

Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: Epidemiologische aspecten

Auteurs: Krystle A.P. Penders, Serafine Dierckx, Priska Steenhaut, Eva Dierckx, Gina M. P. Rossi

Samenvatting

Ondanks de groeiende klinische aandacht voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen (≥ 55 jaar) is empirisch onderzoek naar persoonlijkheidspathologie op latere leeftijd beperkt. Gezien de toenemende mondiale vergrijzing is wetenschappelijk kennis op dit vlak cruciaal. Dit artikel geeft een overzicht van epidemiologische aspecten van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen, zoals de prevalentie, het beloop en de invloed ervan op verschillende gebieden van functioneren.

Epidemiological aspects of personality disorders in older adults

Abstract

Despite growing clinical attention to personality disorders in older adults (≥ 55 yrs.), empirical research addressing personality pathology in late life is scarce. Given the ageing of the population globally, scientific knowledge in this area is of vital importance. This article gives an overview of the epidemiological aspects of personality disorders in older adults, such as prevalence, the course and the impact on various domains of functioning.

Kernwoorden: beloop, invloed, persoonlijkheidsstoornissen, prevalentie

Keywords: Course, Impact, Personality disorders, Prevalence

Inleiding

Ondanks de toenemende klinische aandacht voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is (epidemiologisch) onderzoek naar persoonlijkheidspathologie op latere leeftijd (≥ 55 jaar) nog relatief beperkt.¹ Dit is opmerkelijk gezien de prevalentie en negatieve invloed ervan op zowel de oudere patiënt als diens omgeving,^{2,3} eens te meer in het licht van de stijgende mondiale vergrijzing.⁴ Zo worden ouderen met deze problematiek vaak als 'lastig' beschouwd, is er sprake van hoge comorbiditeit met andere stoornissen, en blijken behandelingen minder effectief.⁵ Tevens zijn de onderzoeksbevindingen bij volwassenen niet zonder meer te generaliseren naar ouderen, daar leeftijdsspecifieke factoren niet zijn meegenomen.¹

Gezien de serieuze consequenties van deze problematiek, is er nood aan (meer) kennis over persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Hoewel onderzoek bij ouderen achterblijft in vergelijking tot volwassenen, ontwikkelt dit onderzoeksveld zich gestaag. Om zicht te krijgen op recente wereldwijde ontwikkelingen en onderzoeksinitiatieven, geeft dit artikel een overzicht van primaire epidemiologische studies naar persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen gepubliceerd tussen 2009-2020. Het onderliggend literatuuronderzoek geeft blijk dat in de afgelopen periode de epidemiologische studies met name gericht waren op prevalentie, invloed ervan op gezondheid, kwaliteit van leven en suïcide evenals enkele beloopstudies. Alvorens in te gaan op de resultaten, worden persoonlijkheidsstoornissen gedefinieerd. Ten slotte worden aanbevelingen voor verder onderzoek gegeven.

Persoonlijkheidsstoornis

Het meest gebruikte classificatiesysteem voor psychiatrische stoornissen, de DSM-5,⁶ omschrijft een persoonlijkheidsstoornis als een patroon van duurzame, inflexibele en inadequate innerlijke ervaringen en gedragingen die zo ernstig zijn dat ze

beperkingen in het eigen functioneren veroorzaken of leiden tot conflicten met de omgeving. Binnen het huidige systeem worden 10 verschillende persoonlijkheidsstoornissen onderscheiden die vervolgens zijn onderverdeeld binnen drie clusters (zie Tabel 1).

Methoden

Middels zoekstrategieën in Medline/Pubmed en PsycINFO is gezocht naar relevante literatuur gepubliceerd in de periode van 2009-2020, betreffende epidemiologische aspecten van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen (≥ 55 jaar). De volgende zoektermen werden gehanteerd: "personality disorder(s)" of "personality pathology" of "persoonlijkheidsstoornis(sen)" en "older adults" of "elderly" of "late(r) life" of "ouderen". Dit tijdsinterval is gekozen om studies te includeren die verricht zijn na het laatste literatuuronderzoek met een vergelijkbaar thema gepubliceerd in dit tijdschrift.⁷

Deze zoekstrategie leverde uiteindelijk 365 studies op. Artikelen werden geëxcludeerd wanneer: persoonlijkheidsstoornissen niet de primaire focus was (bijvoorbeeld covariaat of als comorbide stoornis), het persoonlijkheid of adaptieve persoonlijkheidstrekken betrof; andere dan DSM-gedefinieerde persoonlijkheidsstoornissen werden gehanteerd (bijvoorbeeld "Type A"), de deelnemers duidelijk jonger dan 60 jaar waren, het diagnostische- of behandelstudies betrof (in verband met de focus van andere artikelen binnen dit themanummer), of wanneer het geen primaire empirische studies waren (zoals casuïstiek, Delphi-onderzoek, reviews).

Het overgrote deel van de artikelen ($n=339$) werd geëxcludeerd op basis van de hierboven beschreven exclusiecriteria. De search leverde 26 artikelen op. Aanvullend werden de referenties van de geïncludeerde artikelen bekeken, hetgeen acht extra artikelen opleverde. In deze artikelen worden 5 domeinen behandeld: prevalentie, beloop, invloed op gezondheid, invloed op kwaliteit van leven en suicide. Daar waar de search blijk gaf van een hiaat, werd deze volledigheidshalve waar mogelijk opgevuld door oudere studies ($n=10$). In totaal worden in dit overzichtsartikel 44 studies besproken.

Resultaten

De belangrijkste bevindingen zijn naast onderstaande tekst ook terug te vinden in de tabellen 2 (prevalentie) en 3 (beloop en invloed op functioneren) waarin zoveel mogelijk de volgorde van de tekst wordt gevolgd.

Prevalentie

Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen komen veelvuldig voor. In de afgelopen jaren heeft prevalentie-onderzoek zich voornamelijk gericht op de algemene ouderenbevolking (5 studies), en vonden er enkele studies plaats binnen het verpleeghuis (1 studie) of de GGZ (2 studies) of in beide settings (1 studie). Binnen de algemene ouderenpopulatie variëren de prevalentiecijfers tussen 8.1-14.5%.^{8, 9,10,11,12} Binnen het verpleeghuiswezen worden prevalenties van 22.5%¹³ en 57.8%¹⁴ gevonden. Het voorkomen van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen binnen de (klinische) GGZ betreft 24.1%¹³ tot 60.0%³. De gevonden studies duiden dat van de verschillende typen persoonlijkheidsstoornissen, de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis op latere leeftijd het meest voor komt met prevalentiecijfers variërend van 5-12.3%.^{8,10,11,14} De afhankelijke persoonlijkheidsstoornis wordt het minst vaak gediagnosticeerd (0.1-0.8%).^{8,10,12} Daarbij blijkt persoonlijkheidsproblematiek meer bij mannen dan bij vrouwen te spelen. Zo toont een grote Amerikaanse bevolkingsstudie ($n=12.312$) dat 16.8% van de oudere mannen een persoonlijkheidsstoornis heeft tegenover 12.7% bij vrouwen op leeftijd.¹⁰ Een Franse studie onderschrijft dit met nog grotere geslachtsverschillen bij 83 ouderen in verzorgingscentra of verpleeghuizen:¹⁴ 80% mannen in vergelijking tot 48.7% vrouwen had een persoonlijkheidsstoornis. Met betrekking tot de typen persoonlijkheidsstoornissen, blijken bij vrouwen vaker paranoïde (2.5% tegenover 2.1%), vermijdende (1.6% tegenover 0.9%) en afhankelijke persoonlijkheidsstoornissen (0.4% tegenover 0.1%) voor te komen.¹⁰ Dit komt in grote lijnen overeen met de sekse-specifieke prevalentiecijfers bij jongere volwassenen,¹⁵ uitgezonderd borderline persoonlijkheidsstoornis, die op latere leeftijd meer bij mannen dan bij vrouwen (3.3% tegenover 3.0%) voorkomt.¹⁰

Bovenstaande cijfers dienen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden, daar meerdere factoren deze kunnen vertekenen: instrumentkeuze, culturele aspecten en leeftijdsgrens. De keuze van diagnostische instrumenten speelt een rol. Nagenoeg alle instrumenten zijn gebaseerd op DSM-criteria waarvan ongeveer een derde onvoldoende rekening houdt met de leef- en belevingswereld van ouderen, met meestal onderdiagnostiek tot gevolg.¹⁶ De vastgestelde grenzen van dit categorische systeem zijn arbitrair, niet passend bij de dimensionale aard van persoonlijkheidsstoornissen,¹⁷ en hebben een impact op de prevalentie. Zo wijst onderzoek uit dat wanneer het aantal diagnostische criteria waaraan men moet voldoen

met één verlaagd wordt, de prevalentie op latere leeftijd bijna verdubbelt.⁸ Tevens zijn weinig instrumenten gevalideerd voor ouderen.¹⁸ Ook het type instrument kan een invloed hebben.⁸ Het klinisch interview bleek het meest conservatief in het vaststellen van persoonlijkheidsproblematiek bij ouderen, gevolgd door de zelfrapportage vragenlijst. De prevalentiecijfers waren het hoogst wanneer informant-informatie werd gebruikt. Ook dient in ogenschouw genomen te worden dat wellicht niet alle persoonlijkheidsstoornissen zijn meegenomen in de studies. Zo blijken bijvoorbeeld enkele studies slechts zeven van de tien persoonlijkheidsstoornissen in kaart te brengen,^{11,12} hetgeen logischerwijs de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen op latere leeftijd beïnvloedt.

Mogelijk kunnen culturele aspecten het vergelijken van prevalentiecijfers eveneens bemoeilijken. Zo wijzen Westerse studies uit dat afhankelijke persoonlijkheidspathologie op latere leeftijd relatief weinig voorkomt binnen de algemene ouderen populatie,^{8,10,11} terwijl deze problematiek duidelijk meer speelt binnen Centraal Afrika (11,7-17,5%).⁹ Mogelijk vertonen mensen uit een meer traditionele gemeenschap, zoals Centraal Afrika, in hogere mate afhankelijke trekken dan mensen uit een meer Westerse samenleving.¹⁹ Helaas ontbreken tot op heden cross-culturele prevalentiestudies naar persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen om hier meer duidelijkheid in te verschaffen.

De gehanteerde leeftijdsgrens om ouderen te definiëren heeft ook invloed op de prevalentiecijfers. Hoewel men met de term senior meestal verwijst naar personen van 65 jaar of ouder, blijken studies naar persoonlijkheidspathologie op latere leeftijd een grote leeftijdsspanne te beslaan, variërend van 'jonge-ouderen' (55-64 jr.) tot 'oudste-ouderen' (85+ jr.), terwijl de prevalentie duidelijk verschilt afhankelijk van de gekozen leeftijdscategorie.¹⁰ Zo is de prevalentie van persoonlijkheidsproblematiek met 18,1% het hoogst bij de jongste-ouderen (55-64 jr.), gevolgd door 13,2% onder ouderen van 65-74 jaar. De prevalentie neemt verder af tot 10,4% bij ouderen tussen 75-84 jaar en stijgt vervolgens licht naar 10,7% bij de oudste-ouderen.¹⁰ Het is dus eveneens belangrijk om te kijken naar het beloop van persoonlijkheidsstoornissen.

Beloop

De meeste studies omtrent beloop blijken cross-sectioneel van aard in plaats van longitudinaal.³ Hierdoor kan niet met zekerheid worden aangegeven hoe een persoonlijkheidsstoornis zich ontwikkelt gedurende de levensloop, maar zijn er wel bepaalde indicaties. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen persoonlijkheidsstoornissen die reeds aanwezig waren vóór de derde levensfase (periode van ongeveer 65 tot 75 jaar), laat-zichtbare/ontstane persoonlijkheidsstoornissen en terugkerende persoonlijkheidsstoornissen.

Een bijkomende kanttekening is dat het merendeel van de onderzoeken vooral of uitsluitend gebruik maken van zelfrapportage. Deze studies tonen aan dat persoonlijkheidsproblematiek minder voorkomt op latere leeftijd, terwijl studies met informant-rapportage een minder positief beeld schetsen.^{20,21} Het verkrijgen van een duidelijk beeld omtrent het beloop van persoonlijkheidspathologie bij ouderen wordt dus mogelijk bemoeilijkt door de instrumentkeuze.

Persoonlijkheidsstoornissen reeds aanwezig vóór de derde levensfase

Hoewel men er lang vanuit is gegaan dat persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen relatief stabiel blijven over (leeftijd), heeft onderzoek inmiddels uitgewezen dat er meer verandering is dan aanvankelijk gedacht.²²

Zo zijn er longitudinale studies die aangeven dat personen na verloop van tijd minder symptomen hebben en soms zelfs niet voldoen aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis.^{23,24} Als verschillende leeftijdsgroepen worden vergeleken, wijst een cross-sectionele studie uit dat negen van twaalf onderzochte persoonlijkheidsstoornissen minder lijken voor te komen in oudere leeftijdsgroepen.²⁵

Bij ouderen lijken vooral cluster B-persoonlijkheidsstoornissen (antisociale, histrionische, narcistische en borderline) in ernst te verminderen of zelfs volledig te verdwijnen.^{25,26,27} Vooral de externaliserende trekken zoals impulsiviteit, antisociaal- en risicovol gedrag evenals opzettelijke zelfverwonding nemen op latere leeftijd af.^{25,28,29,30} Met de leeftijd lijkt men voorzichtiger te worden, zich meer aan te passen aan de maatschappelijke verwachtingen en nemen bepaalde (niet-cluster B gerelateerde) adaptieve trekken, zoals consciëntieusheid, verantwoordelijkheidsgevoel, gedragsinhibitie en volhardendheid mogelijk toe en is er sprake van toenemende maturiteit.^{25,31} Andere met cluster B-geassocieerde trekken zoals egocentriciteit, gebrek aan empathie en manipulerend gedrag lijken stabiel te blijven.²⁵

Deze bevindingen moeten echter met de nodige voorzichtigheid bekeken worden, want andere verklaringen behalve natuurlijk herstel zijn eveneens waarschijnlijk. Eén mogelijke alternatieve verklaring betreft selectieve uitval. Het impulsieve en risicovolle gedrag (zoals geweld, zelfbeschadiging en suïcidale neigingen) dat mensen met cluster B problematiek vaak laten

zien, kan leiden tot een vroegtijdige dood,³² waardoor diegenen die deze gedragingen in mindere mate vertonen overblijven in de oudere leeftijdsgroepen. Hierdoor kan dan de indruk ontstaan dat deze gedragingen afnemen met de leeftijd, terwijl dat niet noodzakelijkerwijs het geval is.

Een andere, mogelijke verklarende factor betreft de heterotypische continuïteit; met de leeftijd komen bepaalde persoonlijkheidsstoornissen op een andere manier tot uiting dan voorheen. Het af- of toenemen van bepaalde trekken zijn naar alle waarschijnlijkheid niet enkel toe te schrijven aan maturiteit, maar ook aan andere normatieve veranderingen van fysieke, cognitieve en socio-economische aard.³³ Zo laten follow-up studies,^{34,35,36} en cross-sectionele vergelijkingen,^{24,29,30,37} zien dat er bij borderline persoonlijkheidsstoornissen een afname is in agressieve en impulsieve symptomen, evenals een toename in depressieve en passief-agressieve klachten en/of medicatiegebruik. Aangezien veroudering samengaat met fysieke achteruitgang, is een persoon op leeftijd doorgaans minder sterk of heeft deze minder energie. Hierdoor wordt mogelijk ook het uiten van fysieke agressie minder doenlijk. Het uiten van agressief gedrag kan dus verminderen, maar in de plaats daarvan zou de persoon wel vaker passief-agressief gedrag kunnen laten zien. Bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis werd namelijk gevonden dat het gebruik van de strategie misleiding (waaronder herhaaldelijk liegen, gebruik van aliassen, oplichting) steeg op latere leeftijd, vermoedelijk omdat strategieën zoals fysieke intimidatie minder effect zouden hebben.³⁸ Bij de histrionische persoonlijkheidsstoornis namen uitingen van verleidend gedrag significant af,²⁵ terwijl oppervlakkige emoties²⁵ en somatiserend gedrag³⁹ juist toenamen.

Bij cluster A en C-persoonlijkheidsproblematiek zijn de resultaten minder eenduidig. In sommige studies lijken de trekken van deze persoonlijkheidsstoornissen af te nemen met de tijd, zij het minder hevig dan bij cluster B persoonlijkheidsstoornissen.²⁵ Anderzijds zijn er indicaties dat cluster A (schizoïde, schizotypische en paranoïde) en cluster C (dwangmatige, vermijdende, afhankelijke) persoonlijkheidsstoornissen relatief stabiel blijven of zelfs toenemen met de leeftijd.^{27,40} Hoewel de meeste studies op de clusterniveau gefocust zijn, vonden Gutierrez en collega's²⁵ dat de afname sterk afhangt van de individuele persoonlijkheidsstoornis. Zo vonden zij bijvoorbeeld dat cluster A trekken afnemen tot de leeftijd van 30 jaar. Echter vanaf deze leeftijd namen binnen deze cluster A de schizoïde trekken toe, de paranoïde trekken af en fluctueerden de schizotypische trekken gedurende de levensloop. Daarnaast vond men bij de cluster A en C symptomen bevestiging voor een daling in afhankelijkheid en achterdocht, evenals een lichte stijging in sociale angst, rigiditeit en onthechting.²⁵ Ook hier is mogelijk sprake van symptoomverschuiving of heterotypische continuïteit. Hoewel de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis stabiel lijkt te blijven, vond men dat 'werkverslaafdheid' en 'gierigheid' toenamen met de leeftijd en dat 'geobsedeerdheid door details' en 'weigerachtig staan om taken te delegeren' afnamen.²⁵ In een andere studie werden bij de oudste ouderen (vanaf 85 jaar) indicaties gevonden dat sommigen afhankelijker en meer paranoïde werden op vergevorderde leeftijd.³⁸ Het eerste zou verklaard kunnen worden doordat deze ouderen meer fysiek beperkt zijn en derhalve afhankelijker worden van anderen, het tweede kan mogelijk het gevolg zijn van sensorische veranderingen (bijvoorbeeld slechthorend worden) die geassocieerd worden met verhoogde paranoia⁴¹ of wellicht ten gevolge van optredende neurodegeneratieve aandoeningen zoals dementie.

Een laatste belangrijke factor die mede de veranderingen in de aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen op oudere leeftijd kan verklaren, is dat de huidige meetinstrumenten, gebaseerd op de DSM-5,⁶ geen rekening houden met de specifieke fenomenologie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.^{16,42} Zo zijn een aantal criteria niet aangepast aan de levenssituatie en belevingswereld van ouderen, zoals items die over werk gaan in geval van de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis, of seksualiteit in geval van schizoïde persoonlijkheidsstoornissen.⁴³ Dit vergroot vervolgens de kans dat sommige persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen, waarbij de uiting meer veranderingen vertoont met de leeftijd, vaker ondergediagnosticeerd worden.⁴⁴

Laat-ontstane/ laat-zichtbare persoonlijkheidsstoornissen

Het inzicht in persoonlijkheidsstoornissen op latere leeftijd neemt gestaag toe; onderzoek omtrent deze laat-ontstane pathologie blijft evenwel erg beperkt. Hoewel de meest recente literatuur hier weinig op focust, vonden de auteurs het wel belangrijk om hier ook aandacht aan te besteden in het kader van dit overzichtsartikel. Het is belangrijk om met voldoende bedachtzaamheid naar deze studies te kijken.

Tot op heden bestaan er geen longitudinale studies over laat-ontstane persoonlijkheidsstoornissen die meer helderheid kunnen verschaffen over het optreden van nieuwe gevallen. Ook is zo'n laat-ontstane persoonlijkheidsstoornis in de strikte zin

onmogelijk wanneer uit wordt gegaan van de DSM-5 criteria. Om die reden kan niet met zekerheid gezegd worden dat dergelijke problematiek dan wel kan voorkomen.¹ Hoewel persoonlijkheidsproblematiek veelal reeds voor de derde leeftijdsfase aanwezig was, lijken sommige individuen pas op latere leeftijd een persoonlijkheidsstoornis te ontwikkelen. Desondanks zijn de meeste onderzoekers en klinici het eens dat bij de laatstgenoemde personen reeds kwetsbaarheid of subklinische trekken aanwezig waren.^{39,43} De 'laat-zichtbare' persoonlijkheidsstoornis is daarom mogelijk ook een betere term dan "laat-ontstane".⁴³ In eerdere levensfasen zouden deze personen gebruik maken van compensatiemechanismen zoals adaptieve copingstrategieën of hadden ze een groter ondersteunend netwerk. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat men, ondanks de kwetsbaarheid, toch relatief goed kan functioneren en onder de klinische radar kan blijven. Meerdere studies wijzen uit dat de effecten van eerdere moeilijke levensomstandigheden of -gebeurtenissen, bijvoorbeeld op jeugdige leeftijd, niet afnemen met de tijd en een blijvende impact kunnen hebben op de geestelijke gezondheid.^{45,46} Rond de derde (en vierde; vanaf 75 jaar) levensfase treden belangrijke veranderingen op. Zo verliest men vaak (een deel) van het sociale netwerk door overlijden van familieleden of vrienden, of door pensionering. Ook kan men door de pensionering de maatschappelijke status kwijtraken, evenals de zin van het leven verliezen, niet wetende wat te doen met de vrijgekomen tijd. Bovendien kunnen relationele spanningen ontstaan doordat men als gevolg van het wegvallen van het werkzame leven of het uit huis gaan van de kinderen vaker bij elkaar is zonder andere afleidingen. Daarnaast kan de cognitieve en lichamelijke achteruitgang steeds voelbaarder worden naarmate men ouder wordt. Deze veranderingen kunnen een invloed hebben op copingsmechanismen, zelfbeeld en autonomie van de oudere met onderliggende kwetsbaarheden. Ook neurologische veranderingen kunnen mogelijk een rol spelen en ervoor zorgen dat de oudere minder adaptief omgaat met bepaalde situaties dan voorheen. Een persoonlijkheidsverandering veroorzaakt door een neurologische aandoening mag echter niet gezien worden als een laat-zichtbare persoonlijkheidsstoornis.²⁶

Terugkerende persoonlijkheidsstoornissen

Bij wat men 're-emergent' of terugkerende persoonlijkheidsstoornissen noemt, is de persoonlijkheidsstoornis wel reeds op klinisch niveau aanwezig in de vroege volwassenheid. Deze neemt vervolgens af tot subklinisch niveau, om op latere leeftijd weer tot klinisch niveau toe te nemen. Ook hier is onvoldoende onderzoek om uitgebreid inzicht te vergaren, en is het belangrijk om het bestaande onderzoek, vooral bestaande uit casuïstiek, met de nodige voorzichtigheid te benaderen. Vaak is de persoonlijkheidsstoornis in deze gevallen duidelijk aanwezig tot ongeveer 30 jaar. Hierna zouden de symptomen afnemen doordat men op die leeftijd een stabiel en evenwichtiger leven heeft opgebouwd, zowel op professioneel als relationeel vlak.⁴³ Rond het 50e levensjaar zouden de symptomen echter opnieuw toenemen als gevolg van confrontaties met maatschappelijke veranderingen of andere ervaringen gerelateerd aan de derde en vierde levensfasen. Persoonlijkheidsstoornissen zouden zich op deze manier kunnen presenteren als een reactie op nieuwe stressoren die kenmerkend zijn voor een nieuwe levensfase, wanneer copings-vaardigheden of maatschappelijke ondersteuning net tekortschieten.

Invloed op functioneren

Persoonlijkheidsstoornissen hebben een aanzienlijke invloed op verschillende domeinen van functioneren. De zwaarte van de invloed blijkt bij oudere volwassenen afhankelijk van het type persoonlijkheidsstoornis. Wanneer schizotypische, borderline, vermijdende en dwangmatige persoonlijkheidsstoornissen werden vergeleken, hebben borderline en schizotypische persoonlijkheidsstoornissen een grotere invloed op zowel werk-gerelateerd als relationeel vlak in vergelijking met de andere persoonlijkheidsstoornissen.⁴⁷ Wanneer vermijdende, afhankelijke, schizoïde, paranoïde, antisociale en histrionische persoonlijkheidsstoornissen werden vergeleken, voorspelde de laatstgenoemde persoonlijkheidsstoornis geen significante beperkingen, terwijl de andere stoornissen een grote negatieve invloed hadden.⁴⁸ Bij ouderen is deze impact mogelijk nog groter, door het bijkomend effect van leeftijdsgerelateerde veranderingen, zoals verlies van het sociaal netwerk, lichamelijke en cognitieve achteruitgang, en verlies van status in de maatschappij.^{11,49} Er werd vooralsnog hiertoe weinig onderzoek verricht bij ouderen. Bovendien hebben veel van de onderzoeken ouderen gedefinieerd als 'ouder dan 55 of 60 jaar' en zijn er weinig studies zijn die de oudste ouderen includeerden. We geven een overzicht van studies bij ouderen ten aanzien van invloed op gezondheid, kwaliteit van leven en suicide.

Gezondheid

Maladaptieve persoonlijkheidstrekken lijken bij te dragen aan een beperktere lichamelijke gezondheid op latere leeftijd.^{2,50} Bovendien lijkt de impact van zowel persoonlijkheidsstoornissen als somatische chronische aandoeningen te stijgen met de leeftijd,¹ en kan dit effect mogelijk zwaarder doorwegen doordat ouderen reeds geconfronteerd worden met de 'gewone' fysieke en sociale leeftijdsgerelateerde veranderingen.^{11,51} Er werden ook significante associaties gevonden tussen persoonlijkheidsstoornissen en chronische ziektes.^{12,52} Tevens bleek het hebben van een persoonlijkheidsstoornis een voorspellende factor bij slechter fysiek functioneren, beperkingen in uit te voeren rollen, vermoeidheid en pijn, waarbij de invloed op deze twee laatste het grootst was.² Met name de borderline en antisociale persoonlijkheidsstoornis blijken gerelateerd aan slechtere fysieke gezondheid bij ouderen, waaronder artritis, slapeloosheid en coronaire ziekten.^{2,12,53} In het geval van borderline persoonlijkheidsproblematiek lijkt dit deels gemedieerd te worden door het ontwikkelen van obesitas.^{54, 55} Ook bij paranoïde en dwangmatige persoonlijkheidsproblematiek is er verhoogd risico op hartaanvallen en gastritis, waarbij bij de laatstgenoemde tevens een verhoogd risico is op krijgen van beroertes.^{12,52,56} Mensen met paranoïde persoonlijkheidsstoornissen zijn daarnaast meer geneigd om behandelingen te weigeren, wat ervoor kan zorgen dat zij met verloop van tijd met een slechtere gezondheid geconfronteerd worden.⁵⁷ Persoonlijkheidspathologie blijkt op oudere leeftijd een belangrijke voorspeller van een grotere exploitatie van medische diensten en producten,^{58,59} in het bijzonder een antisociale, borderline, vermijdende of afhankelijke persoonlijkheidsproblematiek.⁶⁰ Zo worden zij vaker opgenomen in het ziekenhuis, zijn zij vaker in behandeling en gebruiken zij gemiddeld meer medicatie dan leeftijdsgenoten zonder persoonlijkheidspathologie. Ouderen met een persoonlijkheidsstoornis hebben drie tot dertien keer meer kans op een comorbide psychische stoornis, dan in de afwezigheid van persoonlijkheidsproblematiek. Angstproblematiek bleek het meest samen voor te komen met persoonlijkheidsstoornissen, gevolgd door stemmingsstoornissen en middelenmisbruik.¹² Ten aanzien van alcoholmisbruik en -afhankelijkheid bleek het samen te hangen met persoonlijkheidsproblematiek waarbij er problemen zijn met de impuls- of de emotionele controle, zoals histrionische, borderline en narcistische persoonlijkheidstrekken.⁵⁰ Daarentegen blijkt dat persoonlijkheidsstoornissen die gerelateerd zijn aan controlerend gedrag (dwangmatige persoonlijkheidsstoornis) of sociale vermijding (schizoïde persoonlijkheidsstoornis) een verminderd risico hebben op alcoholafhankelijkheid.⁶¹ Persoonlijkheidsproblematiek blijkt eveneens een sterke en onafhankelijke risicofactor voor automutilatie bij volwassenen tussen 65-80 jaar oud.⁶² Bij mensen ouder dan 80 jaar leek dit geen risicofactor te zijn, maar mogelijk is dit slechts een artefact omdat het gepaarde risico op zelfdoding of overlijden eveneens significant groter werd.

Het effect van persoonlijkheidsstoornissen op cognitieve achteruitgang blijkt een zo goed als onontgonnen gebied, slechts een zeer beperkt aantal onderzoeken zijn hiernaar verricht. De afhankelijke persoonlijkheidsstoornis is geassocieerd is met een verhoogde mate van Mild Cognitive Impairment en dementie.⁹ Hierbij dient echter de kanttekening gemaakt te worden dat de criteria voor deze persoonlijkheidsproblematiek een beperkte indruksvaliditeit hebben bij ouderen, zeker bij ouderen die als gevolg van cognitieve beperkingen aangewezen zijn op ondersteuning van een mantelzorger. In een andere studie,⁶³ waarin men gebruik maakte van drie methoden om persoonlijkheidsstoornissen in kaart te brengen (zelfrapportage, informant rapportage en een semi-gestructureerd klinisch interview), werden meerdere relaties gevonden tussen persoonlijkheidsproblematiek en cognitieve achteruitgang. Zo waren zouden borderline persoonlijkheidsstoornis-symptomen, gemeten met het interview en informant rapportage, geassocieerd met een grotere waarschijnlijkheid op het ervaren van cognitieve veranderingen, indicatief zijn voor de vroege fase van (ongespecificeerde) dementie.⁶³ Symptomen van een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis (op basis van zelfrapportage en interview) bleken voorspellend voor grotere cognitieve beperkingen, terwijl zelfgerapporteerde narcistische persoonlijkheidsproblematiek en antisociale persoonlijkheidsstoornissen, gemeten middels het interview, juist gelinkt werden aan lagere waarschijnlijkheid van cognitieve problematiek.⁶³ Wellicht kunnen de associaties tussen persoonlijkheidsproblematiek en cognitieve problematiek (in ieder geval voor borderline persoonlijkheidsproblematiek) deels verklaard worden door veranderingen in hersenstructuren. Zo wijst een recente meta-analyse uit dat bij personen met borderline en narcistische persoonlijkheidsproblematiek er wijzigingen plaatsvinden in de prefrontale, temporale en pariëtale cortex evenals in het N-acetylaspartaat (NAA) en grijze stof niveaus, structuren die ook betrokken zijn in de ontwikkeling van neurocognitieve stoornissen.⁶⁴

Kwaliteit van leven

Persoonlijkheidsproblematiek op latere leeftijd lijkt ook invloed te hebben op de kwaliteit van leven. Ouderen met

persoonlijkheidspathologie rapporteren namelijk een lagere kwaliteit van leven,⁶⁵ evenals een verminderde gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit,¹¹ in vergelijking met ouderen zonder deze problematiek. Ook wanneer er geen objectief bewijs is voor de aanwezigheid van specifieke gezondheidsproblemen.² Bovendien lijken ze kwetsbaarder te zijn voor stress die samenhangt met leeftijdsgerelateerde veranderingen,⁶⁶ en ervaren ze meer stressvolle levensgebeurtenissen.¹ Deze bevindingen komen nog sterker naar voor bij onderzoek gericht op ouderen met meer dan één persoonlijkheidsstoornis.⁶⁶ Opvallend is dat de histrionische en vermijdende persoonlijkheidsstoornis, daarentegen, niet gerelateerd zijn aan een afgenomen kwaliteit van leven op lichamelijk vlak.¹¹ Mogelijk staan mensen met een vermijdende persoonlijkheidsstoornis weigerachtig ten opzichte van risicovol gedrag, wat een beschermende factor kan zijn wat betreft fysieke beperkingen. De histrionische persoonlijkheid, hetgeen vaak samengaat met aandacht zoekend gedrag en overmatige emotionele expressie, leidt mogelijk tot het sneller verkrijgen van hulp. Kenmerken van een borderline persoonlijkheidsproblematiek, zoals impulsiviteit en onstabiele interpersoonlijke relaties, blijken bovendien meer interpersoonlijke stressvolle levensgebeurtenissen in de hand te werken.^{45,67,68} Anderzijds zouden kenmerken van een vermijdende en paranoïde persoonlijkheidsproblematiek net een daling in het aantal negatieve levensgebeurtenissen voorspellen.⁶⁸ Mogelijk zorgt de sociale vermijding, een kenmerk van beide stoornissen, voor een afname van het aantal interpersoonlijke contacten, waardoor de kans op negatieve levensgebeurtenissen afneemt. Ouderen met persoonlijkheidsproblematiek rapporteerden ook een lagere relationele tevredenheid.⁶³ In een longitudinale studie bleek bijvoorbeeld dat deze mensen, in het bijzonder met cluster A problematiek, vaker minder tevreden waren met hun relatie evenals hun partners.⁶⁹ De verschillende meetmomenten gaven aan dat deze lagere tevredenheid consistent bleef over 2,5 jaar tijd. Hoewel deze mensen dus minder tevreden zijn, leidde het niet tot een verdere daling of een relatiebreuk.

Suicide(gedachten)

Persoonlijkheidsstoornissen op latere leeftijd lijkt ook invloed te hebben op suïcide. Het hebben van persoonlijkheidspathologie is op latere leeftijd gerelateerd aan een verhoogd risico op zelfmoord,^{70,71} voornamelijk bij mannen ouder dan 85 jaar.⁷² Toch lijkt de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij oudere zelfmoordslachtoffers lager te zijn dan bij jongere volwassenen die zelfmoord plegen.⁷³ Dit is echter mogelijk een vertekening, te verklaren door diagnostische problemen bij ouderen al dan niet door de aanwezigheid van cognitieve beperkingen en uitval door vroegtijdig overlijden.⁷² Persoonlijkheidspathologie lijkt ook een voorspellende factor voor zelfmoordgedachten of ideatie op oudere leeftijd.^{72,74} Deze relatie met zelfmoordideatie zou sterker zijn dan die tussen persoonlijkheidsstoornissen en het daadwerkelijk zelfmoord plegen.⁷² Borderline persoonlijkheidstrekken blijken een sterkere voorspellende relatie te hebben met zelfmoordgedachten dan andere persoonlijkheidsstoornissen.⁷⁴ Andere factoren die hierbij mogelijk een rol spelen zijn depressiviteit, het gevoel dat je er niet hoort te zijn en het gevoel van overbelast te zijn.⁷⁵ Deze gevoelens zouden vaker kunnen voorkomen bij ouderen door verlies van vrienden en familie en een grotere afhankelijkheid van anderen. Daarnaast geven mensen met meer borderline persoonlijkheidstrekken meer zelfgerichte ontsnappingsmotieven voor suïcide.⁷⁶ De enige persoonlijkheidsstoornis die een negatieve voorspeller was voor zelfmoordideatie bleek de histrionische persoonlijkheidsstoornis te zijn.⁷²

Besluit

Epidemiologische gegevens betreffende persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen zijn vooralsnog zeer beperkt. Hoewel de bevindingen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden als gevolg van methodologische verschillen evenals door het gebruik maken van de huidige niet op ouderen toegespitste criteria, blijken persoonlijkheidsstoornissen veelvuldig op latere leeftijd voor te komen en zijn er aanwijzingen voor een veranderlijke expressie gedurende de levensloop. Tevens tonen studies aan dat persoonlijkheidsproblematiek bij ouderen een negatieve invloed heeft op meerdere domeinen, zoals gezondheid en kwaliteit van leven. Ook heeft het een negatieve invloed op het suïcide risico.

Hoewel deze literatuurstudie laat zien dat er mooie stappen worden gemaakt op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen, is verder onderzoek van belang. Los van het thema/deelgebied, is vervolgonderzoek wenselijk waarbij alle groepen ouderen, van algemene bevolking tot aan specialistische settingen, worden meegenomen. Toekomstige prevalentie- en beloopstudies zijn gebaat bij het gebruik van meer geschikte instrumenten voor alle persoonlijkheidsstoornissen, zij het leeftijds specifiek dan wel leeftijdsneutraal, om zo een meer betrouwbaar beeld te kunnen geven. Daarbij is het van meerwaarde om in toekomstig onderzoek naar het beloop van persoonlijkheidsstoornissen meer te focussen op het verloop

van de individuele persoonlijkheidsstoornissen of zelfs op trekkenniveau. Gezien de vergrijzing zal het aantal ouderen met persoonlijkheidsstoornissen evenals het beroep op zorg enkel toenemen. Derhalve is longitudinale onderzoek naar deze problematiek op latere leeftijd steeds meer van belang.

Tabellen

Tabel 1: overzicht DSM-5 persoonlijkheidsstoornissen

Cluster A:	het vreemde, excentrieke cluster met vooral afwijkende cognities tot uiting komend in wantrouwen, afstandelijkheid, cognitieve en perceptuele vervormingen
Paranoïde persoonlijkheidsstoornis:	Een pervasief wantrouwen en achterdocht tegenover andere mensen, waarbij hun motieven worden geïnterpreteerd als kwaadwillend.
Schizoïde persoonlijkheidsstoornis:	Een pervasief patroon van afstandelijkheid in sociale relaties en een beperkt scala van expressies en emoties in interpersoonlijke relaties.
Schizotypische persoonlijkheidsstoornis:	Een pervasief patroon van sociale en interpersoonlijke deficiënties gekenmerkt door een direct gevoeld ongemak bij een verminderd vermogen tot het hebben van hechte relaties, en door cognitieve of perceptuele distorsies en excentriciteit in het gedrag.
Cluster B:	het dramatische cluster, vooral gekenmerkt door interpersoonlijke problemen evenals problemen met impulsen en affecten
Antisociale persoonlijkheidsstoornis:	Een pervasief patroon van een gebrek aan respect voor en schending van de rechten van anderen.
Borderline persoonlijkheidsstoornis:	Een pervasief patroon van instabiliteit van de interpersoonlijke relaties, het zelfbeeld en van affecten evenals duidelijke impulsiviteit.
Narcistische persoonlijkheidsstoornis:	Een pervasief patroon van grandiositeit (in fantasie of gedrag), behoefte aan bewondering en gebrek aan empathie.
Histrionische persoonlijkheidsstoornis:	Een pervasief patroon van excessieve emotionaliteit en aandacht vragen.
Cluster C:	het angstige en rigide cluster, doorgaans met onderliggende insufficiëntiegevoelens
Vermijdende persoonlijkheidsstoornis:	Een pervasief patroon van sociale geremdheid, gevoelens van insufficiëntie en hypersensitiviteit voor een negatieve beoordeling.
Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis:	Een pervasieve en excessieve behoefte om verzorgd te worden die leidt tot onderdanig en aanklampend gedrag en de vrees om in de steek gelaten te worden.
Dwangmatige persoonlijkheidsstoornis:	Een pervasief patroon van preoccupatie met ordelijkheid, van perfectionisme en van intrapsychische en interpersoonlijke beheerstheid ten koste van flexibiliteit, openheid en efficiëntie.
Andere persoonlijkheidsstoornissen:	restgroep
Persoonlijksverandering door een somatische aandoening:	Een persisterende verandering van de persoonlijkheid ten opzichte van het karakteristieke persoonlijkheidspatroon dat de betrokkene voorheen vertoonde als gevolg van een somatische aandoening.

<p>Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis:</p>	<p>Symptomen die kenmerkend zijn voor een persoonlijkheidsstoornis, maar die niet volledig voldoen aan de criteria voor een van de stoornissen in de categorie persoonlijkheidsstoornissen. Clinicus kiest ervoor om te noteren wat de specifieke reden is waarom het klinisch beeld niet aan de criteria voldoet.</p>
<p>Ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis:</p>	<p>Symptomen die kenmerkend zijn voor een persoonlijkheidsstoornis, maar die niet volledig voldoen aan de criteria voor een van de stoornissen in de categorie persoonlijkheidsstoornissen. Clinicus kiest ervoor om niet te noteren wat de specifieke reden is waarom het klinisch beeld niet aan de criteria voldoet.</p>

Tabel 2 Belangrijkste bevindingen op gebied van prevalentie

Auteur	Populatie en design	PS-instrument	Prevalentie in %	Prevalentie in % (vervolg)	Prevalentie in % (vervolg)	Prevalentie in % (vervolg)	Prevalentie in % (vervolg)
<p>Stevenson et al. 2011³</p>	<p>Klinische psychiatrische patiënten (18-100 jaar; n= 238; 18-64 jaar n= 134; 65-100 jaar n= 104) Australië</p>	<p>Structured Clinical Interview for DSM IV Axis II (SCID-II) Personality Disorders Personality Questionnaire</p>	<p>Totale populatie Comorbide PS= 67.2 18-64 jaar Ernstige PS= 39.0 PS= 74.0 65-100 jaar Ernstige PS= 10.0 PS= 60.0</p>				

<p>Oltmanns et al. 2014⁸</p>	<p>Algemene bevolking ouderen (55-64 jaar; n= 1.630) Amerika 2007-2014</p>	<p>Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV) The Multisource Assessment of Personality Pathology (MAPP); zowel zelf- als informanten rapportage</p>	<p>Klinisch interview (SIDP-IV) Sub-thres PS= 9,3 Minstens 1 PS= 8,2 2 of 3 PSs= 1,0 PS NAO= 1,8 Dwangmatige PS= 2,9 Vermijdende PS= 2,5 Narcistische PS= 1,2 Paranoïde PS= 0,8 Schizoïde PS= 0,7 Antisociale PS= 0,6 Borderline PS= 0,4 Histrionische PS= 0,2 Afhankelijke PS= 0,1 Schizotypische PS= 0,1</p>	<p>Zelf-rapportage (MAPP) Dwangmatige PS= 5,0 Schizoïde PS= 2,5 Vermijdende PS= 1,7 Paranoïde PS= 1,2 Antisociale PS= 0,6 Histrionische PS= 0,6 Schizotypische PS= 0,5 Narcistische PS= 0,3 Borderline PS= 0,3 Afhankelijke PS= 0,1</p>	<p>Informant-rapportage (MAPP) Dwangmatige PS= 12,3 Schizoïde PS= 4,6 Vermijdende PS= 1,7 Paranoïde PS= 3,7 Antisociale PS= 3,5 Histrionische PS= 1,2 Schizotypische PS= 0,8 Narcistische PS= 3,3 Borderline PS= 1,5 Afhankelijke PS= 0,8</p>		
<p>Pilleron et al. 2015⁹</p>	<p>Algemene bevolking ouderen (≥65 jaar; n= 1.772; Rep. Centraal Afrika n= 860, Republiek Congo n= 912) Afrika 2011-2012</p>	<p>Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PSQ-4+); enkel afhankelijke persoonlijkheidsdomein.</p>	<p>Totale populatie Normale cognitieve status Afhankelijke PS= 14,5 Afhankelijke PS= 12,7</p>	<p>Republiek Centraal Afrika Milde cognitieve beperkingen Afhankelijke PS= 17,5 Afhankelijke PS= 26,5</p>	<p>Republiek Congo Dementie Afhankelijke PS= 11,7 Afhankelijke PS= 25,8</p>		

<p>Reynolds et al. 2015 ¹⁰</p>	<p>Algemene bevolking ouderen (≥55 jaar; n= 12.312; 55-64 jaar n= 5.135, 65-74 jaar n= 3.634, 75-84 jaar n= 2.673 & ≥85 jaar n = 870) Amerika 2004-2005</p>	<p>Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV Version (AUDADIS-IV)</p>	<p>Totale populatie Totaal PS= 14.5 Dwangmatige PS= 6.5 Narcistische PS= 3.9 Borderline PS= 3.2 Schizotypische PS= 2.4 Paranoïde e PS= 2.3 Schizoïde e PS= 2.2 Antisociale PS= 1.6 Vermijdende PS= 1.3 Histrionische PS= 0.7 Afhankelijke PS= 0.3</p>	<p>55-64 jaar Totaal PS= 18.1 Dwangmatige PS= 7.6 Narcistische PS= 4.9 Borderline PS= 4.7 Schizotypische PS= 3.5 Paranoïde PS= 3.2 Schizoïde PS= 2.8 Antisociale PS= 2.6 Vermijdende PS= 2.0 Histrionische PS= 0.9 Afhankelijke PS= 0.4</p>	<p>65-74 jaar Totaal PS= 13.2 Dwangmatige PS= 6.3 Narcistische PS= 3.4 Borderline PS= 2.5 Paranoïde PS= 2.0 Schizoïde PS= 1.8 PS= 1.5 Antisociale PS= 1.3 Vermijdende PS= 0.9 Histrionische PS= 0.7 Afhankelijke PS= 0.1</p>	<p>75-84 jaar Totaal PS= 10.4 Dwangmatige PS= 4.9 Narcistische PS= 3.0 Schizoïde PS= 1.8 PS= 1.7 Borderline PS= 1.6 Paranoïde PS= 1.2 Antisociale PS= 0.6 Vermijdende PS= 0.6 Histrionische PS= 0.4 Afhankelijke PS= 0.2</p>	<p>≥85 jaar Totaal PS= 10.7 Dwangmatige PS= 5.4 Narcistische PS= 2.6 Paranoïde PS= 1.3 Borderline PS= 1.2 Schizoïde PS= 1.1 PS= 1.1 Vermijdende PS= 0.9 Histrionische PS= 0.6 Afhankelijke PS= 0.2 Antisociale PS= 0.1</p>
<p>Holzer et al. 2019 ¹¹</p>	<p>Algemene bevolking ouderen (≥50 jaar; n=16.884) Amerika 2001-2002</p>	<p>Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV Version (AUDADIS-IV)</p>	<p>Totaal PS = 10.6 Dwangmatige PS = 6.5 Paranoïde PS = 2.5 Schizoïde PS= 2.4 Antisociale PS = 1.7 Vermijdende PS = 1.4 Histrionische PS = 0.8 Afhankelijke PS = 0.4</p>				

Schuster et al. 2013 ¹²	Algemene bevolking ouderen (≥65+jaar; n=8.205) Amerika 2001-2002	Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV Version (AUDADIS-IV)	Totaal PS= 8.1 Dwangmatige PS= 5.3 Paranoïde PS= 1.8 Schizoïde PS= 1.7 Vermijdende PS= 0.8 Antisociale PS= 0.6 Histrionische PS= 0.6 Afhankelijke PS= 0.3				
Collet et al. 2018 ¹³	Oudere (47-94 jaar) 'dubbel zorgvragers' binnen verpleeghuis (n=83) of GGZ-instelling (n=163) Nederland 2013-2015	Diagnoses door psychiaters en psychologen op basis van DSM-IV-criteria	Totale populatie PS= 23.3 Waarschijnlijk PS= 20.9	Verpleeghuissetting PS= 22.5 Waarschijnlijk PS= 15.0	GGZ-setting PS= 24.1 Waarschijnlijk PS= 26.5		
Courtois et al. 2014 ¹⁴	Verpleeghuis/seniorencomplex (≥55 jaar; n= 83) Frankrijk	Questionnaire on Personality Traits-French Version (QPT; equivalent van de International Personality Disorders Examination)	Totaal PS= 57.8 Vermijdende PS= 20.5 Dwangmatige PS= 12.1 Paranoïde PS= 12.1 Afhankelijke PS= 3.6 Borderline PS= 3.6 Schizoïde PS= 2.4 Narcistische PS= 2.4 Schizotypische PS= 1.2 Antisociale PS= 0.0				

Sub-thres= sub-threshold PS; 1 criterium minder dan vereist voor diagnose persoonlijkheidsstoornis.

Tabel 3 Belangrijkste bevindingen op gebied van beloop en invloed op functioneren

Auteur	Populatie en design	PS-instrument	Beloop	Invloed op functioneren
--------	---------------------	---------------	--------	-------------------------

Powers et al. 2012 ²	Algemene bevolking ouderen (55-64 jaar; n= 608) Amerika 2009-2010	Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV)		GZ: PS voorspelt slechter lichamelijk functioneren op oudere leeftijd, rolbeperkingen, vermoeidheid en pijn, ook na controle van huidige gezondheids-problemen, depressie, en gezondheids-gedrag (zoals rookgedrag, drinkgedrag, fysieke beweging).
Pilleron et al. 2015 ⁹	Algemene bevolking ouderen (≥65 jaar; n= 1.772; Rep. Centraal Afrika n= 860, Republiek Congo n= 912) Afrika 2011-2012	Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PSQ-4+); enkel afhankelijke persoonlijkheidsdomein.		GZ: Afhankelijk PS is geassocieerd met cognitieve beperkingen en dementie.
Holzer et al. 2019 ¹¹	Algemene bevolking ouderen (≥50 jaar; n=16.884) Amerika 2001-2002	Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV Version (AUDADIS-IV)		KvL: Afhankelijke, dwangmatige en paranoïde PS zijn geassocieerd met een lagere lichamelijke kwaliteit van leven.

<p>Schuster et al. 2013 ¹²</p>	<p>Algemene bevolking ouderen (≥65+jaar; n=8.205) Amerika 2001-2002</p>	<p>Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV Version (AUDADIS-IV)</p>		<p>GZ: PS is geassocieerd met levenslange psychiatrische comorbiditeit (met name middelen-misbruik, stemmings-stoornissen en angst-stoornissen); 3 tot 13 keer meer kans op comorbiditeit. Vermijdende PS is geassocieerd met aderverkalking. Dwangmatige en paranoïde PS zijn geassocieerd met maag-ontstekingen. Afhankelijke, paranoïde, schizoïde, antisociale en dwangmatige PS zijn geassocieerd met hartaandoeningen. Paranoïde PS is geassocieerd met fysieke beperkingen. PS (uitgezonderd histrionische en antisociale) is geassocieerd met minder ervaren mentale beperking.</p>
<p>*Balsis et al. 2007b ¹⁶</p>	<p>Algemene bevolking volwassenen (18-98; n=43.093) Amerika 2000-2001</p>	<p>Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule DSM-IV (AUDADIS-IV)</p>	<p>Afname van aantal PS diagnoses bij toenemende leeftijd (2.6% voor mensen 18-55 jaar oud en 0.7% voor mensen ouder dan 55). Antisociale, vermijdende, histrionische, dwangmatige, paranoïde en schizoïde PS zijn negatief geassocieerd met leeftijd. Afhankelijke, histrionische en paranoïde PS kwamen meer voor bij de oudste ouderen (85-98 jaar oud) dan bij de voorgaande leeftijdsgroep (75-84 jaar oud).</p>	

<p>King 2017 ²⁰</p>	<p>Algemene bevolking ouderen (55-64 jaar; n= 1.630) Amerika 2007-2016</p>	<p>Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV) The Multisource Assessment of Personality Pathology (MAPP); zowel zelf- als informanten-rapportage</p>	<p>PS, gemeten middels semi-gestructureerde interviews, nemen af terwijl zelf- en informanten-rapportage een stabiele beeld of een toename van pathologie laten zien. Informanten-rapportage laat meer variabiliteit toe in individuele verandering van pathologie, in vergelijking met zelfrapportage of semi-gestructureerde interviews.</p>	
<p>Gutiérrez et al. 2012 ²⁵</p>	<p>Klinische psychiatrische patiënten (15-82 jaar; n= 1.477) Spanje</p>	<p>Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+)</p>	<p>9 van de 12 PS nemen in prevalentie af bij het toenemen van de leeftijd. Bij ouderen is er met name minder sprake van cluster B problematiek. Symptomen van schizoïde PS nemen toe met de leeftijd. Histrionische en dwangmatige PS laten geen verandering zien over verschillende leeftijden.</p>	
<p>Ullrich et al. 2009 ²⁷</p>	<p>Algemene bevolking (16-74 jaar; N= 8.886) Engeland, Schotland en Wales 2000</p>	<p>Structured Clinical Interview for DSM-IV personality disorders (SCID-II)</p>	<p>PS, en met name cluster B, neemt af met het toenemen van de leeftijd.</p>	
<p>Arens et al. 2013 ³⁰</p>	<p>Algemene bevolking (20-79 jaar; n= 2.222, 18-21 jaar, n=205; 22-45 jaar, n= 701; 46-65 jaar, n=1.002; ≥65 jaar, n= 580) Duitsland 2007-2010</p>	<p>Structured Clinical Interview for DSM-IV personality disorders (SCID-II)</p>	<p>Leeftijdsgerelateerde afname van borderline PS. Afname in impulsiviteit met toenemen van de leeftijd. Subklinische presentatie van PS hangt sterk samen met een aanhoudend negatief affect.</p>	
<p>*Paris et al. 2001 ³⁵</p>	<p>Klinische psychiatrische patiënten (gem. 50.9 jaar oud; n= 64) Amerika Longitudinaal (looptijd 27 jaar, metingen op t=0, t=15 jaar en t=27 jaar)</p>	<p>Diagnostic Interview for Borderlines, Revised (DIB-R) The Schedule for DSM-III-R Diagnosis (SCID)</p>	<p>Afname van borderline PS na 27 jaar; de meeste patiënten waren in remissie. Aanwezigheid van dysthymie is geassocieerd met het hebben van (aanhoudende) borderline PS-symp-tomen.</p>	

Morgan et al. 2013 ³⁷	Ambulante patiënten (18-25 jaar, n= 97, 46-68 jaar, n= 46) Amerika 2012-2013	Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV)	Oudere volwassenen (45-68 jaar oud) met borderline PS hebben een andere klinische presentatie dan jongere volwassenen (18-25 jaar oud). Oudere volwassenen scoren lager op impulsiviteit, suicidaliteit of zelfverwonding, en affectieve stabiliteit, en hoger op chronische leegheid dan jongere volwassenen. Oudere volwassenen rapporteren minder middelengebruik en meer hospitalisatie en sociale beperking.	
*Balsis et al. 2007a ³⁸	Algemene bevolking volwassenen (18-98; n=43.093) Amerika 2000-2001	Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV Version (AUDADIS-IV)	Ouderen voldoen doorgaans aan minder specifieke PS-criteria dan (jong) volwassenen; antisociale, histrionische, vermijdende, dwangmatige, paranoïde en schizoïde PS komen op latere leeftijd minder voor. De prevalentie van afhankelijke PS is vergelijkbaar binnen de verschillende leeftijden. In vergelijking met (jonge) volwassenen hebben ouderen minder vaak meer dan 1 PS. 37 van de 52 PS-criteria wordt minder gescoord bij ouderen. 29% van de PS-criteria blijken meetfouten te bevatten (op latere leeftijd).	
*Engels et al. 2003 ⁴⁰	Algemene bevolking (17-87; n= 623) en klinische psychiatrische patiënten (18-86; n= 315) Nederland	Vragenlijst voor Kenmerken van Persoonlijkheid (VKP)	Meer schizoïde en dwangmatige PS trekken bij ouderen uit de algemene bevolking. Meer schizoïde PS trekken bij oudere psychiatrische patiënten.	

Powers et al. 2013 ⁴⁵	Algemene bevolking ouderen (55-64 jaar; n= 1.630) Amerika 2007-2013	Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV) The Multisource Assessment of Personality Pathology (MAPP); zowel zelf- als informanten-rapportage	Informatie via interviews, zelf- en informanten-rapportage omtrent PS dragen bij aan de voorspelling van een slechtere gezondheid, minder relationele tevredenheid en cognitieve achteruitgang op latere leeftijd.	KVL: Informatie via interviews, zelf- en informanten-rapportage omtrent PS dragen uniek bij aan de voorspelling van gezondheid, relationele tevredenheid en cognitieve achteruitgang op latere leeftijd. Borderline PS is geassocieerd met een meer negatief effect op de gezondheid. Schizoïde, paranoïde en vermijdende PS zijn uniek geassocieerd met slechte impact op de gezondheid.
Raposo et al. 2014 ⁴⁶	Algemene bevolking (≥ 65 jaar, n=7.080) Amerika 2004	Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV Version (AUDADIS-IV)	Meer moeilijke levens-ervaringen voor het 18e levensjaar (zoals misbruik, verwaarlozing of dysfunctioneel gezin) is geassocieerd met een verhoogd risico op PS, stemmings-stoornissen en angststoornissen. Een toename van soorten moeilijke ervaringen is geassocieerd met een grotere kans op een PS. Hulp zoeken leidt niet tot een afname van PS.	

*Grant et al. 2004 ⁴⁸	Algemene bevolking (≥65 jaar; n= 8.205) Amerika 2001-2002	Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV Version (AUDADIS-IV)		Vermijdende, afhankelijke, schizoïde, paranoïde en antisociale PS zijn geassocieerd met significante beperkingen (binnen het sociaal functioneren, reflectiebeperkingen door fysieke of emotionele moeilijkheden, en de rolbeperkingen die optreden door emotionele moeilijkheden) Histrionische PS is niet geassocieerd met beperkingen.
Cruitt et al. 2018 ⁵¹	Algemene bevolking ouderen (55-64 jaar; n= 1.630) Amerika 2007-2016	Structured interview for DSM- IV Personality (SIDP-IV) Multi-source Assessment of Personality Pathology (MAPP)		GZ: Borderline PS- symp-tomen en beroepssituatie zijn voorspellers voor zelf- en informant-gerapporteerde gezondheid. De beroepssituatie is geassocieerd met een negatieve link tussen borderline kenmerken en fysieke gezondheid.
Quirk et al. 2015 ⁵²	Algemene bevolking (20-55 jaar, n= 22.341; ≥55 jaar, n= 12.312) Amerika Longitudinaal (Twee meetmomenten: 2001-2002 en 2004-2005)	Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV Version (AUDADIS-IV)		GZ: Cluster A PS zijn geassocieerd met diabetes en gastro- enterologische aandoeningen. Schizoïde, schizotypische, borderline, en dwangmatige PS zijn geassocieerd met artritis en hart- en vaatziekten.
Oltmanns et al. 2014 ⁵³	Algemene bevolking ouderen (55-64 jaar; n= 633) en informanten Amerika 2007-2010	Structured interview for DSM- IV Personality (SIDP-IV), Multi- source Assessment of Personality Pathology (MAPP)		GZ: PS, met name borderline PS, is geassocieerd met slapeloosheid.

Powers et al. 2013a ⁵⁴	Algemene bevolking ouderen (55-64; n= 1.051) Amerika 2007-2013	Structured interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV) The Multisource Assessment of Personality Pathology (MAPP); zowel zelf- als informanten-rapportage		Gezondheid Body Mass Index (BMI) heeft een mediërend effect op de relatie tussen borderline PS en chronische gezondheids-problemen zoals hart-ziektes, diabetes of artritis.
Lacovino et al. 2014 ⁵⁵	Algemene bevolking ouderen (55-64 jaar; n= 1.630) Amerika 2007-2014	Structured interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV)		GZ: Zelf-gerapporteerde impulsiviteit medieert de associatie tussen borderline PS en een verhoogde Body Mass Index (BMI). Met name hoge scores op de facetten 'gebrek aan inhibitie' en 'planning' mediëren de associatie borderline PS-BMI.
*Pietrzak et al. 2007 ⁵⁶	Algemene bevolking (≥ 60 jaar; n= 10.573) Amerika 2001-2002	Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV Version (AUDADIS-IV)		GZ: Vermijdende, schizoïde en dwangmatige PS zijn ge-associeerd met een verhoogd risico op hart-aandoeningen.
Lawton et al. 2013 ⁵⁸	Algemene bevolking (55-64 jaar; n=1.630) en informanten Amerika 2007-2013	Structured interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV)		GZ: Antisociale, borderline, vermijdende en afhankelijke PS zijn geassocieerd met een grotere vraag voor behandeling.
Powers et al. 2014 ⁵⁹	Algemene bevolking ouderen (55-64 jaar; n= 1.630) Amerika 2007-2014	Structured interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV)		GZ: PS is een significante voorspeller van groter gebruik van verschillende medische diensten en producten (zoals aantal dokters-consulten, spoed-consulten, ziekenhuis-opnamen, dag-behandeling(en)).
Powers et al. 2013b ⁶⁰	Algemene bevolking ouderen (55-64 jaar; n= 697) Amerika 2007-2013	Structured interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV)		GZ: Schizoïde, antisociale en borderline PS voorspellen een negatieve zelf-beleving van eigen gezondheid.

Agrawal et al. 2013 ⁶¹	Algemene bevolking (55-64 jaar; n=1.630) en informanten Amerika	Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV)		GZ: PS met controlerend gedrag (zoals dwangmatige PS) of sociale vermijding (schizoïde PS) hebben minder risico op alcohol-afhankelijkheid. Antisociale en borderline PS zijn ge-associeerd met verhoogd risico op alcoholafhankelijkheid.
Ritchie et al. 2011 ⁶²	Psychiatrische patiënten (≥ 65 jaar; n= 61) en een controlegroep (≥ 65 jaar; n= 140) Verenigd Koninkrijk	Standard Assessment of Personality (SAP)		GZ: PS is een risicofactor voor automutilatie bij ouderen tussen 65-80 jaar oud. Bij >80 jaar blijkt dit geen risicofactor te zijn.
Cruitt et al. 2017 ⁶³	Algemene bevolking ouderen (55-64 jaar; n= 1.630) Amerika 2007-2016	Structured interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV) The Multisource Assessment of Personality Pathology (MAPP); zowel zelf- als informanten-rapportage		GZ: De invloed van PS op gezondheid, relationele tevredenheid en cognitieve achter-uitgang stijgt naarmate de leeftijd vordert. Met name borderline PS is ge-associeerd met een negatieve invloed op gezondheid (zoals fysiek functioneren, rol-beperkingen door emotionele problemen, sociaal functioneren, pijn, algemene gezondheids-inschatting, sociaal functioneren en energie-/vermoeidheid), maar ook met meer cognitieve achter-uitgang die indicatief is voor de eerste stadia van dementie. Schizoïde, paranoïde en vermijdende PS zijn geassocieerd met nog meer negatieve invloed op de gezondheid dan borderline PS. Narcistische PS heeft een beschermende invloed op de gezondheid.

*Abrams et al. 2001 ⁶⁵	Psychiatrische patiënten (60-85 jaar; n= 40) Amerika	Personality Disorder Examination (PDE)		KvL: Cluster B PS, met terugkerende of aanhoudende depressieve symptomen, dragen bij aan het afnemen van globaal functioneren en kwaliteit van leven.
*Condello et al. 2003 ⁶⁶	Psychiatrische patiënten (≥ 60 jaar; n= 60) Italië 1997-1998	Vragenlijst Klinische Persoonlijkheid (VKP)		KvL: PS is geassocieerd met kwetsbaarheid voor stress die samenhangt met leeftijds-gerelateerde veranderingen, zeker wanneer er sprake is van meer dan één PS. Weduwschap, scheidings en samenleven met onbekenden beïnvloeden de levens-kwaliteit negatief.
Conway et al. 2018 ⁶⁷	Algemene bevolking ouderen (55-64 jaar; n= 1.630) Amerika 2007-2016	Structured interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV) The Multisource Assessment of Personality Pathology (MAPP)		KvL: Stressvolle levens-gebeurtenissen hebben geen substantiële invloed op het beloop van borderline PS in ouderen. Borderline PS symptomen dragen bij aan de mate van blootstelling aan stressvolle levens-omstandigheden, en maken zo ruimte voor continue sociale gebreken en co-morbide psychiatrische problemen.
Gleason et al. 2012 ⁶⁸	Algemene bevolking ouderen (55-64 jaar; n= 1.234) Amerika 2007-2012	Structured interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV)		KvL: Zelf- en informanten gerapporteerde borderline PS-symptomen en neuroticisme voorspellen een toename in het aantal negatieve levens-gebeurtenissen op latere leeftijd. Vermijdende en paranoïde PS symptomen voorspellen een afname in het aantal negatieve levensgebeurtenissen

South et al. 2019 ⁶⁹	Algemene bevolking ouderen (55-64 jaar; n= 775) Amerika 2007-2016	Structured interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV) The Multisource Assessment of Personality Pathology (MAPP); zowel zelf- als informanten-rapportage		KvL: PS, met name cluster A, is geassocieerd met een lagere relationele tevredenheid van beide partners.
*Heisel et al. 2007 ⁷⁰	Psychiatrische patiënten (65-94 jaar; n= 538) Canada 1985-1999	Medisch dossier		SUI: Narcistische PS is geassocieerd met depressieve symptomen en suïcidaliteit.
*Harwood et al. 2001 ⁷¹	Algemene bevolking ouderen met zelf-moord als vermoede-lijke doods-oorzaak (≥ 60 jaar; n= 54) Verenigd Koninkrijk 1995-1998	Medisch dossier		SUI: PS op latere leeftijd is een belangrijke risicofactor voor suïcide
Miret et al. 2009 ⁷³	Psychiatrische patiënten (18-92 jaar; n= 739) Spanje 2007-2008	Medisch dossier		SUI: De prevalentie van PS bij oudere zelfmoord-slachtoffers is lager dan bij jongere volwassenen.
Segal et al. 2012 ⁷⁴	Algemene bevolking (60-95 jaar; n=109) Amerika	Coolidge Axis II Inventory (CATI)		SUI: PS kenmerken zijn geassocieerd met suïcidedgedachten. Borderline PS symptomen voorspellen suïcidedgedachten, in tegenstelling tot histrionische PS symptomen
Jahn et al. 2015 ⁷⁵	Psychiatrische patiënten (≥65 jaar; n=151) Amerika	Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis II Personality Disorders (SCID-II-PQ)		SUI: PS verhoogt het risico op suïcidedgedachten. Bovenstaande relatie wordt gemedieerd door het gevoel een last voor anderen of de maatschappij te zijn ('perceived burden-someness'), een bemoeilijkt gevoel van verbondenheid, en depressieve symptomen.

Alessi et al. 2019 ⁷⁶	Psychiatrische patiënten (≥60 jaar; n= 69) en gezonde controlegroep (≥60 jaar; n= 50) Amerika 2004-2016	The Personality Assessment Inventory-Borderline Features Scale (PAI-BOR)		SUI: Borderline PS is geassocieerd met zelfgerichte ontsnappings-motieven voor suïcide (zoals 'de situatie was zo ondraaglijk dat ik voelde dat ik iets moest doen, en ik wist niet wat ik anders moest doen' of 'ik wilde verlicht worden van een vreselijke stemming').
----------------------------------	---	--	--	---

Sub-thres= sub-threshold PS; 1 criterium minder dan vereist voor diagnose persoonlijkheidsstoornis. *=artikel dat buiten de search viel maar wel is meegenomen ter opvulling van hiaten; Invloed op functioneren GZ= Gezondheid, KvL= Kwaliteit van Leven, SUI= Suïcide(gedachten)

Auteurs

Krystle A.P. Penders

Department of Health Services Research, CAPHRI, Universiteit Maastricht

Maastricht University (UM), Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht

Envida, dienst Behandeling & Begeleiding, Maastricht

Corresponderend auteur

E-mail: krystle.penders@maastrichtuniversity.nl

Serafine Dierickx

Faculty of Psychology and Educational Sciences, Vrije Universiteit Brussel

Vrije Universiteit Brussel (VUB), onderzoeksgroep Persoonlijkheid en Psychopathologie ([PEPS](#)), vakgroep Psychologie (PSYC),

faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen (PE), Brussel

Priska Steenhaut

Departement psychologie en educatiewetenschappen, Vrije Universiteit Brussel

Vrije Universiteit Brussel (VUB), onderzoeksgroep Persoonlijkheid en Psychopathologie (PEPS), VUB-UG onderzoeksgroep

Psychopathology and Information Processing in Older adults (PIPO), vakgroep Psychologie (PSYC), faculteit Psychologie en

Educatiewetenschappen (PE), Brussel

Eva Dierckx

Vrije Universiteit Brussel (VUB), Psychiatrische Kliniek Alexianen Zorggroep Tienen

Vrije Universiteit Brussel (VUB), Persoonlijkheid en Psychopathologie onderzoeksgroep (PEPS)

Psychiatrische Kliniek Alexianen Zorggroep Tienen

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

Literatuurlijst

1. Oltmanns TF, Balsis SMA. Personality disorders in later life: questions about measurement, course, and impact of

- disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2011;7:321-49.
2. Powers AD, Oltmanns TF. Personality disorders and physical health: A longitudinal examination of physical functioning, healthcare utilization, and health-related behaviors in middle-aged adults. *Journal of Personality Disorders*. 2012;26(4):524-38.
 3. Stevenson J, Brodaty H, Boyce P, Byth K. Personality disorder comorbidity and outcome: comparison of three age groups. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2011;45(9):771-9.
 4. United Nations. *World Population Prospects 2019* 2019 [Available from: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>].
 5. Agronin ME, Maletta G. Personality disorders in late life: understanding and overcoming the gap in research. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2000;8(1):4-18.
 6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fifth edition)*. Washington, DC: Author; 2013.
 7. van Alphen SPJ. Prevalentie, diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Een literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*. 2010;41(2):79-86.
 8. Oltmanns TF, Rodrigues MM, Weinstein Y, Gleason MEJ. Prevalence of personality disorders at midlife in a community sample: Disorders and symptoms reflected in interview, self, and informant reports. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2014;36:177-88.
 9. Pilleron S, Clement J-P, Ndamba-Bandzouzi B, Mbelesso P, Dartigues J-F, Preux P-M, et al. Is dependent personality disorder associated with mild cognitive impairment and dementia in Central Africa? A result from the EPIDEMCA programme. *International Psychogeriatrics*. 2015;27(2):279-88.
 10. Reynolds K, Pietrzak RH, El-Gabalawy R, Mackenzie CS, Sareen J. Prevalence of psychiatric disorders in U.S. older adults; findings from a nationally representative survey. *World Psychiatry*. 2015;14(1):74-81.
 11. Holzer KJ, Huang J. Physical health-related quality of life among older adults with personality disorders. *Aging & Mental Health*. 2019;23(8):1031-40.
 12. Schuster JP, Hoertel N, Le Strat Y, Manetti A, Limosin F. Personality disorders in older adults: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013;21(8):757-68.
 13. Collet J, de Vught ME, Verhey FR, Engelen GJJA, Schols JMGA. Characteristics of double care demanding patients in a mental health care setting and a nursing home setting: results from the SpeCIMeN study. *Aging & Mental Health*. 2018;22:33-9.
 14. Courtois R, Enfoux A, Plaisant O, Coutard N, Duijsens JJ, Reveillere C. Exploratory study toward development of the French version of the questionnaire on personality traits (QPT/VKP-4) in an elderly population in comparison to young adults. *Psychological Reports: Measures & Statistics*. 2014;115(1):115-32.
 15. Trull T, Jahng S, Tomko R, Wood P, Sher K. Revised NESARC personality disorders diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of Personality Disorders*. 2010;24(4):412-26.
 16. Balsis SMA, Woods CM, Gleason MEJ, Oltmanns TF. Overdiagnosis and underdiagnosis of personality disorders in older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007;15:742-53.
 17. Arntz A, Bernstein D, Gielen D, van Nieuwenhuyzen M, Penders K, Haslam N, et al. Taxometric evidence for the dimensional structure of cluster-C, paranoid, and borderline personality disorders. *Journal of Personality Disorders*. 2009;23(6):606-28.
 18. Rossi G, van den Broeck J, Dierckx E, Segal D, van Alphen SPJ. Personality assessment among older adults: the value of personality questionnaires unraveled. *Aging & Mental Health*. 2014;18(8):936-40.
 19. Rossier J, Ouedraogo A, Dahourou D, Verardi S, Meyer de Stadelhofen F. Personality and personality disorders in urban and rural Africa: results from a field trial in Burkina Faso. *Frontiers in Psychology*. 2013;4(article 79):1-11.
 20. King HR. *Changes in personality traits and personality pathology in older adults: Self and informant perspectives*. ARTS & SCIENCES ELECTRONIC THESES AND DISSERTATIONS: Washington University in St. Louis; 2017.
 21. Cooper LD, Balsis S, Oltmanns TF. Aging: empirical contribution. A longitudinal analysis of personality disorder dimensions and personality traits in a community sample of older adults: perspectives from selves and informants. *J Pers Disord*. 2014;28(1):151-65.

22. Debast I, van Alphen SPJ, Rossi G, Tummers JHA, Bolwerk N, Derksen JJJ, et al. Personality traits and personality disorders in late middle and old age: Do they remain stable? A literature review. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*. 2014;37(3):253-71.
23. Clark L. Stability and change in personality disorder. *Current Directions in Psychological Science*. 2009;18(1):27-31.
24. Zanarini MC, Frankenburg FR, Henen J, Reich B, Silk K. The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders*. 2005;19(5):505-23.
25. Gutiérrez F, Vall G, Peri J, Baillés E, Ferraz L, Gárriz M, et al. Personality disorder features through the life course. *Journal of Personality Disorders*. 2012;26(5):763-74.
26. van Alphen SPJ, Videler AC, Bouckaert F, Oude Voshaar R. In vogelvlucht. In: van Alphen SPJ, Oude Voshaar R, Bouckaert F, Videler AC, editors. *Handboek persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen*. Utrecht, NL: De Tijdstroom uitgeverij; 2018.
27. Ullrich S, Coid J. The age distribution of self-reported personality disorders traits in a household population. *Journal of Personality Disorders*. 2009;23(2):187-200.
28. Huchzermeyer C, Geiger F, Köhler D, Bruß E, Godt N, Hinrichs G, et al. Are there age-related effects in antisocial personality disorders and psychopathy? *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2008;15(4):213-8.
29. Stepp SD, Pilkonis PA. Age-related differences in individual DSM criteria for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 2008;22(4):427-32.
30. Arens EA, Stopsack M, Spitzer C, Appel K, Dudeck M, Völzke H, et al. Borderline personality disorder in four different age groups: a cross-sectional study of community residents in Germany. *J Pers Disord*. 2013;27(2):196-207.
31. Roberts BW, Walton KE, Viechtbauer W. Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*. 2006;132(1):1-25.
32. Black DW, Baumgard CH, Bell SE. A 16- to 45-year follow-up of 71 men with antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 1995;36(2):130-40.
33. McAdams DP, Olson BD. Personality development: Continuity and change over the life course. *Annual Review of Psychology*. 2010;61:517-42.
34. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68(8):827-37.
35. Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2001;42(6):482-7.
36. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich B, Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*. 2012;169(5):476-83.
37. Morgan TA, Chelminski I, Young D, Dalrymple K, Zimmerman M. Differences between older and younger adults with Borderline Personality Disorder on clinical presentation and impairment. *Journal of Psychiatric Research*. 2013;47(10):1507-13.
38. Balsis S, Gleason MEJ, Woods CM, Oltmanns TF. An item response theory analysis of DSM-IV personality disorder criteria across younger and older age groups. *Psychology and Aging*. 2007;22(1):171-85.
39. van Alphen SPJ, Dijk v, S, Videler AC, Rossi G, Dierckx E, Bouckaert F, et al. Personality disorders in older adults: emerging research issues. *Current Psychiatric Reports*. 2015;17:538-45.
40. Engels GI, Duijsens IJ, Haringsma R, van Putten CM. Personality disorders in the elderly compared to four younger age groups: a cross-sectional study of community residents and mental health patients. *Journal of Personality Disorders*. 2003;17(5):447-59.
41. Zimbardo PG, Andersen SM, Kabat LG. Induced hearing deficit generates experimental paranoia. *Science*. 1981;212(4502):1529-31.
42. van Alphen SPJ. Psychotherapy of an older adult with an avoidant personality disorder. *International Psychogeriatrics*. 2011;23(4):662-5.
43. Legra MJH, Debast I, van Alphen SPJ. Levensloopperspectief. In: van Alphen SPJ, Oude Voshaar R, Bouckaert F, Videler AC, editors. *Handboek persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen*. Utrecht, NL: De Tijdstroom uitgeverij; 2018.

44. van Alphen SPJ, Derksen JLL, Sadavoy J, Rosowsky E. Features and challenges of personality disorders in late life. *Aging & Mental Health*. 2012;16(7):805-10.
45. Powers AD, Gleason MEJ, Oltmanns TF. Symptoms of borderline personality disorder predict interpersonal (but not independent) stressful life events in a community sample of older adults. *Journal of Abnormal Psychology*. 2013;122(2):469-74.
46. Raposo SM, Mackenzie CS, Henriksen CA, et al. Time does not heal all wounds: older adults who experienced childhood adversities have higher odds of mood, anxiety, and personality disorders. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2014;22(11):1241-50.
47. Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dyck IR, Stout RL, Bender DS, et al. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(2):276-83.
48. Grant BF, Hasin DS, Stinson SF, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, et al. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2004;65(7):948-58.
49. Holzer KJ, Vaughn MG. Antisocial personality disorder in older adults: A critical review. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 2017;30(6):291-302.
50. Gleason MEJ, Weinstein Y, Balsis S, Oltmanns TF. The enduring impact of maladaptive personality traits on relationship quality and health in later life. *Journal of Personality*. 2014;82(6):493-501.
51. Cruitt PJ, Boudreaux MJ, Jackson JJ, Oltmanns TF. Borderline personality pathology and physical health: The role of employment. *Personal Disord*. 2018;9(1):73-80.
52. Quirk SE, El-Gabalawy R, Brennan SL, Bolton JM, Sareen J, Berk M, et al. Personality disorders and physical comorbidities in adults from the United States: data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2015;50(5):807-20.
53. Oltmanns JR, Weinstein Y, Oltmanns TF. Borderline personality pathology and insomnia symptoms in community-dwelling older adults. *Personal Ment Health*. 2014;8(3):178-87.
54. Powers AD, Oltmanns TF. Borderline personality pathology and chronic health problems in later adulthood: the mediating role of obesity. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2013;4(2):152-9.
55. Iacovino JM, Powers AD, Oltmanns TF. Impulsivity mediates the association between borderline personality pathology and body mass index. *Personality and Individual Differences*. 2014;56:100-4.
56. Pietrzak RH, Wagner JA, Petry NM. DSM-IV personality disorders and coronary heart disease in older adults: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Gerontology, Series B*. 2007;62(5):295-9.
57. Tyrer P, Mitchard S, Methuen C, Ranger M. Treatment rejecting and treatment seeking personality disorders: Type R and Type S. *Journal of Personality Disorders*. 2003;17:263-8.
58. Lawton EM, Oltmanns TF. Personality pathology and mental health treatment seeking in a community sample of older adults. *Personal Ment Health*. 2013;7(3):203-12.
59. Powers A, Strube MJ, Oltmanns TF. Personality pathology and increased use of medical resources in later adulthood. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2014;22(12):1478-86.
60. Powers AD, Oltmanns TF. Personality pathology as a risk factor for negative health perception. *J Pers Disord*. 2013;27(3):359-70.
61. Agrawal A, Narayanan G, Oltmanns TF. Personality pathology and alcohol dependence at midlife in a community sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2013;4(1):55-61.
62. Ritchie CW, King MB, Nolan F, O'Connor S, Evans M, Toms N, et al. The association between personality disorder and an act of deliberate self harm in the older person. *Int Psychogeriatr*. 2011;23(2):299-307.
63. Cruitt PJ, Oltmanns TF. Incremental validity of self-and informant report of personality disorders in later life. *Assessment*. 2017:1-12.
64. Bastida D, Pujol G, Vives V, Font J, Eickhoff A, Cardona A. Disorder of the personality: a possible factor of risk for the dementia. *Actas Espanolas de Psiquiatria*. 2019;47(2).

65. Abrams RC, Alexopoulos GS, Spielman LA, Klausner E, Kakuma T. Personality disorder symptoms predict declines in global functioning and quality of life in elderly depressed patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2001;9(1):67-71.
66. Condello C, Padoani W, Uguzzoni U, Caon F, De Leo D. Personality disorders and self-perceived quality of life in an elderly psychiatric outpatient population. *Psychopathology*. 2003;36:78-83.
67. Conway CC, Boudreaux M, Oltmanns TF. Dynamic associations between borderline personality disorder and stressful life events over five years in older adults. *Personal Disord*. 2018;9(6):521-9.
68. Gleason ME, Powers AD, Oltmanns TF. The enduring impact of borderline personality pathology: risk for threatening life events in later middle-age. *J Abnorm Psychol*. 2012;121(2):447-57.
69. South SC, Boudreaux MJ, Oltmanns TF. The Impact of Personality Disorders on Longitudinal Change in Relationship Satisfaction in Long-Term Married Couples. *J Pers Disord*. 2019:7-26.
70. Heisel MJ, Links PS, Conn D, van Reekum R, Flett GL. Narcissistic personality and vulnerability to late-life suicidality. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007;15(9):734-41.
71. Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2001;16(2):155-6.
72. Szűcs A, Szanto K, Aubry JM, Dombrovski AY. Personality and Suicidal Behavior in Old Age: A Systematic Literature Review. *Frontiers in Psychiatry*. 2018;9.
73. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez-Arriero M A, López-Ibor J J, et al. Differences between younger and older adults in the structure of suicidal intent and its correlates. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2010;18(9):839-47.