

Differentiële diag-nostiek van persoonlijkheidsstoornissen en autisme-spectrum-stoornis bij ouderen

Auteurs: Arjan C. Videler, Sylvia M.J. Heijnen-Kohl, Rosalien M.H.J. Wilting, Sebastiaan P. J. van Alphen

Samenvatting

De wetenschappelijke kennis over autismespectrumstoornissen (ASS) bij ouderen is nog beperkt. De differentiële diagnostiek tussen ASS en persoonlijkheidsstoornis is complex, zeker bij ouderen. Zowel conceptueel als descriptief is er overlap tussen ASS en persoonlijkheidsstoornissen. De uitingsvormen van beide stoornissen zijn divers, worden beïnvloed door de leeftijd en gekenmerkt door overlappende gedragssymptomen en het veelal ontbreken van een ontwikkelingsanamnese. Bij beide stoornissen kunnen levensfasegebonden veranderingen het aanpassingsvermogen overschrijden, waardoor zowel ASS als persoonlijkheidsstoornissen zich pas in de ouderdom kunnen openbaren. Onderzoek is nodig om de onderlinge samenhang tussen ASS en de persoonlijkheidsontwikkeling over de hele levensloop beter te begrijpen. Tevens zijn gevalideerde diagnostische instrumenten gewenst voor zowel volwassenen als ouderen met comorbide psychiatrische problematiek en persoonlijkheidsstoornissen in het bijzonder. Comorbiditeit van ASS en persoonlijkheidsstoornissen komt veel voor. Derhalve is onderzoek naar de behandeling van comorbide persoonlijkheidsstoornissen aan te bevelen, ook bij ouderen.

Differential diagnosis personality disorder versus autism spectrum disorder in older adults

Abstract

Scientific knowledge of autism spectrum disorders (ASD) in older adults is still scarce. Differential diagnosis of ASD and personality disorders is complicated, especially in later life. There is overlap between ASD and personality disorders, both conceptually and descriptively. The manifestation of both disorders is heterogeneous, influenced by age specific factors and characterised by similar behavioural symptoms and the lack of a sound developmental history. In both disorders, age specific changes can exceed adaptive abilities of patients, so ASD and personality disorders may become manifest for the first time in old age. More research is needed to fully understand the relationship between ASD and personality development across the life span. Also, there is a need for assessment instruments for both adults and older people with comorbid mental disorders and personality disorders in particular. As comorbidity of ASD and personality disorders appears to be common, more research should be done into treatment of comorbid personality disorders, also in later life.

Kernwoorden: autismespectrumstoornissen, diagnostiek, ouderen, persoonlijkheidsstoornissen

Keywords: Autism spectrum disorder, Diagnosis, Older adults, Personality disorders

Inleiding

Lange tijd was autisme bij ouderen een geheel onbekend terrein. De laatste jaren neemt de aandacht voor autismespectrumstoornissen (ASS) op latere leeftijd toe, maar desondanks is de wetenschappelijke kennis van ASS bij ouderen nog beperkt.^{1,2} Ouderen met ASS die eerder in hun leven met hulpverlening in aanraking kwamen, kregen diverse diagnoses terwijl ASS niet werd onderkend.³ Met name de differentiële diagnostiek tussen ASS en

persoonlijkheidsstoornissen is complex, zeker bij ouderen.⁴ ASS en persoonlijkheidsstoornis zijn weliswaar verschillende maar ook overlappende concepten. Beide aandoeningen hebben hun oorsprong in de vroege ontwikkeling en bij beide stoornissen kunnen levensfasegebonden veranderingen het aanpassingsvermogen overschrijden, waardoor zowel ASS als persoonlijkheidsstoornissen zich pas in de ouderdom kunnen openbaren.^{4,5} In dit artikel wordt beschreven wat in de literatuur bekend is over de verschillen, overlap en comorbiditeit van ASS en persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Vervolgens wordt ingezoomd op de differentiële diagnostiek van beide aandoeningen en op het belang van een juiste diagnose. Ten slotte worden suggesties voor verder onderzoek besproken.

ASS versus persoonlijkheidsstoornis

Tegenwoordig worden de eerder apart onderscheiden categorieën 'autisme', 'stoornis van Asperger' en 'pervasieve ontwikkelingsstoornis' beschouwd als behorend tot één spectrum, zijnde ASS.⁶ ASS is een neurobiologische ontwikkelingsstoornis met een overwegend genetische basis.⁷ De diagnostische criteria zijn onderverdeeld in twee hoofdgroepen: enerzijds deficiënties in de sociale communicatie en interactie en anderzijds beperkte, repetitieve of obsessieve gedragingen.^{6,8} De deficiënties in de sociale communicatie en interactie betreffen problemen met het aangaan en onderhouden van sociale contacten, met het begrijpen van non-verbale communicatie en een beperkt vermogen tot emotionele empathie en afstemmen op anderen. Onder de repetitieve of obsessieve gedragingen vallen stereotype gedrag of gebruik van voorwerpen, monomane interesses, moeite met veranderingen, rigiditeit in denken en handelen, en onder- of overgevoeligheid voor zintuiglijke prikkels. Deze gedragscriteria zijn per definitie vroeg in de ontwikkeling aanwezig maar kunnen pas tot ernstige functionele beperkingen leiden wanneer levensfasegebonden veranderingen het aanpassingsvermogen overschrijden.⁶ In de ouderdom betreft dit vooral een tekortschietende adaptatie aan het verlies van naasten en van sociale rollen, zorgafhankelijkheid of neurocognitieve stoornissen.⁴ De prevalentie van ASS is ongeveer 1% in de algemene bevolking.⁹ In klinische populaties is de prevalentie echter veel hoger, van 7% tot wel 16% van volwassenen met psychiatrische problematiek.¹⁰

Een persoonlijkheidsstoornis is een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen dat duidelijk afwijkt van de verwachtingen binnen de cultuur, door vele levensdomeinen aanwezig is en persisteert door de levensloop.⁶ Het meeste is bekend over de ontwikkeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis.¹¹ Persoonlijkheidsstoornissen ontwikkelen zich op basis van een interactie tussen aanleg en ongunstige omgevingsfactoren in de jeugd, manifesteren zich tijdens de adolescentie en veroorzaken lijdensdruk bij de persoon zelf en/of de omgeving.^{6,11} De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen onder volwassenen en ouderen is vergelijkbaar en ligt tussen de 10 en 15%.^{12,13} De prevalentie in de ouderenpsychiatrie is veel hoger, tot wel 33% in poliklinische settings en tot 80% in klinische settings. Ondanks de conceptuele verschillen is er tevens overlap tussen ASS en persoonlijkheidsstoornissen.¹⁵ Zowel bij ASS als bij persoonlijkheidsstoornissen zijn er prominente problemen in het interpersoonlijk functioneren. Bij ASS liggen hieraan persisterende tekorten met een overwegend genetische basis vanaf de (zeer) vroege ontwikkeling ten grondslag. Echter, ook bij een persoonlijkheidsstoornis spelen genetische factoren (zoals temperament) een rol en is het interpersoonlijk functioneren vroeg in de ontwikkeling verstoord geraakt door een samenspel tussen kwetsbare temperamentsfactoren en pathologische interacties met de omgeving, leidend tot traumatisering en onveilige hechting.^{11,15} Complicerend is dat ASS de persoonlijkheidsontwikkeling mede beïnvloedt en bovendien kan er sprake zijn van comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornissen en ASS. Überhaupt kent ASS – net als persoonlijkheidsstoornissen –¹¹ veel comorbiditeit met andere psychiatrische aandoeningen, vooral met ADHD, depressies, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.^{6,17} Ook wat betreft de descriptieve criteria van de DSM-5 is er overlap. Zo zijn bijvoorbeeld problemen in de sociale wederkerigheid behalve voor ASS ook typisch voor de schizoïde persoonlijkheidsstoornis. Patiënten met een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis houden halsstarrig vast aan bepaalde gewoonten, net als patiënten met ASS.

Comorbide persoonlijkheidsstoornissen bij ASS

Ouderen met ASS hebben een persoonlijkheid en dientengevolge kan er ook sprake zijn van comorbide persoonlijkheidspathologie.¹⁸ Er is vooral onderzoek gedaan naar het Vijffactorenmodel bij kinderen en volwassenen met ASS. Dit dimensionale persoonlijkheidsmodel betreft vijf dimensies, namelijk neuroticisme, extraversie, openheid, altruïsme en consciëntieusheid. Mensen met ASS blijken hoger te scoren op neuroticisme en lager op extraversie, altruïsme, consciëntieusheid en openheid en dit profiel is geassocieerd met een lagere kwaliteit van leven.^{15,19} Volwassenen met ASS

blijken qua temperament minder prikkelzoekend en sociaal gericht, meer leedvermijndend en minder zelfsturend en coöperatief dan volwassenen zonder ASS.^{15,18}

Ook gaat ASS vaak samen met persoonlijkheidsstoornissen, vooral met cluster A en C persoonlijkheidsstoornissen.²⁰ In een meta-analyse van studies onder volwassenen met ASS werden de volgende comorbiditeitscijfers gevonden: 24% voldeed aan de criteria van een schizoïde persoonlijkheidsstoornis, 31% aan die van de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis, 23% aan een vermijdende persoonlijkheidsstoornis, 20% aan de paranoiaïde persoonlijkheidsstoornis en 14% aan de schizotypische persoonlijkheidsstoornis.¹⁵ Kanttekening hierbij is dat deze cijfers gebaseerd zijn op diagnostisch-classificerend onderzoek waarbij volwassenen met ASS descriptief voldeden aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis. Behalve door comorbiditeit van ASS en persoonlijkheidsstoornissen kan dit mede verklaard worden door bovengenoemde conceptuele en descriptieve overlap. Bovendien betreffen alle studies onderzoek bij volwassenen. Naar de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen met ASS is tot op heden geen wetenschappelijk onderzoek verricht.

Diagnostiek van ASS

Ten behoeve van de diagnostiek van ASS zijn een uitvoerige (ontwikkelings)anamnese, heteroanamnese en testdiagnostiek wenselijk, waarbij testdiagnostiek overigens slechts aanvullende informatie kan geven. De diagnostiek van ASS bij ouderen is mede gecompliceerd doordat de huidige DSM-5-criteria van ASS geen rekening houden met de manifestatie op oudere leeftijd, zoals het deels compenseren van de onderliggende beperkingen bij een bovengemiddelde of hoge intelligentie.^{21,22, 23} Ook het retrospectief vaststellen van kenmerken van ASS in de jeugd is doorgaans lastig wanneer betrouwbare informatie over de ontwikkelingsanamnese ontbreekt.²³

Voorts zijn er vooralsnog geen voor ouderen gevalideerde meetinstrumenten voor ASS beschikbaar.^{23,24} Alleen voor de Autism Quotient-50 (AQ-50),²⁵ een screeningsinstrument ontwikkeld voor de detectie van ASS bij volwassenen, is gevonden dat acht items anders functioneerden voor oudere dan voor jongere volwassenen met ASS.²⁶ Dit betrof items 11, 14, 21, 22, 26, 29, 30 en 40, items die veelal negatief geformuleerd zijn. Omdat de meeste van deze items niet zijn opgenomen in de verkorte AQ-28,²⁷ is deze te verkiezen boven de AQ-50 als screener voor ASS bij ouderen.

Een recente systematische review van de psychometrische eigenschappen van meetinstrumenten voor ASS bij volwassenen toonde daarenboven een lage specificiteit voor alle instrumenten, vooral voor zelf- en informant-vragenlijsten.²⁸

Gestructureerde interviews presteren beter maar ook hun specificiteit is beperkt, met name om te onderscheiden met andere psychische stoornissen.²⁸ Desondanks wordt in de multidisciplinaire richtlijn "Diagnostiek en behandeling van ASS bij volwassenen" het gebruik van gestructureerde interviews aanbevolen, zoals het Nederlands Interview ten behoeve van Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen (NIDA),²⁹ het DSM-5 Interview Autismespectrumstoornis³⁰ of module 4 van de ADOS.³¹ Geen van deze instrumenten is voor ouderen gevalideerd.

Neuropsychologisch onderzoek kan ondersteunend zijn in de diagnostiek, vooral omdat het inzicht geeft in het sterkte-zwakte profiel van een patiënt en een extra observatiemogelijkheid biedt. Volwassenen met ASS hebben vaker problemen op verschillende cognitieve domeinen als ze worden vergeleken met mensen zonder enige diagnose of met een andere psychiatrische diagnose maar er blijkt geen typisch neuropsychologisch ASS-profiel te bestaan.³² Ook is er geen eenduidigheid of met het ouder worden enkele cognitieve kenmerken uitvergroot worden of afzakken dan wel juist beschermend zijn voor bij de leeftijd passende cognitieve achteruitgang.^{33,34}

Differentiële diagnostiek

Op conceptueel en descriptief niveau is er, zoals eerder reeds aangehaald, overlap tussen persoonlijkheidsstoornissen en ASS.

³⁵ In de klinische praktijk kan daardoor twijfel ontstaan over de differentiële diagnose. Bovendien kunnen comorbide maladaptieve persoonlijkheidskenmerken zich ontwikkeld hebben in samenhang met ASS. Vermijdende trekken kunnen bijvoorbeeld zowel fungeren als coping om overprikkeling te voorkomen als ontstaan zijn vanwege een negatief zelfbeeld doordat men zich van kinds af aan anders gevoeld heeft. De ernst van deze maladaptieve trekken kan verschillende gradaties hebben. Betere cognitieve en intellectuele vermogens blijken een gunstig effect te hebben op de invloed van ASS op het functioneren.³⁶ Zoals gezegd hebben de bestaande meetinstrumenten een beperkte waarde bij de differentiële diagnostiek.²³ De Hetero-Anamnestiche persoonlijkheidsvragenlijst,³⁷ die speciaal is ontwikkeld en gevalideerd voor ouderen, blijkt mogelijk gebruikt te kunnen worden als screeningsinstrument voor ASS in de ouderenpsychiatrie. De predictieve validiteit

bleek goed voor twee subschalen (Sociaal afzijdig gedrag en Rigide gedrag) en redelijk voor een derde subschaal (Grillig en impulsief gedrag). Echter, ouderen met (comorbide) persoonlijkheidsstoornissen waren geëxcludeerd in deze onderzoeksgroep, dus het is nog onbekend of de HAP ook als screeningsinstrument voor ASS toepasbaar is voor oudere patiënten met comorbide persoonlijkheidsstoornissen.³⁸ Op gedragsvragenlijsten voor executief functioneren blijkt een ASS-groep op oudere leeftijd afwijkend te scoren.³⁹

Op basis van de literatuur en klinische ervaring zijn er aanwijzingen te formuleren voor de differentiële diagnostiek van ASS en persoonlijkheidsstoornissen.^{4,40} Een belangrijke veronderstelling bij ASS is die van een onderliggende, biologische oorzaak die tot uiting komt in het gedrag vanaf de vroegste kindertijd. Hoewel biologische aspecten ook gelden voor persoonlijkheidsstoornissen, zijn deze daar veel minder prominent en derhalve vormt dit een cruciaal onderscheid met persoonlijkheidsstoornissen. Complicerend bij ouderen is dat informatie over het functioneren in de vroege kindertijd doorgaans moeilijk te achterhalen is. Om de diagnose ASS te kunnen stellen moet er sprake zijn van de diade van problemen in sociale communicatie en sociaal gedrag alsmede repetitieve gedragspatronen, hoewel de uitingsvorm kan verschillen. Aan beide criteria moet worden voldaan. Dat betekent dat er bij ASS nagegaan moet worden of er problemen zijn op het gebied van sociaal interactief gedrag, ook non-verbaal. Daarnaast moet worden onderzocht of ook het tweede gedragscriterium – de aanwezigheid van repeterende en stereotiepe gedragingen, hardnekkige behoefte aan vaste patronen, zeer gefixeerde interesses en hypo- of hypergevoeligheid voor zintuiglijke prikkels – aanwezig is; dit is namelijk een typisch kenmerk van ASS en niet zo zeer van persoonlijkheidsstoornissen. Bovenal zijn de oorsprong en de functie van deze gedragingen anders bij ASS. Hieronder worden richtlijnen geformuleerd voor de differentiële diagnostiek bij een aantal persoonlijkheidsstoornissen die sterk kunnen lijken op ASS en specifieke uitingsvormen die bij ASS abusievelijk als maladaptieve persoonlijkheidskenmerken kunnen worden ingeschat. Deze richtlijnen zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek bij volwassenen en op klinische ervaring met ASS en persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.

Cluster A persoonlijkheidsstoornissen

We bespreken allereerst de differentiële diagnostiek met cluster A persoonlijkheidsstoornissen. Zowel ouderen met ASS als met een schizoïde of schizotypische persoonlijkheidsstoornis kunnen pas in de ouderdom in beeld komen bij de hulpverlening door levensfasegebonden veranderingen. Er zijn veel overeenkomsten tussen ASS en de schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornissen. De schizoïde persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door afstandelijkheid in sociale relaties en een beperkt vermogen om zich emotioneel te uiten.⁶ Daarmee kent de schizoïde persoonlijkheidsstoornis op descriptief niveau overeenkomsten met de sociaal afzijdige ASS-typen. Bij de schizoïde persoonlijkheidsstoornis is geen behoefte aan intieme contacten en seksualiteit. Mensen met ASS hebben veelal wel behoefte aan sociale en seksuele contacten maar deze kosten hen veel energie en ze voelen zich hierbij onzeker. Ook is het tweede gedragscriterium van ASS, de beperkte, repetitieve of obsessieve gedragingen, onderscheidend.

Mensen met een schizotypische persoonlijkheidsstoornis vertonen net als mensen met ASS ongemak in sociale relaties. Er kan excentriek gedrag voorkomen, hetgeen per abuis geduid kan worden als passend bij ASS. De cognities kunnen vreemd en magisch zijn, zonder dat de realiteitstoetsing gestoord is.⁴¹ Kenmerkend voor ASS is dat het vermogen tot emotionele empathie veel meer beperkt is dan bij schizotypische persoonlijkheidsstoornissen.⁴² Dit kan ertoe leiden dat men anderen niet goed inschat en dat men zich uit angst en onbegrip voorzichtig of afhoudend opstelt in het contact, hetgeen kan lijken op de wantrouwende houding van de paranoïde persoonlijkheidsstoornis.

Cluster B persoonlijkheidsstoornissen

De borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) wordt gekenmerkt door affectieve dysregulatie, interpersoonlijke instabiliteit, impulsiviteit en automutilatie.¹¹ Affectieve ontregeling treedt bij mensen met ASS op als gevolg van sensorische overprikkeling of bij het wegvallen van structuur. Automutilatie komt voor bij BPS en bij ASS. Echter bij ASS is automutilatie geassocieerd met sensorische overprikkeling, terwijl dit bij BPS plaatsvindt in de context van interpersoonlijke problemen en emotionele dysregulatie. Gevoelens van leegte en weinig eigenwaarde zijn overlappende kenmerken van BPS en ASS. Bij mensen met ASS komen deze voort vanuit een intens verlangen om bij anderen aan te kunnen sluiten. Dit kan bij hen leiden tot traumatisering en emotionele ontregeling die op hun beurt kunnen doen denken aan BPS. Met name bij vrouwen met ASS is het risico op een onterechte diagnose BPS groot, doordat de sociale vaardigheden bij vrouwen met ASS gemiddeld beter zijn ontwikkeld

dan bij mannen met ASS.⁴³ Het is daarom van belang om bij oudere vrouwen bij wie eerder een diagnose BPS is gesteld en die een voorgeschiedenis kennen met ineffectieve behandeling, bedacht te zijn op ASS. Overigens kan een voorgeschiedenis van misbruik en trauma ook aanleiding geven tot comorbiditeit.^{18,43}

Sommige mensen met ASS kunnen door een afwijkende, expressieve verschijning of gedetailleerd en breedsprakig taalgebruik onbedoeld opvallen, hetgeen kan imponeren als passend bij een histrionische persoonlijkheidsstoornis. Daar waar histrionische persoonlijkheden met hun gedrag beogen in het middelpunt van de aandacht te staan, hangt opvallend gedrag bij mensen met ASS samen met hun onvermogen aan te voelen welk gedrag in een bepaalde sociale context passend is.

Wanneer mensen met ASS de sociale conventie van bescheidenheid niet aanvoelen en zonder gêne trots persoonlijke prestaties naar voren brengen, kan men een narcistische indruk wekken. Tevens kan dominant gedrag optreden vanuit behoefte aan structuur. Bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis ligt aan grandioos en dominant gedrag echter een opgeblazen zelfgevoel ten grondslag dan wel een laag zelfbeeld dat men narcistisch compenseert.

Wat betreft de persoonlijkheidsstoornissen uit cluster B kan een functionele manier van omgaan met anderen en met middelen doen denken aan de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Bij de laatste is er echter geen sprake van onvermogen zich in te leven in de ander, maar is onderliggend sprake van minachting voor, en bewuste manipulatie van, de ander.

Cluster C persoonlijkheidsstoornissen

Overeenkomsten met de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis zijn een grote volhardendheid, voorkeur voor een voorspelbare omgeving en een morele dichotome instelling (zwart-wit denken). Mensen met ASS raken overstuur als hieraan niet tegemoet gekomen wordt, terwijl men bij doorvragen niet goed kan aangeven wat er beangstigend aan is of waarom voorspelbaarheid zo nodig is. Bij mensen met een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis ligt hieraan een drang naar perfectionisme en extreem verantwoordelijkheidsgevoel ten grondslag. Men wil dat het goede wordt gedaan, vaak ook dat anderen dit valideren. Overigens streven mensen met ASS vaak naar perfectie omdat zij de flexibiliteit ontberen dat wat 'minder perfect ook goed genoeg is'. Juist het niet flexibel kunnen aanpassen van strikte normen wordt bij het ouder worden dan problematisch. Denk bijvoorbeeld aan iemand die het vanwege lichamelijke beperkingen, zoals hartklachten, rustiger aan moet doen maar desondanks blijft doorgaan en zichzelf daarmee juist schade toebrengt.

Mensen met ASS kunnen ogenschijnlijk afhankelijke persoonlijkheidsproblematiek vertonen, wanneer men zich overmatig aanpast aan wat men denkt wat de ander wil. Onzekerheid over hoe zich te gedragen in sociale en complexe situaties kan leiden tot een afhankelijke opstelling.

Overlap met de vermijdende persoonlijkheidsstoornis is het vermijden van sociale activiteiten en angst voor kritiek. Bij ASS hangt dit samen met het ontwijken van spanning en onzekerheid doordat het sociaal verkeer te ingewikkeld is.

Om het onderscheid te kunnen maken of gedrag eerder passend is bij ASS of bij maladaptieve persoonlijkheidskenmerken, is het essentieel om verschillende diagnostische bronnen te gebruiken.^{4,25,44} Naast anamnese, interviews en vragenlijsten zijn observaties (in de spreekkamer maar ook in de thuissituatie) en de hetero-anamnese van wezenlijk belang. Zelfrapportage kan verminderd betrouwbaar zijn vanwege problemen in zelfinzicht en begripsproblemen bij vragen. Voorts is het van belang om de antwoorden niet alleen op de inhoud te beoordelen, maar vooral op de intentie, op wat de patiënt ermee bedoelt. Patiënten met ASS hebben doorgaans cognitieve en concrete definities van concepten, bijvoorbeeld 'inleven' is aan tranen zien dat iemand verdriet heeft. Of het concept 'vriend' betreft iemand die men wekelijks ziet bij het koor, bij de voornaam noemt en om hulp vraagt bij een probleem, maar wederzijds steunen en delen van emoties ontbreken. Bij diagnostische twijfel is bevragen op de wijze waarop de patiënt tot een antwoord komt, aangewezen. Vooral doorvragen naar concrete voorbeelden is daarbij nuttig.

Als er differentiële-diagnostische twijfel blijft bestaan kan een voorlopige diagnose of werkhypothese gehanteerd worden.⁴⁴ Deze wordt besproken met de patiënt en eventuele naastbetrokkenen waarna afspraken gemaakt worden over vervolgstappen om de differentiële diagnose te verhelderen. Dit kan bijvoorbeeld door deelname een psycho-educatieve cursus voor ouderen met ASS.

Belang van juiste diagnose

Het is belangrijk om de diagnoses ASS en persoonlijkheidsstoornis ook bij ouderen adequaat te stellen, omdat de focus van de behandeling anders is. Bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen is psychotherapie de eerst te overwegen

behandeloptie. Bij ASS ligt de nadruk, zeker in het begin van een behandeltraject, op psycho-educatie, zowel voor patiënten als voor hun omgeving. Hoewel ASS niet behandelbaar is, biedt de diagnose wel nieuwe perspectieven.⁴⁵ Patiënten begrijpen alsnog waarom ze anders waren. De behandeling is gericht op inzicht in de behoeften en helpen met het accepteren van een leven met ASS. Dit kan in individuele gesprekken maar ook in een psycho-educatieve groep met andere personen met ASS. Het bieden van leeftijdsspecifieke groepen is wenselijk, omdat deze de mogelijkheid vergroten voor herkenning van thema's, zoals het opmaken van de levensbalans in het licht van ASS en andere levensfase gerelateerde thema's zoals omgaan met lichamelijke achteruitgang en verlies van rollen. In eerste instantie ligt de nadruk op het aanpassen van de leefomstandigheden en het beter omgaan met ASS. Ook familieleden kunnen met ASS als verklaringmodel meer begrip krijgen en rouwen om het gemis van wederkerigheid. Voor professionals in een ziekenhuis, verpleeghuis of thuiszorg kan de diagnose houvast bieden voor een betere bejegening. Kortom, het is essentieel dat patiënten, familie en zorgverleners duidelijkheid hebben over de beperkingen die met ASS samengaan en een omgeving realiseren met voldoende structuur en voorspelbaarheid alsook met een hanteerbaar niveau van omgevingsprikkels. Hierbij wordt uitgegaan van de specifieke kenmerken en wensen van de persoon met ASS. Degenen die weinig behoefte hebben aan sociale activiteiten, kunnen beter in een omgeving verblijven waarin men meer alleen gelaten wordt. Hen die juist wel willen aansluiten, maar niet weten hoe, kan beter begeleiding hierbij worden geboden. Er is slechts beperkt wetenschappelijk onderzoek verricht naar de behandeling van comorbide psychiatrische stoornissen bij volwassenen met ASS. Vanuit dit beperkt aantal studies zijn er echter aanwijzingen dat cognitieve gedragstherapie en mindfulness effectief zijn voor comorbide angst- en depressieve symptomen bij volwassenen met ASS.^{45,46,47,48} Over de behandeling van comorbide persoonlijkheidsstoornissen is veel minder bekend,⁴⁹ zeker bij ouderen.

Behalve voor een passende behandeling is het ook belangrijk om de diagnose ASS bij ouderen adequaat te stellen, omdat vanuit onderzoek onder volwassenen is gebleken dat ASS een belangrijke risicofactor is voor suïcide.⁵⁰ Voor klinici is het juist bij mensen met ASS lastig om invoelend over suïcidaliteit te spreken, omdat patiënten dit op een 'matter-of-fact' wijze kunnen aangeven, met een afwijkend of vlak affect. Tevens kunnen zij hun emoties minder waarnemen en verbaliseren, waardoor een suïcidale geste ook door henzelf als impulsief wordt geïnterpreteerd, hoewel achteraf blijkt dat er al eerder signalen waren. In de klinische praktijk blijkt dat beter inzicht en begrip van de eigen patronen ook tot een verbetering van het functioneren leidt. Psychotherapie gericht op comorbide persoonlijkheidsproblematiek wordt nog beperkt toegepast. Er loopt één onderzoek naar de effectiviteit van schematherapie voor volwassenen met ASS en comorbide persoonlijkheidsstoornissen.⁴⁹ Verder zijn de eerste verkenningen gedaan naar het aanpassen van dialectische gedragstherapie voor volwassenen met ASS en emotieregulatieproblematiek.⁵¹ Onderzoek, zowel naar behandeling van ASS als in combinatie met persoonlijkheidsstoornissen is bij ouderen nog een volledig onontgonnen gebied.

Discussie

De differentiële diagnostiek van ASS en persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is complex en wetenschappelijk nagenoeg onontgonnen.^{52,53} Verder wetenschappelijk onderzoek is dan ook nodig om de onderlinge samenhang tussen ASS en de persoonlijkheidsontwikkeling over de levensloop beter te begrijpen

De prevalentie van comorbide persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen met ASS is onbekend en waarschijnlijk onderschat, gezien het gegeven dat de comorbiditeit van ASS en persoonlijkheidsstoornissen bij volwassenen veel voorkomt.^{15,20} Op basis van de literatuur en klinische ervaring werden aanwijzingen geformuleerd voor de differentiële diagnostiek. Daarbij is het zinvol om verschillende diagnostische bronnen te gebruiken.^{4,24,41} Er is echter een schaarste aan gevalideerde diagnostische instrumenten voor zowel volwassenen als ouderen met ASS en comorbide psychiatrische problematiek en persoonlijkheidsstoornissen in het bijzonder.²⁴ Een specifieke aanbeveling is om te onderzoeken of de HAP ook gebruikt kan worden als screeningsinstrument voor ASS bij ouderen met (comorbide) persoonlijkheidsstoornissen.

Het is immers van belang om de diagnoses ASS en persoonlijkheidsstoornissen ook bij ouderen adequaat te stellen, omdat de focus van de behandeling bij beide aandoeningen anders is. Zo zijn er aanwijzingen voor de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie en mindfulness voor comorbide angst- en depressieve symptomen bij volwassenen met ASS; onderzoek naar deze behandelmethoden bij ouderen ontbreekt echter. Gezien de bemoedigende resultaten van onderzoek naar schematherapie bij ouderen⁵⁴ en de eerste positieve ervaringen met schematherapie bij volwassenen met ASS⁴⁹ lijkt onderzoek naar schematherapie voor ouderen met ASS en comorbide persoonlijkheidsstoornissen zinvol.

Ook onderzoek naar contextuele interventies voor zorgafhankelijke ouderen met ASS en eventuele comorbide persoonlijkheidsproblematiek en gedragsproblemen is wenselijk. Mogelijk is CoMBI (Cognitive Model for Behavioural Interventions),^{55,56} een mediatietherapie-model dat specifiek ontwikkeld is om problematische gedragingen van ouderen met comorbide persoonlijkheidsproblematiek te doen afnemen en/of beter hanteerbaar te maken voor zorgverleners, ook toepasbaar bij ouderen met ASS. Aangrijpingspunt is immers het bieden van compensatie voor gefrustreerde kernbehoeften; ouderen met ASS hebben vanuit hun andere informatieverwerking specifieke behoeften, zoals voorspelbaarheid en concrete communicatie.

Conclusie

Zowel ASS als persoonlijkheidsstoornissen komen veel voor in de ouderenpsychiatrie en de ouderenzorg. Met het oog op een passende behandeling is het van belang om ASS en persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen te kunnen differentiëren. De wetenschappelijke kennis over dit thema is nog uiterst beperkt. Onderzoek naar voor ouderen valide diagnostische instrumenten is gewenst. Ook comorbiditeit van ASS en persoonlijkheidsstoornissen komt veel voor. Derhalve is tevens onderzoek naar de behandeling van deze complexe oudere patiënten aan te bevelen.

Auteurs

Arjan C. Videler

GGZ Breburg, Universiteit van Tilburg, Tranzo

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

Sylvia M.J. Heijnen-Kohl

Mondriaan Ouderen, Heerlen, Netherlands

Klinisch psycholoog/zorgdirecteur Ouderen, topklinisch centrum voor ouderen met persoonlijkheidsstoornissen, Mondriaan, Heerlen.

Rosalien M.H.J. Wilting

GGZ Breburg

Klinisch psycholoog/psychotherapeut PersonaCura, topklinisch centrum voor persoonlijkheidsstoornissen en/of autismespectrumstoornissen bij ouderen, GGZ Breburg, Tilburg

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. Mukaetova Ladinska EB, Perry E, Baron M, Povey C. Ageing in people with autistic spectrum disorder. Int J Geriatr

Psychiatry 2012;27:109-18.

2. Piven J, Rabins P, Autism in Older Adults Working Group. Autism spectrum disorders in older adults: toward defining a research agenda. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:2151-55.
3. Geurts H. Autismespectrumstoornis en ADHD. In: Vink M, Kuin Y, Westerhof G, Lamers S, Pot AM, ed. *Handboek Ouderenpsychologie* (2e ed). Utrecht: De Tijdstroom, 2017.
4. Videler AC, Delescen ECJ, Ouwens MA. Autisme of persoonlijkheidsstoornis bij ouderen? Handvatten voor de differentiële diagnostiek. *Tijdschr Psychiatr* 2018;60:343-46.
5. Rosowsky E, Lodish E, Ellison J, Van Alphen SPJ. A Delphi study of late-onset personality disorders. *Int Psychogeriatr* 2019;31:1007-13.
6. American Psychiatric Association. *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen: DSM-5*. Nederlandse vertaling van *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2014.
7. Happé F, Ronald A, Plomin R. Time to give up on a single explanation for autism. *Nat Neurosci* 2006; 9: 1218-20.
8. Kan CC, Geurts HM, van den Bosch K, Forceville EJM. *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van Autismespectrumstoornissen bij volwassenen*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). Utrecht: De Tijdstroom, 2013.
9. Baxter AJ, Brugha TS, Erskine HE, Scheurer RW, Vos T, Scott JG. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychol Med* 2015; 45: 601-13.
10. Takara K, Kondo T, Kuba T. How and why is autism spectrum disorder misdiagnosed in adult patients? From diagnostic problem to management for adjustment. *Ment Health Fam Med* 2015; 11: 73-88.
11. Videler AC, Hutsebaut J, Schulkens JEM, Sobczak S, van Alphen SPJ. A life span perspective on borderline personality disorder. *Curr Psychiatr Rep* 2019; 21(7): 51.
12. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet* 2015; 385: 717-26.
13. Reynolds K, Pietrzak RH, El-Gabalawy R, Mackenzie CS, Sareen J. Prevalence of psychiatric disorders in US older adults: findings from a nationally representative survey. *World Psychiatry* 2015; 14: 74-81.
14. van Alphen SPJ, van Dijk SDM, Videler AC, Rossi G, Dierckx E, Bouckaert F, Oude Voshaar RC. Personality disorders in older adults: Emerging research issues. *Curr Psychiatry Rep* 2015; 17: 538-45.
15. Vuijk R, Deen M, Sizoo B, Arntz A. Temperament, character, and personality disorders in adults with autism spectrum disorder: a systematic literature review and meta-analysis. *Rev J Autism Develop Disord* 2018; 5: 176-97.
16. Lever AG, Geurts HM. Psychiatric co-occurring symptoms and disorders in young, middle-aged, and older adults with autism spectrum disorder. *J Autism Develop Disord* 2016; 46: 1916-30.
17. Lugo-Marín J, Magán-Maganto M, Rivero-Santana A, Cuellar-Pompa L, Alviani M, Jenaro-Rio C, et al. Prevalence of psychiatric disorders in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Res Autism Spectr Disord* 2019; 59: 22-33.
18. Vuijk R. Persoonlijkheidspathologie en positieve persoonlijkheidsaspecten bij kinderen, jeugdigen en volwassenen met een autismespectrumstoornis: Een systematische literatuurstudie. *Tijdschr Psychotherap* 2018; 44: 315-35
19. Lodi-Smith J, Rodgers JD, Cunningham SA, Lopata C, Thomeer ML. Meta-analysis of Big Five personality traits in autism spectrum disorder. *Autism* 2019; 23: 556-65.
20. Michiels K, van Geit N, Schotte C. Onderzoek naar de relatie tussen persoonlijkheidsstoornissen en autismespectrumstoornissen. *Tijdschr Klin Psychol* 2016; 46: 53-65.
21. Kalbfleisch ML, Loughan AR. Impact of IQ discrepancy on executive function in high-functioning autism: Insight into twice exceptionality. *J Autism Develop Disord* 2012; 42: 390-400.
22. Hull L, Petrides KV, Allison C, Smith P, Baron-Cohen S, Lai MC, et al. "Putting on my best normal": social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. *J Autism Develop Disord* 2017; 47: 2519-34.
23. Hitzert B, Schmidt R, Geurts HM, van Alphen SPJ. Diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij ouderen: een expertstudie. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 854-62.
24. Heijnen-Kohl SMJ, van Alphen SPJ, Oude Voshaar RC. Issues in diagnosis and assessment in later life. In: Wright SD, ed. *Autism spectrum disorders in mid and later life*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2016.

25. Hoekstra RA, Bartels M, Cath DC, Boomsma DI. Factor structure, reliability and criterion validity of the Autism-Spectrum Quotient (AQ): A study in Dutch population and patient groups. *J Autism Develop Disord* 2008; 38: 1555-66.
26. Agelink van Rentergem JA, Lever AG, Geurts HM. Negatively phrased items of the Autism Spectrum Quotient function differently for groups with and without autism. *Autism* 2019; 23: 1752-64.
27. Hoekstra RA, Vinkhuyzen AA, Wheelwright S, Bartels M, Boomsma DI, Posthuma D, et al. The construction and validation of an abridged version of the autism-spectrum quotient (AQ-Short). *J Autism Dev Disord* 2011; 41:589-96.
28. Wigham S, Rodgers J, Berney T, Le Couteur A, Ingham B, Parr JR. Psychometric properties of questionnaires and diagnostic measures for autism spectrum disorders in adults: A systematic review. *Autism* 2019; 23: 287-305.
29. Vuijk R. Nederlands Interview ten behoeve van Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen (NIDA) (2e ongewijzigde druk). Rotterdam: Sarr Expertisecentrum Autisme/Dare to Design, 2016.
30. Spek AA. Diagnostisch onderzoek naar ASS bij volwassenen. *Wetenschap Tijdschr Autisme* 2015; 2: 63-68
31. Lord C, Risi S, Lambrecht L, et al. The Autism Diagnostic Observation Schedule—Generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *J Autism Develop Disord* 2000; 30: 205-23.
32. Brunsdon VE, Happé FGE. Exploring the 'fractionation' of autism at the cognitive level. *Autism* 2014; 18: 17-30.
33. Lever AG, Geurts HM. Age-related differences in cognition across the adult lifespan in autism spectrum disorder. *Autism Res* 2015; 9: 666-76.
34. Geurts HM, Vissers ME. Elderly with autism: Executive functions and memory. *J Autism Develop Disord* 2012; 42: 665-75.
35. Lugnegård T, Hallerbäck MU, Gillberg C. Personality disorders and autism spectrum disorders: What are the connections? *Compr Psychiatry* 2012; 53: 333-40.
36. Strunz S, Westphal L, Ritter K, Heuser I, Dziobek I, Roepke S. Personality pathology of adults with autism spectrum disorder without accompanying intellectual impairment in comparison to adults with personality disorders. *J Autism Develop Disord* 2015; 45: 4026-38.
37. Barendse HPJ, Thissen AJC. Handleiding van de Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst HAP, versie 2.0. Schijndel: Barendse & Thissen. 2019.
38. Heijnen-Kohl SMJ, Kok RM, Wilting RMHJ, Rossi G, van Alphen SPJ. Screening of autism spectrum disorders in geriatric psychiatry. *J Autism Develop Disord* 2017; 47: 2679-89.
39. Davids RCD, Groen Y, Berg IJ, Tucha OM, van Balkom IDC. Executive functions in older adults with autism spectrum disorder: Objective performance and subjective complaints. *J Autism Develop Disord* 2016; 46: 2859-73.
40. Sevecke K, Poustka L, Popow C. Personality disorders and autism spectrum disorder: What is similar and what is different? In Mazzone L, ed. *Psychiatric Symptoms and Comorbidities in Autism Spectrum Disorder*. Cham: Springer International Publishing, 2016.
41. Hurst RM, Nelson-Gray RO, Mitchell JT, Kwapil TR. The relationship of Asperger's characteristics and schizotypal personality traits in a non-clinical adult sample. *J Autism Develop Disord* 2007; 37: 1711-20.
42. Booules-Katri TM, Pedreño C, Navarro JB, Pamiás M, Obiols JE. Theory of Mind (ToM) performance in High Functioning Autism (HFA) and Schizotypal-Schizoid Personality Disorders (SSPD) patients. *J Autis Dev Disord* 2019; 49: 3376-86.
43. Rydén G, Rydén E, Hetta J. Borderline personality disorder and autism spectrum disorder in females: A cross-sectional study. *Clin Neuropsychiatry* 2008; 5: 22-30.
44. Videler AC, van Dijk SDM, Wilting RMHJ. (2018). Persoonlijkheidsonderzoek bij ouderen. In: Oude Voshaar RC, van der Mast RC, Vandenbulcke M, Stek ML, Verhey FRJ, eds. *Handboek Ouderenpsychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom, 2018.
45. Spain D, Sin J, Chalder T, Murphy D, Happe F. (2015). Cognitive behaviour therapy for adults with autism spectrum disorders and psychiatric co-morbidity: A review. *Res Autism Spect Disord* 2015; 9: 151-62.
46. Spain D, Sin J, Harwood L, Mendez MA, Happé F. (2017). Cognitive behaviour therapy for social anxiety in autism spectrum disorder: a systematic review. *Advance Autism* 2017; 3: 34-46.
47. Cachia RL, Anderson A, Moore DW. (2016). Mindfulness in individuals with autism spectrum disorder: a systematic review and narrative analysis. *Rev J Autism Develop Disord* 2016; 3: 165-78.
48. Spek AA, van Ham NC, Nyklicek I. Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: A randomized controlled trial. *Res Dev Disabil* 2013; 34: 246-53.

49. Vuijk R, Arntz A. Schema therapy as treatment for adults with autism spectrum disorder and comorbid personality disorder: Protocol of a multiple-baseline case series study testing cognitive-behavioral and experiential interventions. *Contemp Clin Trial Comm* 2017; 5: 80-85.
50. Takara K, Kondo T. Comorbid atypical autistic traits as a potential risk factor for suicide attempts among adult depressed patients: a case-control study. *Ann Gen Psychiatry* 2014; 13: 33.
51. Hartmann, K., Urbano, M., Manser, K., & Okwara, L. (2012). Modified dialectical behavior therapy to improve emotion regulation in autism spectrum disorders. *Autism Spectrum Disorders*. Nova Science Publishers, 41-72.
52. Patra S. Autism spectrum disorder in the elderly: A review of healthcare issues and challenges. *J Geriatr Care Res* 2016; 3: 3-6.
53. Robison JE. Autism prevalence and outcomes in older adults. *Autism Res* 2019; 12: 370-74.
54. Videler AC, van Alphen, SPJ, van Royen, RJJ, van der Feltz-Cornelis CM, Rossi G, Arntz A. Schema therapy for personality disorders in older adults: a multiple-baseline study. *Aging Ment Health* 2018; 22: 738-47.
55. Osterloh JWSA, Videler AC, Rossi G, van Alphen SPJ. Mediatetherapie bij ouderen met een persoonlijkheidsstoornis: Een verpleegkundige benadering. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2018;49(5):210-12.
56. Ekiz E, Bollen SGBJ, Rossi G, Videler AC, van Alphen SPJ. Mediatieve behandeling bij dementie en persoonlijkheidsproblematiek: wat maakt het verschil? *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2020;51(2).