebastiaan P. J. van Alphen

Samenvatting

Uitgangspunt van deze studie is dat comorbide maladaptieve persoonlijkheidstrekken (CMPT) van invloed zijn op gedragsmatige en psychologische symptomen van dementie (BPSD). Het doel van dit onderzoek is het opzetten en exploreren van de haalbaarheid van Cognitive Model for Behavioral Interventions (CoMBI). Veertig patiënten met BPSD en CMPT van twee ouderenpsychiatrische afdelingen werden met CoMBI behandeld. De haalbaarheid werd beoordeeld middels de patiëntenstroom, en naleving en aanvaardbaarheid van de behandeling door familieleden en psychiatrisch verpleegkundigen. CMPT werd in kaart gebracht met informantenvragenlijsten. Verandering in BPSD werd gemeten via voor- en nametingen. Om de verschillen tussen de meetmomenten te bepalen, werden Wilcoxon signed rank-tests uitgevoerd en effectgroottes berekend. Van de 312 opgenomen patiënten kwamen 138 patiënten in aanmerking voor inclusie. 64 (46,4%) patiënten gingen voor of kort na de voormeting met ontslag. Bij 28 (20,3%) patiënten kon CoMBI niet toegepast worden. Uiteindelijk werden veertig (29,0%) patiënten geïncludeerd voor de analyse. 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.

The Cognitive Model for Behavioural Interventions for older adults with neurocognitive disorders and co-morbid maladaptive personality traits

Abstract

The starting point of this study is that comorbid maladaptive personality traits (CMPT) influence behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). The purpose of this study was to develop and investigate the feasibility of the Cognitive Model for Behavioral Interventions (CoMBI). Forty patients with BPSD and CMPT from two geriatric psychiatric departments were treated with CoMBI. Feasibility was assessed through patient flow, compliance to, and acceptability of the treatment for family members and psychiatric nurses. CMPT was assessed using informant-based questionnaires. Change in BPSD was assessed using pre- and posttests. To determine differences in BPSD, Wilcoxon signed rank tests were conducted and effect sizes were computed. Of 312 patients admitted to the geriatric psychiatric wards, 138 patients were found eligible. 64 (46.4%) patients were discharged from the wards before or shortly after the pretest, in 28 (20.3%) cases CoMBI could not be applied. Eventually, forty (29.0%) patients were included for analysis. Wilcoxon signed rank tests demonstrated a significant decrease of BPSD with medium ($r=0.45$) to large ($r=0.56$) effect sizes. CoMBI is highly feasible for treating challenging behavior in patients with BPSD and CMPT. CoMBI is associated with a significant decrease of challenging behaviors regardless of etiology.

Kernwoorden: BPSD, CoMBI, neurocognitieve stoornis, niet-farmacologische behandeling, persoonlijkheidskenmerken

Keywords: BPSD, CoMBI, Neurocognitive disorder, Non-pharmacological interventions, Personality traits

Inleiding

Wanneer er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis beïnvloeden persoonlijkheidsaspecten het psychisch functioneren. Maar wat gebeurt er wanneer een patiënt met persoonlijkheidsproblematiek, bijvoorbeeld door een neurocognitieve stoornis, de grip op de werkelijkheid verliest? Uitgangspunt van deze studie is dat comorbide maladaptieve persoonlijkheidstrekken (CMPT) een invloed kunnen hebben op gedragsmatige en psychologische symptomen van dementie (*behavioral and psychological symptoms of dementia*; BPSD) en deze symptomen bijgevolg via persoonlijkheidstrekken en bijhorende kernbehoeften te behandelen zijn.

De wereldwijde vergrijzing gaat gepaard met diverse uitdagingen zoals een toename in de prevalentie van neurocognitieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en de combinatie hiervan bij ouderen. Geschat wordt dat in 2030 wereldwijd 65,7 miljoen mensen aan neurocognitieve stoornissen, zoals dementie, zullen lijden.¹ Aangezien 90% van de patiënten met een neurocognitieve stoornis BPSD zal vertonen in de loop van het ziekteproces,² is BPSD een veelvoorkomend verschijnsel in de ouderenpsychiatrie en de ouderenzorg.³ BPSD betreft een groep heterogene neuropsychiatrische symptomen, waaronder verschijnselen van agressie, agitatie, depressie en hallucinaties. Het omgaan met deze symptomen kan zeer belastend zijn voor patiënten, familie en professionele zorgverleners.² BPSD heeft een negatieve invloed op de kwaliteit van leven van zowel patiënten als zorgverleners.⁴ De symptomen gaan vaak gepaard met onnodig gebruik van psychofarmaca, hospitalisatie en verhoogde zorgkosten.² Effectieve behandelingen voor BPSD zijn daarom cruciaal en dringend nodig om deze negatieve effecten te verminderen.

Aangezien farmacotherapie het risico op complicaties en interactie-effecten tussen geneesmiddelen verhoogt, bevelen huidige richtlijnen niet-farmacologische interventies aan als eerste-keus behandeling voor BPSD.⁵ Er is echter een verscheidenheid aan niet-farmacologische benaderingen die veelbelovende, maar gemengde resultaten laten zien, waarbij geen enkele benadering qua effectiviteit prevaleert.⁶ Er zijn wel aanwijzingen dat individuele, op maat gemaakte interventies de effectgrootte vergroten.⁷ Bovendien blijken gedragsinterventies een positief effect op BPSD te hebben, vooral wanneer (professionele) zorgverleners betrokken worden bij de behandeling.⁵ Nieuwe benaderingen voor de behandeling van BPSD, waarbij deze werkingsmechanismen worden gecombineerd, kunnen derhalve leiden tot een effectievere behandeling.⁸ Er zijn aanwijzingen dat BPSD kan worden veroorzaakt of in stand gehouden door CMPT⁹ en onvervulde behoeften.¹⁰ Er is veel onderzoek verricht naar (mediatieve) cognitieve gedragstherapie, gericht op gedragsverandering via de omgeving van de patiënt, als een behandeling voor BPSD, met matige effectgroottes.¹¹ Er is echter geen onderzoek verricht dat zich specifiek richt op cognitieve gedragstherapie bij patiënten met BPSD en CMPT.

Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen¹² kan een goed kader bieden voor de behandeling van patiënten met BPSD en CMPT. Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen veronderstelt dat elk persoon met een DSM-5-persoonlijkheidsstoornis (bijvoorbeeld een narcistische persoonlijkheidsstoornis) kernovertuigingen over zichzelf (bijvoorbeeld superieur zijn), kernovertuigingen over anderen (bijvoorbeeld inferieur) en onderliggende kernbehoeften (bijvoorbeeld nood aan bewondering) heeft. Het cognitief-gedragstherapeutische kader is geherformuleerd als het 'ABC-model' om de toepasbaarheid voor verpleegkundigen te verbeteren.¹³ In dit model begint elk probleemgedrag (Actie) vanwege iets in de omgeving (Bewegers) en wordt het probleemgedrag voortgezet door de gevolgen ervan (Consequenties): ABC. 'A' verwijst naar probleemgedrag van de patiënt (bijvoorbeeld overactief bewondering zoeken), 'B' verwijst naar interne (bijvoorbeeld emotionele pijn) en externe (bijvoorbeeld onvermogen om te excelleren op het werk vanwege pensionering) bewegers die de kernovertuigingen bedreigen, en 'C' verwijst naar consequenties die vaak het probleemgedrag in stand houden (bijvoorbeeld een gebrek aan waardering en bewondering). Veranderende omstandigheden kunnen dus probleemgedrag veroorzaken omdat kernbehoeften niet meer worden vervuld. Intervenieren op 'B' (bijvoorbeeld het vinden van geschikt vrijwilligerswerk) of 'C' (bijvoorbeeld tijd nemen om te praten over prestaties in het verleden), kan ervoor zorgen dat kernbehoeften toch worden vervuld. Het bieden van therapie op basis van cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen kan hiermee BPSD verminderen en zo de kwaliteit van leven van patiënt en omgeving verbeteren. Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen is gebaseerd op een model dat CMPT incorporeert. Het biedt echter geen vastgestelde gedragsinterventies. Hiervoor werd in deze studie cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen aangevuld met verpleegkundige interventies uit de Nursing Interventions Classification (NIC)¹⁴ met als resultaat het Cognitive Model for Behavioral Interventions (CoMBI).¹⁵

Het doel van deze studie was om de haalbaarheid en werkzaamheid van CoMBI te onderzoeken. Oudere patiënten met BPSD

en CMPT ontvingen een behandeling volgens CoMBI. Ten eerste waren we geïnteresseerd in de bereidheid van patiënten om deel te nemen, in het percentage patiënten dat in aanmerking komt, de bereidheid van familieleden van deelnemers om betrokken te zijn bij de metingen, de responspercentages van verpleegkundigen en familieleden op vragenlijsten en de aanvaardbaarheid van de behandeling voor patiënten en professionals.¹⁶ Ten tweede was de hypothese van deze studie dat CoMBI gepaard zou gaan met een afname van BPSD.

Methode

Studie-design en deelnemers

De huidige studie is een haalbaarheidsstudie met een voor- en nameting in één groep. Het onderzoek werd uitgevoerd tussen februari 2017 en januari 2018 op een ouderenpsychiatrische afdeling van Mondriaan in Heerlen en tussen februari 2017 en januari 2019 op een ouderenpsychiatrische afdeling van GGz Breburg in Tilburg. Opgenomen patiënten werden gescreend op geschiktheid voor het onderzoek. Patiënten kwamen bij het opnamegesprek in aanmerking voor het onderzoek als aan drie voorwaarden werd voldaan: 1. Patiënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger aanvaardt deelname aan dit onderzoek, 2. Patiënt spreekt Nederlands, 3. Patiënt is ten minste 55 jaar. Na het opnamegesprek werd het medisch dossier van de patiënt (indien beschikbaar) geraadpleegd door de eerste auteur om in- en exclusiecriteria te beoordelen. Omdat CoMBI een standaardbehandeling werd binnen de afdelingen, werden alle patiënten behandeld met CoMBI. Echter, enkel patiënten met een uitgebreide of beperkte neurocognitieve stoornis, BPSD en CMPT werden geïnccludeerd voor de studie. Patiënten met probleemgedrag veroorzaakt door delirium, huidige middelengerelateerde aandoeningen, psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen en probleemgedrag zonder CMPT werden geëxcludeerd. Eenmaal geëxcludeerd, werd het medische dossier van de patiënt niet opnieuw geraadpleegd op mogelijke veranderingen in diagnoses. Als de aanwezigheid van een mogelijke neurocognitieve stoornis tijdens het verblijf onduidelijk was, werd het medisch dossier van de patiënt (maximaal) een maand na ontslag opnieuw geraadpleegd om in- en exclusiecriteria te beoordelen. Als de diagnose nog steeds onbekend was, werd de patiënt alsnog geëxcludeerd vanwege een (vermoedelijke) afwezigheid van een neurocognitieve stoornis. G*power 3 werd gebruikt voor de berekening van de vereiste steekproefgrootte. De benodigde steekproefgrootte bleek $n=34$ (type I-fout: 5%, power: 80%). Een gemiddelde effectgrootte (0,5) werd verwacht op basis van een vergelijkbare studie.¹⁷ In dat onderzoek ontvingen patiënten met BPSD persoonsgerichte therapie, echter zonder CMPT mee te nemen.

Procedure

CoMBI

Om de haalbaarheid van de interventies voor alle professionals (voornamelijk psychiatrisch verpleegkundigen) te verbeteren, werd cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen aangevuld met verpleegkundige interventies uit NIC. De belangrijkste redenen hiervoor waren: (a) NIC is een internationaal gebruikt classificatiesysteem voor verpleegkundige interventies, (b) psychiatrische verpleegkundigen in Nederland zijn opgeleid in NIC, (c) de beschreven verpleegkundige interventies bieden concrete verpleegkundige handelingen, (d) NIC is eerder in verband gebracht met de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen (relevante NIC-categorieën werden vermeld als optionele verpleegkundige interventies bij de behandeling van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen).¹⁸

Relevante NIC-categorieën (bijvoorbeeld angstreductie) en NIC-interventies binnen deze categorieën (bijvoorbeeld neem een kalme, geruststellende houding aan) werden gekoppeld aan kernbehoeften (bijvoorbeeld veiligheid) die beschreven zijn in het cognitieve model voor persoonlijkheidsstoornissen (bijvoorbeeld paranoïde persoonlijkheid). Vervolgens werden de geselecteerde interventies onderverdeeld in drie categorieën namelijk (1) interventies op inhoudelijk contact, (2) interventies gericht op de houding en (3) interventies gericht op de omgeving. Tenslotte is, om dubbele interventies te voorkomen en de interventiemogelijkheden beperkt en duidelijk te houden, een selectie gemaakt van de meest geschikte interventies. Dit gebeurde in overleg met psychiatrische verpleegkundigen en deskundigen, resulterend in acht tot negen interventies per kernbehoefte. Dit proces leidde tot CoMBI, het behandelmodel voor BPSD dat in deze studie werd gebruikt (zie bijlage 1 voor CoMBI, uitgewerkt voor de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis). Psychiatrische verpleegkundigen werden getraind in het werken met CoMBI en het meten van BPSD.

Haalbaarheidsonderzoek

Bij opname beoordeelde een afdelingspsychiater de wilsbekwaamheid van de patiënt met betrekking tot de toestemming voor het onderzoek. Wanneer patiënt wilsbekwaam werd ingeschat, kreeg hij mondeling en schriftelijk informatie over het

onderzoek. Indien sprake was van wilsonbekwaamheid, werd de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt gevraagd om toestemming. Na toestemming werd het meest betrokken familielid (bijvoorbeeld partner, kind) gevraagd om vragenlijsten in te vullen om premorbide persoonlijkheidskenmerken van de patiënt in kaart te brengen (zie Meetinstrumenten). Alle vragenlijsten werden binnen twee weken na opname ingevuld. Vervolgens werd, binnen dezelfde twee weken, BPSD door de eerste verantwoordelijke verpleegkundige in kaart gebracht als voormeting (T1). Tijdens het wekelijkse multidisciplinaire overleg formuleerde het personeel een ABC-model over één specifieke BPSD en een diagnostische werkhypothese volgens de multidisciplinair gestelde DSM-5-classificatie. Op basis van deze informatie koos het personeel maximaal drie verpleegkundige interventies als compensatiestrategieën voor het probleemgedrag, die ten minste tot het volgende multidisciplinaire overleg werden toegepast. Het effect van de interventie werd geëvalueerd met behulp van vragenlijsten. Indien de BPSD niet afnam, werden maximaal drie nieuwe en/of eerder geprobeerde interventies geselecteerd tot het volgende multidisciplinaire overleg. Dit werd herhaald totdat de specifieke BPSD niet meer optrad, voldoende was afgenomen, of totdat de patiënt werd ontslagen. Tien weken na T1 of op de dag van ontslag beoordeelde dezelfde eerst verantwoordelijk verpleegkundige BPSD als nameting (T2). Gemiddeld eenmaal per drie maanden werden de psychologen van de afdelingen gesuperviseerd in CoMBI door de eerste en tweede auteur. Daarnaast werden twee personeelsbijeenkomsten georganiseerd om de haalbaarheid van CoMBI te evalueren.

Meetinstrumenten

Primaire uitkomst

De primaire uitkomst, BPSD, werd beoordeeld met behulp van de Nederlandse vertaling van de *Neuropsychiatric Inventory - questionnaire* (NPI-Q)¹⁹ en *Cohen-Mansfield Agitation Inventory* (CMAI-D).²⁰

De NPI-Q is een informantenvragenlijst en bevat 12 domeinen van emotionele en gedragsproblemen die geëvalueerd worden op ernst (0-3), frequentie (0-4) en emotionele belasting voor de verzorger (0-5). Voor deze studie werden de ernstscores (NPI-Q-S) van de afzonderlijke domeinen (0 = afwezig, 1 = mild, 2 = matig, 3 = ernstig) meegenomen in de evaluatie van BPSD. De totale ernstscore varieert van 0 tot 36. De NPI-Q heeft aanvaardbare psychometrische eigenschappen.¹⁹

De CMAI-D meet 29 geagiteerde gedragingen op een zevenpuntsschaal (1 = nooit, 7 = meerdere keren per uur) met een totaalscore variërend van 29 tot 203. Met factoranalyse worden drie dimensies probleemgedrag bij patiënten met dementie onderscheiden: fysiek agressief gedrag, fysiek non-agressief gedrag en verbaal geagiteerd gedrag.²⁰ De CMAI-D vertoont goede betrouwbaarheid (Cronbachs alfa 0.82) en validiteit.²¹

Persoonlijkheidstrekken

CMPT werd in kaart gebracht met de Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst (HAP),^{22,23} de Gerontologische Persoonlijkheidsstoornissen Schaal (GPS),²⁴ de *Personality Inventory for DSM-5-Informant Brief Form* (PID-5-IBF-NL)^{25,26} en met behulp van de DSM-5-classificatie voor persoonlijkheidsstoornissen (indien aanwezig). Op basis van de aanwezige CMPT geeft CoMBI mogelijke gedragsinterventies.

De HAP beoogt premorbide persoonlijkheidskenmerken in kaart te brengen. De vragenlijst wordt ingevuld door iemand die de patiënt goed kent. De vragenlijst bestaat uit 62 vragen, gescoord op een driepuntsschaal en meet tien persoonlijkheidsschalen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor de schalen en de test-hertestbetrouwbaarheid zijn goed tot uitstekend.²² De HAP is gevalideerd voor ouderen. In huidig onderzoek spreken we van CMPT wanneer de normscore van de patiënt op een schaal score 'hoog' of 'zeer hoog' was, wat overeenkomt met een percentielscore van ≥ 85 . Dit is een klinisch significante afwijking, omdat 85% van de respondenten in de normgroep lager scoort.²³

De GPS is een korte vragenlijst, ontwikkeld om te screenen naar persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. De lijst kan bij de patiënt zelf of bij een informant worden afgenomen middels een kort interview. De vragenlijst bestaat uit 16 ja/nee-items, die twee domeinen meten. Een totaalscore van ≥ 5 op ten minste één domein van de zelfrapportageversie bevestigt het vermoeden van een (premorbid) persoonlijkheidsstoornis.²⁴ In deze studie werd hetzelfde afkappunt gebruikt voor de informantversie. De GPS vertoont goede psychometrische eigenschappen. De test-hertestcorrelaties van de twee domeinen zijn matig tot uitstekend (Cronbachs alfa 0,72 tot 0,89). De criteriumvaliditeit van de GPS is redelijk met zowel een sensitiviteit als specificiteit van 70%.²⁴

De PID-5 is een grotendeels leeftijdneutrale²⁷ zelfrapportagelijst die aansluit bij criterium B van het alternatieve model voor persoonlijkheidsstoornissen van de DSM-5.²⁵ De PID-5 toont een goede betrouwbaarheid (Cronbachs alfa boven 0,70) en

validiteit.²⁸ De Nederlandstalige verkorte informantversie (PID-5-IBF-NL) bevat 25 items die gescoord kunnen worden op een vierpuntsschaal.²⁶ De PID-5-IBF-NL heeft geen afkapscore die problematische persoonlijkheidskenmerken aangeeft. Echter, in lijn met de uitgebreide versie kan een gemiddelde score van ≥ 2 als klinisch relevant worden beschouwd.²⁹

Data-analyse

De verkregen gegevens werden geanalyseerd met SPSS 22.0. Uitkomstvariabelen werden op normaliteit onderzocht met behulp van de Shapiro-Wilk-test. Omdat de aanname van normaliteit werd geschonden, werden Wilcoxon signed rank-tests uitgevoerd om verschillen tussen T1 en T2 te bepalen. De effectgrootte werd berekend met behulp van de effectgrootteformule voor de Wilcoxon signed rank-test: $r = Z / (\sqrt{Nparen})$, waarbij 0,1 een kleine effectgrootte weergeeft, 0,3 = middelgroot en 0,5 = groot.

Resultaten

Patiëntenstroom

De CoMBI-studie omvatte veertig deelnemers. Figuur 1 (flowchart in kader rechts) geeft het aantal geïncludeerde en geëxcludeerde patiënten weer.

Patiëntkenmerken zijn te zien in Tabel 1. Over het algemeen waren patiënten en vertegenwoordigers bereid om deel te nemen; 28 (9,0%) patiënten wilden niet deelnemen. Er waren 138 (44,2%) opgenomen patiënten die in aanmerking kwamen voor deze studie. 64 (46,4%) patiënten werden echter voor of kort na T1 ontslagen van de afdeling, wat een (te) beperkte tijd gaf om het probleemgedrag te behandelen middels CoMBI. Bij 28 (20,3%) patiënten kon CoMBI niet toegepast worden, mede vanwege het ontbreken van informanteninformatie. Uiteindelijk werden veertig (29,0%) van de in aanmerking komende patiënten geïncludeerd voor analyses (respectievelijk 2,8% van de opgenomen patiënten).

Tabel 1. Patiëntkenmerken

Leeftijd	Gemiddelde leeftijd, jaren	73,8 (SD: 8,49) [bereik: 57 – 98]
Geslacht		
	Vrouw, n (%)	24 (60%)
	Man, n (%)	16 (40%)
Burgerlijke status		
	Gehuwd, n (%)	18 (45%)
	Ongehuwd, n (%)	22 (55%)
Psychiatrische ziekenhuis		
	Heerlen, n (%)	11 (27,5%)
	Tilburg, n (%)	29 (72,5%)
Gemiddelde tijd tussen metingen, dagen		52,1 (SD: 19,85) [bereik: 13 – 80]
Neurocognitieve stoornis		
Uitgebreid, n (%)		30 (75%)
	Frontotemporale lobaire degeneratie	1 (2,5%)
	Lewylichaampjesziekte	1 (2,5%)
	Middel-/medicatiegebruik	1 (2,5%)
	Multipiele oorzaken	1 (2,5%)
	Ongespecificeerd	15 (37,5%)
	Vasculaire ziekte	4 (10%)
	Ziekte van Alzheimer	6 (15%)

	Ziekte van Parkinson	1 (2,5%)
Beperkt, n (%)		10 (25%)
Persoonlijkheid		
DSM-5-persoonlijkeitsstoornis, n (%)		9 (22,5%)
	Afhankelijk	1 (2,5%)
	Borderline	3 (7,5%)
	Dwangmatig	1 (2,5%)
	Histrionisch	1 (2,5%)
	Narcistisch	1 (2,5%)
	Ongespecificeerd	2 (5%)
CMPT, n (%)		31 (77,5%)

CMPT = Comorbide maladaptieve persoonlijkheidsstreken

De belangrijkste reden voor exclusie was de afwezigheid van een neurocognitieve stoornis. Een aanzienlijk aantal patiënten werd opgenomen met symptomen van een psychotische of bipolaire stoornis. Een aantal van deze patiënten werd aanvankelijk wel in de studie opgenomen vanwege diagnostische onzekerheden. Bij opname was namelijk onduidelijk of het probleemgedrag gezien moest worden in het kader van een neurocognitieve stoornis of een psychiatrische stoornis in engere zin. 21 patiënten zijn achteraf geëxcludeerd omdat tijdens of net na de opname duidelijk werd dat er geen sprake was van een neurocognitieve stoornis. De hoofddiagnoses van deze patiënten waren: depressieve stoornis (n=8), psychotische stoornis (n=5), autismespectrumstoornis (n=2), trauma- en stressor-gerelateerde stoornis (n=2), bipolaire stoornis (n=2), met hersentumor geassocieerde persoonlijkheidsveranderingen (n=1) en persoonlijkheidsstoornis (n=1).

Naleving

Familieleden van patiënten waren meestal bereid deel te nemen aan dit onderzoek. Bij twintig patiënten weigerde de familie deelname (n=7) of vulden ze geen van de vragenlijsten in (n=13). Van de informantenlijsten werd de HAP het beste ingevuld (40/40), gevolgd door de GPS (38/40) en de PID-5-IBF-NL (33/40). Ontbrekende gegevens in deze ingevulde vragenlijsten waren het hoogst voor de HAP (5/40 had ten minste één ontbrekende waarde), gevolgd door de GPS (4/38) en de PID-5-IBF-NL (4/33). De uitkomstmaten hadden de volgende responsverhoudingen: T1 NPI-Q-S = 39/40, T2 NPI-Q-S = 40/40, T1 CMAI-D = 38/40, T2 CMAI-D = 34/40. Verhoudingen van ontbrekende gegevens binnen deze metingen waren: T1 NPI-Q-S = 0/39 had ten minste één ontbrekende waarde, T2 NPI-Q-S = 2/40 (beide metingen bevatten $\geq 5\%$ ontbrekende waarden), T1 CMAI-D = 2/38 (beide bevatten $\leq 5\%$ ontbrekende waarden), T2 CMAI-D = 1/34 (bevatte $\leq 5\%$ ontbrekende waarden). Alle metingen met $>5\%$ ontbrekende waarden werden uitgesloten van analyse. In metingen met $\leq 5\%$ ontbrekende waarden, werden deze ontbrekende waarden vervangen door het gemiddelde van de testscore van de deelnemer.

Aanvaardbaarheid

Verpleegkundigen waren enthousiast over de behandeling van patiënten met CoMBI. Ze vonden het ABC-model erg nuttig voor het detecteren van antecedenten van probleemgedrag. Hulpverleners gaven tijdens vergadermomenten en informele gesprekken een aantal voordelen van CoMBI aan. Ten eerste waren de interventies voor de meeste hulpverleners op de afdelingen zeer vertrouwd, wat vooral de psychiatrisch verpleegkundigen de gelegenheid gaf om hun observationele en gedragsvaardigheden in te zetten. Ten tweede waren de interventies georganiseerd rond de persoonlijke, emotionele behoeften van de patiënt. Dit gaf hulpverleners de mogelijkheid om achter het gepresenteerde probleemgedrag te kijken. Ten derde herkenden de hulpverleners een verhoogd gevoel van competentie bij zichzelf tijdens de behandeling van BPSD. Ten slotte associeerden verpleegkundigen CoMBI met het idee dat de patiënt holistisch als één team, met dezelfde visie werd behandeld. Uiteindelijk werd 42,8% van de geselecteerde patiënten behandeld met CoMBI, wat de aanvaardbaarheid van deze behandeling voor patiënten, familieleden en professionals ondersteunt. Bij 46,4% was er door de korte opnameduur te weinig tijd om het behandelmodel toe te passen. In een klein aantal gevallen (10,9%) is, ondanks de beschikbare tijd, CoMBI

niet toegepast. Dit gebeurde voornamelijk kort na de introductie van CoMBI bij het personeel en door afwezigheid van psychologen die het multidisciplinair overleg leidden. CoMBI werd ook gebruikt bij de behandeling van patiënten zonder een neurocognitieve stoornis.

Metingen

De Shapiro-Wilk-test toonde aan dat de NPI-Q-S T2-, CMAI-D T1- en CMAI-D T2-scores niet-normaal verdeeld waren ($p < 0,05$). Om veranderingen in ernst en frequentie van BPSD tussen T1 en T2 te onderzoeken, werden derhalve non-parametrische Wilcoxon signed rank-tests uitgevoerd. Tabel 2 toont de veranderingen in de meetinstrumenten door de tijd heen. Er was een statistisch significante afname van de NPI-Q-S-medianen tussen T1 (Mdn=8) en T2 (Mdn=6,5); $Z = -3,466$, $p = 0,001$. Een vergelijkbare afname werd waargenomen voor de medianen van de CMAI-D tussen T1 (Mdn=44) en T2 (Mdn=37,5); $Z = -2,604$, $p = 0,009$. Verder werden respectievelijk middelgrote tot grote effectgroottes gevonden voor CMAI-D- ($r = 3,466/\sqrt{38} = 0,45$) en NPI-Q-S-scores ($r = 2,604/\sqrt{34} = 0,56$).

Een incidentele bevinding was een afname van probleemgedrag bij patiënten zonder een neurocognitieve stoornis. Aangezien alle 21 eerder genoemde patiënten uitvoerig werden behandeld met CoMBI, voor- en nametingen van probleemgedrag voorhanden waren en de patiënten schriftelijke toestemming hadden gegeven om de verzamelde gegevens te gebruiken, werd besloten om tests op deze gegevens uit te voeren. In deze steekproef was de verdeling van uitkomstvariabelen niet in strijd met de normaliteitsveronderstelling ($p > 0,05$). Derhalve konden paired samples t-test worden uitgevoerd om verschillen tussen T1 en T2 te bepalen. De effectgrootte werd berekend met Cohens d (0,2 klein; 0,5 middelgroot; 0,8 groot). Informanten rapporteerden minder ernstige emotionele en gedragsproblemen: NPI-Q-S T1 (M=12,95, SD=5,58); T2 (M=6,53, SD=2,84); $t(18) = 4,26$, $p < 0,001$. Verder ervoeren verpleegkundigen een verminderde frequentie van probleemgedrag: CMAI-D T1 (M=46,71, SD=12,02); T2 (M=36,52, SD=5,38); $t(20) = 3,46$, $p = 0,002$. Middelgrote tot grote effectgroottes werden gevonden voor de gemiddelde verschillen van CMAI-D (Cohens d van 0,76) en NPI-Q-S (Cohens d van 0,98).

Tabel 2. Wilcoxon signed rank en paired samples t-test resultaten (N=40 en N=21).

Aanwezigheid NCS	Uitkomst maat	N (T1)	M (T1)	SD (T1)	N (T2)	M (T2)	SD (T2)	r	Z-waarde	t-waarde	EG
NCS	NPI-Q-S	39	9,82	5,50	38	6,66	5,27	-	-3,47*	-	0,56
NCS	CMAI-D	38	50,24	16,35	34	45,71	19,36	-	-2,60*	-	0,45
Non-NCS	NPI-Q-S	20	12,95	5,58	20	6,53	2,84	-,12	-	4,26*	0,98
Non-NCS	CMAI-D	21	46,71	12,02	21	36,52	5,38	-,07	-	3,46*	0,74

NCS = Neurocognitieve stoornis, NPI-Q-S = Neuropsychiatric Inventory – Questionnaire – Severity; CMAI-D = Cohen-Mansfield Agitation Inventory – Dutch, EG = effectgrootte * p

Discussie

Patiënten met persoonlijkheidsproblematiek vertonen gedrag waarmee ze hun omgeving vaak op de proef stellen. Wanneer oudere patiënten hiernaast ook neurocognitieve stoornissen ontwikkelen, kan het gedrag, aangestuurd door onvervulde kernbehoeften, nog hardnekkiger en destructiever worden. Behandeling van het probleemgedrag wordt bemoeilijkt door de beperkte coöperatie en introspectief vermogen die ontstaan door de combinatie van persoonlijkheidsproblematiek en neurocognitieve stoornis. Wij ontwikkelden CoMBI, een mediatief behandelmodel gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en op verpleegkundige interventies, en testten de haalbaarheid van dit nieuwe model. CoMBI is gericht op het vervullen van emotionele kernbehoeften van de patiënt, gekoppeld aan hun CMPT. CoMBI lijkt zeer toepasbaar en geassocieerd met een afname van BPSD. Dit effect is vooral prominent in afname van de ernst van BPSD, die een grote effectgrootte bereikte. Er werd ook een middelgrote daling in de frequentie van BPSD gemeten. Een interessante bevinding was dat een groep heterogene deelnemers met CMPT maar zonder neurocognitieve stoornissen, ook leek te profiteren van CoMBI, getuige de (middel)grote afname van probleemgedrag. Dit geeft aanwijzingen dat CoMBI een transdiagnostisch model is en dat het richten van de behandeling op de persoonlijkheid en kernbehoefte van de patiënt de interventies effectief maakt, ongeacht de

etiologie van het probleemgedrag.

Tijdens personeelsvergaderingen en informele gesprekken reageerden psychiatisch verpleegkundigen over het algemeen erg positief op de behandelmethodes van CoMBI. Meerdere factoren kunnen hiervoor aangewezen worden. CoMBI biedt vooral gemakkelijk toepasbare interventies, die gericht zijn op persisterend probleemgedrag, waarbij het behandelmodel goed aansluit bij de therapeutische vaardigheden van psychiatische verpleegkundigen. CoMBI biedt bovendien een zeer gestructureerde behandeling voor BPSD, waarbij werd aangegeven dat dit het gevoel van competentie verhoogde en de emotionele belasting voor hulpverleners verminderde. De aanvaardbaarheid van CoMBI werd ook ondersteund door de hoge nalevingspercentages voor de vragenlijsten voor verpleegkundigen en familie. Familieleden waren zeer bereid om deel te nemen. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat CoMBI familieleden een belangrijke rol toedicht en ze de mogelijkheid biedt de sleutelfactor, namelijk persoonlijke eigenschappen, van de patiënt te beschrijven, voordat de neurocognitieve ziekte haar intrede deed en voor lastige symptomen zorgde.

Een kracht van dit klinische onderzoek is de ontwikkeling van een innovatief niet-farmacologisch behandelmodel voor een zeer complexe groep gerontopsychiatrische patiënten (oudere patiënten met multimorbiditeit, polyfarmacie en resistente BPSD). CoMBI kan worden toegepast door een breed scala aan hulpverleners in de ouderenpsychiatrie. Pluspunt van dit model lijkt het gemakkelijk te begrijpen en toepasbare karakter ervan te zijn. Bovendien suggereren onze bevindingen dat CoMBI een transdiagnostisch model is, dat patiënten met uitdagende emotionele en gedragsproblemen behandelt, ongeacht de etiologie ervan. Tot slot is er, ondanks aanwijzingen dat CMPT op een of andere manier betrokken is bij BPSD, een gebrek aan bewezen effectieve behandelmodellen die CMPT combineren met BPSD. Naar onze mening draagt deze studie bij aan een effectieve, gepersonaliseerde behandeling van BPSD.

Net als bij ander niet-experimenteel onderzoek heeft deze studie een aantal beperkingen. Wegens het ontbreken van een controlegroep, kan niet worden geconcludeerd dat uitsluitend onze interventie tot verandering van BPSD heeft geleid. Een andere verklaring voor de significante afname van BPSD kan farmacotherapie zijn. Verder kunnen de gekozen verpleegkundige interventies voor de kernbehoeften worden betwist. Andere niet geselecteerde verpleegkundige interventies waren mogelijk beter geschikt voor een kernbehoefte, wat had kunnen leiden tot een nog effectiever behandelmodel. In dit kader is het aan te bevelen, in toekomstig onderzoek in kaart te brengen welke huidige verpleegkundige interventies wel en niet zijn gebruikt en wat de reden zou kunnen zijn van het al dan niet succesvol zijn van een geselecteerde interventie. Tot slot, een belangrijke beperking van deze studie is dat opvolging van de behandeling weliswaar geëvalueerd maar niet (systematisch) onderzocht is. Toekomstige studies naar CoMBI zouden met objectieve methoden moeten meten in hoeverre het behandelprotocol wordt nageleefd.

Kortom, deze studie ondersteunt dat CoMBI een goed uitvoerbaar behandelmodel is voor probleemgedrag bij patiënten met BPSD en CMPT en samengaat met afname van BPSD. De bevindingen suggereren dat de focus op comorbide persoonlijkheidskenmerken en bijbehorende kernbehoeften een sleutelrol kan spelen bij de niet-farmacologische behandeling van ouderen met BPSD. Vanwege de niet-experimentele onderzoeksopzet is verder gerandomiseerd onderzoek nodig voordat conclusies kunnen worden getrokken of de interventie tot de verminderde uitkomst heeft geleid. Verder onderzoek kan ook gericht zijn op behandeling met CoMBI bij ouderen met probleemgedrag zonder neurocognitieve stoornissen.

Auteurs

Erol Ekiz

Universiteit van Tilburg, Tranzo, GGZ Breburg

Klinisch psycholoog

PersonaCura, topklinisch centrum voor persoonlijkheidsstoornissen en/of autisme bij ouderen, GGz Breburg, Tilburg

Tranzo, Tilburg University, Tilburg

E-mail: E.Ekiz@GGzBreburg.nl

Saskia G.B.J. Bollen

GGZ Mondriaan

Verpleegkundig specialist GGZ,

Mondriaan, Heerlen-Maastricht, Nederland

Gina M.P. Rossi

Vakgroep psychologie en educatiewetenschappen, Vrije Universiteit Brussel, Brussel, Belgium

Vrije Universiteit Brussel (VUB), Persoonlijkheid en psychopathologie onderzoeksgroep ([PEPS](#)), Brussel

E-mail: Gina.Rossi@vub.be

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

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. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri, CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement* 2013;9:63-75.
2. Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Front Neurol*. 2012;3:73.
3. Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G, Miller A, Sartorius N. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr* 1996;8:497-500.
4. Schumann C, Alexopoulos P, Perneczky R. Determinants of self- and carer-rated quality of life and caregiver burden in Alzheimer disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2019;1-8.
5. Tible OP, Riese F, Savaskan E, von Gunten A. Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ther Adv Neurol Disord* 2017;10:297-309.
6. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ* 2015;350:h369.
7. Scales K, Zimmerman S, Miller SJ. Evidence-based nonpharmacological practices to address behavioral and psychological symptoms of dementia. *Gerontologist*. 2018;58:S88-S102.
8. Cohen-Mansfield J. Non-pharmacological interventions for persons with dementia: what are they and how should they be studied? *Int Psychogeriatr* 2018;30:281-3.
9. Osborne H, Simpson J, Stokes G. The relationship between pre-morbid personality and challenging behavior in people with dementia: A systematic review. *Aging Ment Health* 2010;14:503-15.
10. Algase DL, Beck C, Kolanowski A, et al. Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 1996;11:10-9.

11. Moniz-Cook ED, Swift K, James I, Malouf R, de Vugt M, Verhey F. Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;2:CD006929.
12. Beck AT, Davis DD, Freeman A, eds. *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, 3th Ed. New York: Guilford Press, 2015.
13. Cohn MD, Smyer MA, Horgas AL. *The A-B-C's of Behavior Change: Skills for Working with Behavior Problems in Nursing Homes*. State College, PA: Venture Publishing, 1994.
14. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. *Nursing Interventions Classification (NIC)*, 6th Ed. St. Louis, MO: Mosby, 2013.
15. Osterloh JWSA, Videler AC, Rossi G, Van Alphen SPJ. Mediatetherapie bij ouderen met een persoonlijkheidsstoornis: een verpleegkundige benadering. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2018;49:210-2.
16. Eldridge SM, Lancaster GA, Campbell MJ, et al. Defining feasibility and pilot studies in preparation for randomised controlled trials: development of a conceptual framework. *PLoS One* 2016;11:e0150205.
17. Bakker TJ, Duivenvoorden HJ, van der Lee J, Olde Rikkert MGM, Beekman AT, Ribbe MW. Integrative psychotherapeutic nursing home program to reduce multiple psychiatric symptoms of cognitively impaired patients and caregiver burden: randomized controlled trial. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011;19:507-20.
18. Bakker T, Habes V, Quist G, van der Sande J, van der Vrie W. *Klinisch Redeneren bij Ouderen: Functiebehoud in Levensloopperspectief*. Amsterdam, Netherlands: Reed Business, 2016.
19. De Jonghe JF, Kat MG, Kalisvaart CJ, Boelaarts L. Neuropsychiatric Inventory vragenlijstversie (NPI-Q): Validiteitsaspecten van de Nederlandse versie. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2003;34:74-7.
20. De Jonghe JF, Kat MG. Factor structure and validity of the Dutch version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI-D). *J Am Geriatr Soc* 1996;44:888-9.
21. Zuidema SU, de Jonghe JF, Verhey KR, Koopmans RT. Neuropsychiatric symptoms in nursing home patients: factor structure invariance of the Dutch nursing home version of the neuropsychiatric inventory in different stages of dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2007;24:169-76.
22. Barendse HP, Thissen AJ, Rossi G, Oei TI, van Alphen SPJ. Psychometric properties of an informant personality questionnaire (the HAP) in a sample of older adults in the Netherlands and Belgium. *Aging Ment Health* 2013;17:623-9.
23. Barendse HPJ, Thissen AJC. *Handleiding van de Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst. 's-Hertogenbosch, Netherlands: Barendse & Thissen, 2006.*
24. Van Alphen SP, Engelen GJ, Kuin Y, Hoijtink HJ, Derksen JJ. A preliminary study of the diagnostic accuracy of the Gerontological Personality disorders Scale (GPS). *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21:862-8.
25. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med* 2012;42:1879-90.
26. Rossi G, van Alphen B, de Weerd M, Markon KE, Krueger RF. *Nederlandstalige Bewerking van The Personality Inventory for DSM-5 – Informant Form (PID-5-IRF)*. Amsterdam, Netherlands: Uitgeverij Boom Adult, 2014.
27. Van den Broeck J, Bastiaansen L, Rossi G, Dierckx E, De Clercq B. Age-neutrality of the trait facets proposed for personality disorders in DSM-5: A DIFAS analysis of the PID-5. *J Psychopathol Behav Assess* 2013;35:487-94.
28. Quilty LC, Ayearst L, Chmielewski M, Pollock BG, Bagby RM. The psychometric properties of the personality inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 field trial sample. *Assessment* 2013;20:362-9.
29. Bach B, Markon K, Simonsen E, Krueger RF. Clinical utility of the DSM-5 alternative model of personality disorders: six cases from practice. *J Psychiatr Pract* 2015;21:3-25.