

Diagnostiek van persoonlijkheid en persoonlijkheidspathologie bij ouderen

J. Van den Broeck^a, G. Rossi^a, E. Dierckx^a

Assessment of personality and personality pathology in older persons

Compared to other domains in personality research, research on personality and personality pathology in the elderly is still in its infancy. However, with the growing proportion of older people in the population, the interest in this topic has increased sharply in the past years. Nevertheless, our knowledge about this domain remains relatively limited. Researchers in this domain are facing several challenges. On the one hand, little is known about the course of personality and psychopathology in later life, because longitudinal studies are scarce or non-existent. On the other hand, both clinical practice and the research literature indicate a growing demand for reliable and valid instruments for the assessment of personality in the elderly. In this article we discuss the main conceptual and methodological issues, as well as recent evolutions concerning this research domain in the Netherlands and Flanders.

Key words: Assessment, personality, personality disorders, older persons
Tijdschr Gerontol Geriatr 2010; 41: 68-77

Samenvatting

In vergelijking met andere domeinen binnen het persoonlijkheidsonderzoek staat het onderzoek naar persoonlijkheid en persoonlijk-

heidspathologie bij ouderen nog in zijn kinderschoenen. De laatste jaren is echter de interesse in dit onderwerp sterk toegenomen gezien het groeiende aandeel ouderen in de bevolking, ook al blijft de kennis hieromtrent nog relatief beperkt. Onderzoekers binnen dit domein staan voor enkele uitdagingen. Enerzijds is er nog maar weinig geweten over het beloop van persoonlijkheid en persoonlijkheidspathologie op latere leeftijd, daar longitudinale studies hieromtrent schaars, zo niet onbestaand zijn. Anderzijds blijkt zowel vanuit de praktijk als vanuit de onderzoeksliteratuur

^a Vrije Universiteit Brussel, Vakgroep Klinische en Levensloop Psychologie

Correspondentie: Joke Van den Broeck, Vrije Universiteit Brussel, Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen, Vakgroep Klinische en Levensloop Psychologie, Pleinlaan 2, 1050 Brussel Email: jrvdbroe@vub.ac.be

een grote nood aan betrouwbare en valide instrumenten voor het meten van persoonlijkheidskenmerken bij ouderen. In dit artikel worden de voornaamste conceptuele en methodologische knelpunten besproken, alsook recente ontwikkelingen in Nederland en Vlaanderen binnen dit onderzoeksdomein.

Trefwoorden: diagnostiek; persoonlijkheid; persoonlijkheidsstoornissen ; ouderen

Inleiding

Het aandeel ouderen in de bevolking is de laatste decennia gestaag toegenomen en verwacht wordt dat deze trend zich zal blijven verder zetten. In 2007 bedroeg het aandeel 65-plussers in België bijvoorbeeld 17%, in 2030 wordt dit geschat op 22,6%.¹ Logischerwijs zal deze groei ook binnen de geestelijke gezondheidszorg te merken zijn. Traditioneel wordt over “ouderen” gesproken vanaf een leeftijd van 65 jaar, al mag het duidelijk zijn dat dit een heel heterogene groep is en dat niet alle 65-plussers over dezelfde kam te scheren zijn. In onderzoeksliteratuur wordt daarom een onderscheid gemaakt tussen “jonge-ouderen” (tussen de 65 en de 74 jaar), “oude-ouderen” (75-84 jaar) en “oudste-ouderen” (85-plussers).² Voor de vlotte leesbaarheid wordt in dit artikel de algemene term “ouderen” gehanteerd, zonder daarbij afbreuk te willen doen aan de diversiteit van deze doelgroep.

Lange tijd was er, zowel vanuit de klinische praktijk als binnen het persoonlijkheids-onderzoek, weinig interesse voor persoonlijkheid(pathologie) bij ouderen. Verondersteld werd dat persoonlijkheidstrekken afzwakken als gevolg van fysieke achteruitgang en verminderde energie, en dat ouderen geen baat zouden hebben bij psychotherapie.³ Sinds enkele jaren is het tij gekeerd en wordt in de onderzoeksliteratuur meer aandacht besteed aan de persoonlijkheid op latere leeftijd. Ondanks een groeiende interesse voor onderzoek naar persoonlijkheid en persoonlijkheidspathologie bij ouderen, is echter de kennis over het onderwerp tot op heden relatief beperkt. Het is een vicieuze cirkel: de conceptualisatie van persoonlijkheid(stoornissen) wordt bemoeilijkt door methodologische aspecten, terwijl het optimaliseren van de persoonlijkheidsdiagnostiek wordt belemmerd door een inadequate conceptualisatie.⁴ Eén van de belangrijkste knelpunten betreft de diagnostiek: tot op heden ontbreken adequate en aangepaste instrumenten om de persoonlijkheid van ouderen in kaart te brengen. Het merendeel van de huidige instrumenten voor persoonlijkheidsdiagnostiek is gebaseerd op en ontwikkeld voor gebruik in een populatie ‘jongere’ volwassenen (van 18 tot 60 jaar).^{5,6,7,8} Bijge-

volg sluiten veel items mogelijk niet aan bij de belevingswereld van een ‘oudere’ persoon omdat onder meer geen rekening wordt gehouden met de biologische en sociale veranderingen waarmee deze geconfronteerd kan worden. Vanuit een context-afhankelijke visie op persoonlijkheid verandert de uiting van persoonlijkheid naargelang de context. Ervan uitgaand dat met het ouder worden ook de sociale, financiële, fysiologische en cognitieve context verandert, kan verondersteld worden dat een oudere en een jongere volwassene met eenzelfde mate van pathologie verschillend zullen scoren op instrumenten die ontwikkeld werden met uitsluitend de context van jongere volwassenen in gedachten. Echter door een gebrek aan leeftijdsneutrale meetinstrumenten bestaat over het beloop van persoonlijkheid en persoonlijkheidspathologie vooralsnog geen eenduidigheid.⁹

Persoonlijkheid(pathologie) door de levensloop heen

Algemeen wordt het construct persoonlijkheid omschreven als een complexe structuur van min of meer stabiele, onderliggende trekken, welke tot uiting komen in karakteristieke gedragspatronen en adaptaties (bijvoorbeeld coping stijl). Wanneer persoonlijkheidstrekken star en maladaptief zijn en significante beperkingen in functioneren of subjectief lijden veroorzaken, vormen ze volgens de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Text Revision* (DSM-IV-TR),¹⁰ een persoonlijkheidsstoornis. Lang werd ervan uitgegaan dat persoonlijkheid stabiel is na de leeftijd van 30 jaar, maar deze stelling wordt door veel onderzoekers ter discussie gesteld.¹¹ Clark (2005) reikt binnen het ‘stabiliteit versus veranderlijkheid’-debat nieuwe inzichten aan op basis van drie longitudinale studies over persoonlijkheidsstoornissen.¹² Zij beschouwt een persoonlijkheidsstoornis als een combinatie van extreme, maladaptieve en relatief stabiele persoonlijkheidstrekken enerzijds, en meer acute, disfunctionele gedragingen anderzijds. Hierbij wordt verondersteld dat de uiterlijke gedragingen veranderlijk zijn doorheen de tijd, terwijl de onderliggende trekken stabiel blijven; iets waarnaar in de literatuur wordt verwezen als ‘heterotypische continuïteit’.^{13,14} Dit houdt in dat persoonlijkheid(pathologie) zich verschillend kan uiten doorheen de levensloop. Vanuit dit concept blijven onze basispersoonlijkheidskarakteristieken of trekken stabiel, maar kan de representatie ervan gedragsmatig verschillen naargelang de leeftijd. Een oudere kan met andere woorden nog steeds dezelfde onderliggende persoonlijkheidskenmerken hebben als in zijn jongere jaren, maar de uiting ervan kan veranderen doorheen de tijd.¹⁵ Bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis bijvoorbeeld tonen cross-sectionele studies aan dat oudere patiënten min-

der impulsiviteit vertonen, maar meer somatisatie in vergelijking met jongere patiënten.¹⁶

Verschillende onderzoekers ondersteunen de idee dat persoonlijkheid kan veranderen, in het bijzonder wanneer mensen geconfronteerd worden met levensgebeurtenissen die een aanpassing vergen.¹¹ Volgens het timing-of-events model functioneren grote levensgebeurtenissen als mijlpalen in de ontwikkeling.¹⁷ Er wordt daarbij een onderscheid gemaakt tussen normatieve en niet-normatieve gebeurtenissen (stressoren). Normatieve gebeurtenissen overkomen iedereen en worden in die zin ook verwacht (bijvoorbeeld ouderschap, pensioen). Niet-normatieve gebeurtenissen zijn ongewone, onverwachte gebeurtenissen (bijvoorbeeld traumatisch ongeluk, lotto winnen). Beiden vergen een aanpassing van het individu aan een veranderde situatie. Mensen ontwikkelen zich volgens dit model in functie van de momenten in hun leven waarop belangrijke (niet-) normatieve levensgebeurtenissen al dan niet optreden. In lijn hiermee vonden Haan en collega's dat persoonlijkheid veranderlijk was in de transitieperiode van midden naar late volwassenheid.¹⁸ In deze turbulente overgangperiode worden mensen vaak geconfronteerd met ingrijpende levensveranderingen zoals pensioen, ziekte en verlies. De meesten passen zich op een adequate manier aan aan deze leeftijdsgerelateerde normatieve gebeurtenissen. Zo gaan ouderen bijvoorbeeld een meer afhankelijke relatie aan met familieleden wanneer hun fysieke mogelijkheden er op achteruitgaan.¹⁷ Echter, voor mensen met kwetsbare persoonlijkheidstrekken en inadequate copingmechanismen kunnen zulke normatieve ontwikkelingsstressoren, net als niet-normatieve gebeurtenissen, de pathologie initiëren of versterken.^{8,19} Persoonlijkheidskenmerken blijven vanuit dit oogpunt stabiel onder stabiele levensomstandigheden (bijvoorbeeld een gelukkig huwelijk, job tevredenheid), maar de uiting ervan kan veranderen wanneer mensen geconfronteerd worden met grote veranderingen en zich proberen aan te passen.¹¹

Classificatie van persoonlijkheidsstoornissen: categorische versus dimensionale benaderingen

As-II van de DSM-IV-TR¹⁰ is het onderwerp van heel wat discussie en controverse. Naar aanleiding van een aantal fundamentele beperkingen verbonden aan het categoriale karakter van As-II van de DSM-IV-TR worden verscheidene alternatieve dimensionale classificatiemodellen naar voren geschoven, elk met hun specifiek meetinstrument. (Voor een overzicht verwijzen we de geïnteresseerde lezer naar Widiger & Simonsen, 2005.²⁰) Toch blijft de DSM-IV-TR tot op heden het wijdst verspreide en meest gebruikte classificatiesysteem voor persoonlijkheidsstoornissen.

Categorische benadering: DSM-IV-TR

Volgens de DSM-IV-TR is er sprake van een persoonlijkheidsstoornis wanneer persoonlijkheidskenmerken afwijken van de populatienorm, inflexibel of star zijn en leiden tot sociale en/of functionele beperkingen. Deze kenmerken zijn stabiel en vertonen een duurzaam patroon, waarvan het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid.¹⁰ Eén van de conceptuele knelpunten met betrekking tot de DSM-IV-TR As-II stoornissen betreft de operationalisering van deze algemene criteria in relatie tot ouderen.⁵ Zo ontbreekt vaak betrouwbare informatie om bijvoorbeeld vier tot zeven decennia terug te keren in de tijd om het 'duurzame patroon' van disfunctioneren in kaart te brengen, in het bijzonder wanneer het gaat om zelfrapportage.²¹ Gelijksoortige bedenkingen kunnen gemaakt worden betreffende de overige algemene criteria van de DSM-IV-TR As-II stoornissen.⁵ Zo zijn de beperkingen op het gebied van 'beroepsmatig functioneren' niet meer aan de orde in een gepensioneerde populatie en zijn items die hiernaar peilen weinig valide voor het meten van het persoonlijk functioneren in deze populatie. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat de oorzaak van 'sociaal disfunctioneren' bij ouderen, zoals sociale isolatie, geen uiting is van persoonlijkheid, maar bijvoorbeeld het gevolg is van lichamelijke achteruitgang of overlijden van naasten. Ten slotte gelden dergelijke beperkingen ook voor een aantal criteria van de specifieke persoonlijkheidsstoornissen.⁵ Zo zijn de cluster B criteria die peilen naar impulsieve en agressieve gedragsuitingen bij ouderen minder aan de orde, zoals het criterium voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis "is snel geïrriteerd en agressief, wat zich uit in regelmatig fysiek geweld" (APA, 2000, p. 706).¹⁰ Ook het cluster C criterium voor de obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis "overmatig toegewijd aan werk en productie..." (APA, 2000, p. 729)¹⁰ sluit meer aan bij de sociale leefwereld van jongere volwassenen.²² Omgekeerd zijn er ook criteria die van nature meer aansluiten bij het gedrag of de leefwereld van ouderen. Het criterium voor de schizoïde persoonlijkheidsstoornis (cluster A) "heeft weinig of geen interesse in seksuele ervaringen met anderen" (APA, 2000, p. 697)¹⁰ zal bijvoorbeeld vaker door ouderen – ook zonder schizoïde trekken – worden onderschreven. Het verlies van partner, fysiologische symptomen of ziekte kunnen daarbij een rol spelen.^{22,23} Hetzelfde geldt voor een aantal criteria van de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis (cluster C), waarbij afhankelijk gedrag op oudere leeftijd vaak een gevolg is van fysieke en cognitieve beperkingen, eerder dan een persoonlijkheidsdisfunctie.²² Recent empirisch onderzoek van Balsis en collega's toont aan dat 29% van de DSM-IV-TR As-II criteria weinig valide is voor het meten van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.²³ Aan

de hand van *Item Response Theory* (IRT) analyses werd onderzocht welke diagnostische criteria *Differential Item Functioning* (DIF) vertoonden voor jongere in vergelijking tot oudere volwassenen. DIF analyses zijn gebaseerd op het principe dat wanneer verschillende groepen globaal gezien dezelfde mate hebben van een bepaald construct, zij ook hetzelfde zouden moeten presteren op individuele test items die peilen naar dat construct, ongeacht tot welke groep ze behoren.²⁴ De analyses van Balsis en collega's toonden aan dat het aantal schizoïde en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornissen in de oudere leeftijdsgroepen overschat wordt, terwijl de vermijdende en afhankelijke persoonlijkheidsstoornissen onderschat worden, als gevolg van een meetfout in de desbetreffende diagnostische criteria. De borderline, de narcistische en de schizotypale persoonlijkheidsstoornissen waren niet opgenomen in de analyses. De consensus over een alternatief dimensioneel classificatiemodel neemt steeds toe, ook binnen de DSM-werkgroepen die sinds 1999 opgesteld werden ter voorbereiding van de DSM-V. Vraag is daarom niet meer zo zeer of er een dimensionaal classificatiesysteem komt, wel *wanneer* en *welk*.²⁵

Dimensionale benadering: alternatieve modellen

Met het oog op een nieuwe editie van de DSM-IV, de DSM-V, worden verschillende dimensionale modellen voorgesteld. Steeds meer onderzoekers zijn ervan overtuigd dat nagenoeg al deze modellen te integreren zijn in een algemene hiërarchische structuur. Elk van deze modellen werd namelijk ontwikkeld vanuit eenzelfde idee: de fundamentele, onderliggende dimensies van maladaptieve persoonlijkheid identificeren,²⁶ door Widiger & Simonsen (2005) opgedeeld in vier benaderingen.²⁰ In een eerste benadering worden bestaande diagnostische DSM-IV As-II categorieën voorzien van een dimensioneel scoringsstelsel. Een voorbeeld hiervan is de *Schedler & Westen Assessment Procedure-200* (SWAP-200), die persoonlijkheidsstoornissen meet aan de hand van vooropgestelde prototypes.²⁷ Voordeel van deze benadering is dat de huidige, bekende diagnostische constructen gehanteerd worden, wat de overstap naar een dimensioneel systeem vergemakkelijkt. Echter, op deze manier verandert niets fundamenteels aan het aantal en de aard van de huidige criteria.²⁰ In een tweede benadering worden de bestaande diagnostische criteria gereorganiseerd in klinisch meer bruikbare en empirisch gevalideerde dimensies van persoonlijkheidsdisfuncties. Zo ontwikkelden Livesley en Jackson de *Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire* (DAPP-BQ) bestaande uit 290 items verdeeld over 18 dimensies die samen het hele spectrum van persoonlijkheidsstoornissen omvatten.²⁸ Deze 18 dimensies of facetten zijn op hun beurt onder te brengen in vier hogere-orde

constructen of clusters: emotionele disregulatie, niet-sociaal gedrag, inhibitie en compulsiviteit. De DAPP-BQ beschikt over normen voor zowel een klinische als een algemene populatie. In de algemene normgroep (n=2726) bedraagt het percentage 60-plussers 19%, in de klinische normgroep (n=656) is dit slechts 0,3%. In de normgroep van de Nederlandse versie van de vragenlijst werden geen 60 plussers opgenomen (maximum leeftijd: 54 jaar).²⁹ In een derde benadering wordt gepleit voor de integratie van As-I en As-II stoornissen, ervan uitgaand dat bij beide dezelfde disfunctionele aspecten aan de basis liggen. Een voorstel hieromtrent werd bijvoorbeeld ontwikkeld door Krueger (2002).³⁰ Ten slotte wordt in een laatste benadering een beroep gedaan op algemene dimensionale persoonlijkheidsmodellen voor de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen.²⁰ In deze benadering worden 'maladaptieve' persoonlijkheidstrekken beschouwd als extreme varianten van normale persoonlijkheidstrekken en wordt verondersteld dat extreme trekken vaker gepaard gaan met persoonlijkheidsdisfuncties.^{4,20} De *Temperamental and Character Inventory* (TCI) is een operationalisatie van Cloninger's psychobiologische model (1987) en meet zowel normale als abnormale varianten van persoonlijkheid.^{31,32} In de normgroep werden ook ouderen opgenomen (tot 79 jaar). De vragenlijst omvat vier temperamentschalen ('prikkelzoekend', 'leedvermijdend', 'sociaal gericht' en 'volhardend') en drie karakterchalen ('zelfsturend', 'coöperatief' en 'zelftranscendent'), elk onderverdeeld in verschillende lagere orde trekken. Onderzoek toont aan dat persoonlijkheidsstoornissen worden gekenmerkt door een combinatie van lage scores op de karakterdimensies en dat de scores op de temperamentschalen kunnen worden gebruikt voor de differentiële diagnose.³³ Binnen deze laatste benadering past ook het Vijf Factoren Model (VFM), een van de meest toonaangevende modellen om de normale persoonlijkheid in kaart te brengen.^{4,34} Het organiseert persoonlijkheidstrekken in een hiërarchisch model en onderscheidt vijf brede domeinen. Deze vijf domeinen of persoonlijkheidsdimensies zijn: Neuroticisme, Extraversie, Openheid, Altruïsme en Conscientieusheid. Elk domein is opgedeeld in zes meer specifieke, lagere-orde trekken of facetten.³⁵ De *NEO-Personality Inventory-Revised* (NEO-PI-R)³⁴ is een van de meest onderzochte operationalisaties van het VFM.³⁶ De vragenlijst geeft een gedifferentieerd beeld van specifieke aspecten van de persoonlijkheid op facetniveau. De vragenlijst telt 240 vragen (48 per domein, acht per facet) en de afnameduur bedraagt gemiddeld 40 tot 50 minuten. Er bestaat tevens een verkorte versie van de vragenlijst, de NEO-FFI, die 60 vragen telt en waarvan de afnameduur 10 à 20 minuten bedraagt. Echter, deze geeft uitsluitend domeinscores en geen informatie op facetniveau. Met de ontwikkeling van de NEO-PI-R werd gestreefd

naar een leeftijdsneutrale meting van persoonlijkheid.⁹ De normgroep omvat individuen van 17 tot 83 jaar ($M=44$), met aparte normen voor individuen van 50 jaar en ouder. Toch is verder empirisch onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid van de NEO-PI-R in een ouderenpopulatie aangeraden, daar items als 'ik hou van de opwinding van de achtbaan' volgens De Ritter en Mooi (2007) mogelijk toch een leeftijdsbias bevatten.³⁷ Naast het onderzoeken van de bruikbaarheid en de toepasbaarheid van huidige persoonlijkheidsmodellen en -instrumenten in een ouderenpopulatie, dient verder onderzoek zich ook te richten op de ontwikkeling van leeftijds specifieke instrumenten.

Diagnostiek van persoonlijkheid(pathologie) bij ouderen: recente ontwikkelingen

Eerste stappen in de ontwikkeling van bruikbare en valide instrumenten voor het meten van persoonlijkheid(pathologie) bij ouderen werden in Nederland gezet door Van Alphen en collega's met de ontwikkeling van de Gerontologische Persoonlijkhedsstoornissen Schaal (GPS).^{8,38} De GPS is een korte vragenlijst (afnameduur: 3 tot 5 minuten) die gebruikt kan worden als een eerste screening in het onderzoek naar persoonlijkheidsdisfuncties bij ouderen. Bij de ontwikkeling ervan werd uitgegaan van de algemene diagnostische criteria van de DSM-IV-TR voor een persoonlijkheidsstoornis. De zelf-rapportagelijst bestaat uit twee delen: habituele informatie (HAB, 7 items) en biografische informatie (BIO, 9 items). De HAB-items bevatten een aantal gerontologische thema's zoals somatische en cognitieve achteruitgang en verlieservaringen op relationeel gebied. De BIO-items zijn minder specifiek voor een ouderenpopulatie en omvatten meer algemene aspecten van persoonlijkheidsstoornissen, zoals veelvuldige GGZ-interventies in het verleden.⁸ De interne consistentie en de test-hertestbetrouwbaarheid van de HAB-items bleken matig, van de BIO-items bleken deze goed tot zeer goed. Vervolgonderzoek naar het potentieel van de GPS is lopende in Nederland (bijvoorbeeld onderzoek van Tummers of Penders, persoonlijke communicatie). Met het oog op de nood aan leeftijds specifieke instrumenten is naast de GPS in Nederland recent ook de Hetero-Anamnestiche Persoonlijkhedsvragenlijst (HAP)³⁹ ontwikkeld, een informantenvragenlijst voor de premorbide persoonlijkheid.

Zelf- versus Informantenrapportage

Het exclusieve gebruik van zelfrapportage-instrumenten is tot op vandaag nog steeds meer regel dan uitzondering in de persoonlijkheidsdiagnostiek, ondanks het feit dat steeds meer toonaangevende persoonlijkheidsonderzoekers wijzen op het belang en de meerwaarde van een

multimethodische aanpak.^{40,41,42} Volgens Clark (2007) volstaat een enkel perspectief niet om de complexe structuur van adaptieve en mal-adaptieve persoonlijkheidstrekken in kaart te brengen en zij pleit dan ook voor een integratie van verschillende informatiebronnen.⁴ Daarbij kan, naast zelfbeoordelingen en beoordelingen door informanten, ook het 'objectieve' en deskundige oordeel van een clinicus een waardevolle informatiebron zijn. Spitzer (1983) stelde in dit verband de LEAD standaard voor (= Longitudinal Expert evaluation that uses All Data).⁴³ Het doel van deze methode is te komen tot een consensusdiagnose gemaakt door een expert die de patiënt bestudeerd heeft over een langere tijdsperiode en die toegang heeft tot alle beschikbare informatie, met inbegrip van informatie van andere ziekenhuizen of behandelende klinici, familie en vrienden. Met het eenzijdige gebruik van semi-gestructureerde interviews en/of zelfbeoordelvragenlijsten is de kans op positieve vertekening of vertroebeling door het toestandsbeeld reëel.⁴⁰ De persoon in kwestie rapporteert immers over zijn eigen gevoelens en gedachten, welke gekleurd kunnen zijn door de situatie waarin iemand zich bevindt, alsook door een beperkte zelfkennis. Mensen met een persoonlijkheidsproblematiek zijn vaak niet in staat zich een realistisch beeld van zichzelf te vormen en zijn er zich niet bewust van welk effect hun gedrag heeft op anderen.⁴² Net die anderen, bijvoorbeeld familieleden of goede kennissen, beschikken vaak over waardevolle diagnostische informatie, aangezien ze de persoon in kwestie vaak al jarenlang kennen. Dit levert longitudinale informatie op over het gedrag van de betrokkene in verschillende contexten, welke de diagnosticus helpt in het maken van een onderscheid tussen toestandsgebonden kenmerken en meer stabiele, onderliggende trekken (*state versus trait*).² Hierbij dient opgemerkt te worden dat verder onderzoek naar informantbeoordelingen en de overeenkomst ervan met zelfrapportages noodzakelijk is.⁴⁴ Onderzoek van Van Alphen en collega's (2005) toonde aan dat informanten bij voorkeur vragen voorgeschiedteld krijgen die peilen naar observeerbare of interpersoonlijke kenmerken. De beoordeling van minder observeerbare, intrapsychische eigenschappen, zoals stemming en zelfperceptie, zijn diagnostisch minder valide en vertonen minder overeenkomst met patiëntenbeoordelingen. Echter, zeker in gevallen waarin de betrouwbaarheid van de zelfbeoordelingen betwistbaar is ten gevolge van ernstige comorbide psychiatrische stoornissen, of bijvoorbeeld in het geval van persoonlijkheidsdiagnostiek bij dementerenden, kunnen informantbeoordelingen een bruikbaar alternatief of zinvolle aanvulling zijn. Vanuit dit idee ontwikkelden Barendse en Thissen de Hetero-Anamnestiche Persoonlijkhedsvragenlijst (HAP).³⁹

De Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst (HAP)

De HAP meet de premorbide persoonlijkheid en werd specifiek ontwikkeld voor gebruik in de ouderenzorg. De HAP is een vragenlijst die niet door de oudere zelf, maar door een informant die de oudere goed kent, wordt ingevuld. De lijst is in Nederland geschikt gebleken voor de beoordeling van persoonlijkheidskenmerken die voor de klinische praktijk relevant zijn. De uitslagen op de afzonderlijke schalen van de HAP vormen samen het persoonlijkheidsprofiel van de oudere. Daarbij ligt het accent op het stellen van overeenkomsten van het individuele profiel op de HAP met prototypische persoonlijkheidskenmerken zoals die zijn beschreven in de DSM-IV-TR en de persoonlijkheidstheorie van Millon.⁴⁵ Uitgangspunt bij de ontwikkeling van de HAP was de syndromale continuïteitshypothese van Millon, gebaseerd op diens biosociale leertheorie.⁴⁵ Normale gedragskenmerken en disfunctionele trekken vormen volgens deze hypothese de polen van één continuüm. Door nauwgezet af te wegen welke HAP-schalen passen bij de acht patronen van de normale persoonlijkheid in de *reinforcementmatrix* van Millon, poogden de makers van de HAP de Millon-types te vertalen naar HAP-uitslagen. Dit resulteerde in acht ideaaltypische HAP-profielen. Echter, deze profielen zijn louter theoretisch en werden tot dusver nog niet empirisch onderzocht. Onderzoek moet uitwijzen of predicties van de persoonlijkheid op basis van de HAP-profielen ook klinisch bruikbaar en valide zijn. Dit kan bijvoorbeeld door na te gaan of de schaalscores van de HAP samenhang vertonen met resultaten op vergelijkbare persoonlijkheidstests, zoals bijvoorbeeld de *Personality Adjective Checklist* (PACL).⁴⁶ In België werd recent het eerste onderzoeksproject opgestart dat focust op ouderen en persoonlijkheid(pathologie). Binnen dit onderzoeksproject wordt onder meer de validiteit en de bruikbaarheid van de HAP in een Vlaamse ouderenpopulatie nagegaan aan de hand van de PACL.

De Personality Adjective Checklist (PACL)

Net zoals bij de HAP vormde de persoonlijkheidstheorie van Millon het uitgangspunt bij de ontwikkeling van de PACL.⁴⁶ De test werd ontwikkeld voor het meten van de acht basis persoonlijkheidsstijlen zoals voorgesteld in de *reinforcementmatrix* van Millon.⁴⁷ Sinds 2006 is ook een Nederlandstalige vragenlijst beschikbaar voor onderzoek.⁴⁸ De checklist bestaat uit 153 items en de gemiddelde afnameduur draagt 10 tot 15 minuten. De lijst kan gebruikt worden als een zelfrapportage- en als een informantinstrument. Naast schalen die de normale persoonlijkheidskenmerken meten bevat de checklist ook een *Problem Indicator* (PI) schaal, die aspecten meet van Millon's ernstige

persoonlijkheidsstijlen (schizoïde, cycloïde en paranoïde). Een hoge score op de PI schaal kan gebruikt worden als een indicator voor mogelijke persoonlijkheidsdisfuncties. De korte afnameduur en de mogelijkheid tot informantbeoordeling maken van de PACL een potentieel bruikbaar instrument voor het meten van persoonlijkheid bij ouderen. Toch dient dit verder onderzocht te worden, daar onderzoek met de PACL bij ouderen naar ons weten beperkt is tot twee studies. In een studie van Hyer en Boyd (1996), waarin de PACL scores van oorlogsveteranen ($M=69,7$, $SD=5,1$) met of zonder een posttraumatische stressstoornis (PTSS) met elkaar werden vergeleken, scoorden individuen met een PTSS significant hoger op de schalen *Inhibited* en *Sensitive*.⁴⁹ In een tweede studie van Gould en Hyer (2004) werd de PACL gebruikt als informantbeoordeling voor het meten van premorbide persoonlijkheidskenmerken bij een groep dementerenden. Er werden positieve correlaties gevonden tussen de score op de *Inhibited* schaal met een verhoogde afzondering en prikkelbaarheid na het begin van een dementie, terwijl hoge scores op de schalen *Confident* en *Forceful* negatief correleerden met afzondering na het begin van een dementie.⁵⁰

Online-enquête

Om na te gaan of het tekort aan adequate en aangepaste instrumenten ook effectief in de praktijk wordt ervaren, hielden we een rondvraag bij hulpverleners die ervaring hebben met persoonlijkheidsdiagnostiek binnen de ouderenzorg in Vlaanderen. Via de sociale kaart (www.desocialekaart.be) selecteerden we die organisaties die voldeden aan de volgende combinatie: 'ouderen' (trefwoord) en 'Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)' (rubriek). Dit leverde 135 organisaties op, verspreid over heel Vlaanderen. Naar de contactpersonen van deze organisaties werd een korte online-enquête gestuurd, met de vraag of ze deze konden doorsturen naar diegene die binnen hun setting verantwoordelijk is voor de diagnostiek van ouderen (65+). De enquête werd ingevuld door 40 respondenten, wat resulteerde in een *response rate* van 30%. Echter, van de 40 respondenten waren er 5 die de vragenlijst onvolledig invulden en die om deze reden dan ook niet opgenomen werden voor de verdere dataverwerking. Van de 35 overblijvende respondenten werkten er 30 als klinisch psycholoog en 1 als arts/psychiater. Van de overige vier respondenten waren er twee maatschappelijk werker, één orthopedagoog en één assistent in de psychologie. Het aantal jaren ervaring binnen de ouderenzorg varieerde van 0,5 tot 30 jaar, met een gemiddelde van 8 jaar. Wat de setting betreft, bestond het merendeel van de deelnemende organisaties uit centra voor geestelijke gezondheidszorg ($n=21$), gevolgd door psychiatrische ziekenhuizen ($n=11$). Verder was één res-

pondent werkzaam op de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ), één in een geriatisch dagziekenhuis en één op de dienst maatschappelijk werk van het OCMW.

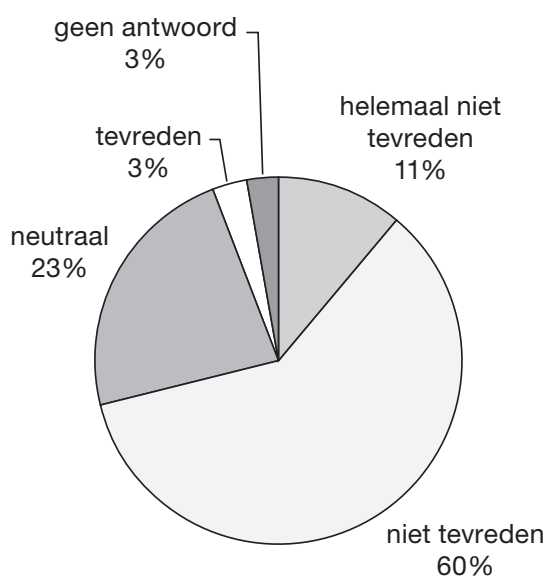
De opzet van deze korte enquête over de diagnostiek van persoonlijkheid bij ouderen was tweezijdig. Enerzijds wilden we peilen naar de (on)tevredenheid over het huidige aanbod van diagnostisch materiaal, anderzijds wilden we het gebruik ervan in kaart brengen. Eén van de vragen peilde daarom naar de meetinstrumenten die door de respondenten binnen hun setting gebruikt worden voor persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen (65+). Er werd hierbij een onderscheid gemaakt tussen zelfbeoordelvragenlijsten, (semi)gestructureerde interviews en projectief materiaal. Er was per categorie telkens ook de mogelijkheid om 'geen' of 'andere' aan te duiden. Tabel 1 geeft

weer welke instrumenten in de enquête werden opgenomen, het aantal gebruikers per test (n), en de rangorde van elk instrument. De *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-II* was de meest gebruikte test (17 gebruikers, 63%), gevolgd door de *Thematic Apperception Test* (14 gebruikers, 52%), de *Rorschach* (13 gebruikers, 48%), *Mijn Leven Als Dier* (9 gebruikers, 33%) en de *Zinnen Aanvul Test*-test (8 gebruikers, 30%).

Op de vraag die peilt naar de tevredenheid met het huidige aanbod testinstrumenten voor persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen antwoordde 71% van de ondervraagden (N=35) 'helemaal niet tevreden' of 'niet tevreden' (11% en 60% resp.). Slechts één respondent antwoordde 'tevreden' (3%), 23% van de respondenten had geen uitgesproken mening ('neutraal') en niemand gaf aan helemaal tevreden te zijn (0%). Eén respondent liet deze vraag onbeantwoord (3%).

Tabel 1 Frequentie en rangorde van de tests die door de respondenten (N=35) gebruikt worden voor persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen (65+)		
	n	rangorde
Zelfbeoordelvragenlijsten		
MMPI-II	17	1
ADP-IV	7	6
NEO-PI-R	7	6
NEO-FFI	2	10
VKP	1	11
MCMII-III	1	11
Semi-gestructureerde interviews		
SCID-II	4	9
Projectief materiaal		
TAT	14	2
ROR	13	3
MLAD	9	4
ZAT	8	5
DAP	5	8

MMPI-II = Minnesota Multiphasic Personality Inventory-II, ADP-IV = Assessment van DSM Persoonlijkheidsstoornissen, NEO-PI-R = NEO-Personality Inventory-Revised, NEO-FFI = NEO-Five Factor Inventory, VKP = Vragenlijst voor Kenmerken van Persoonlijkheid, MCMII-III = Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, SCID-II = Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders, TAT = Thematic Apperception Test, ROR = Rorschach, MLAD = Mijn Leven Als Dier, ZAT = Zinnen Aanvul Test, DAP = Draw-a-Person. De referenties van de testhandleidingen worden in bijlage gegeven.



Figuur 1
Peiling naar de tevredenheid met het huidige aanbod testmateriaal voor persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen in Vlaanderen

Wanneer gepolst werd naar de reden van deze ontevredenheid, werden verschillende aspecten aangehaald. Het merendeel van de respondenten vond dat de bestaande meetinstrumenten te weinig zijn aangepast aan de mogelijkheden en eisen van ouderen, zowel inhoudelijk als praktisch. Zo worden bijvoorbeeld de lengte van de vragenlijsten, de complexiteit van de itemconstructie en het gebrek aan een aangepaste normering voor ouderen genoemd als belangrijke knelpunten. Dat ouderen vaak weinig ervaring hebben met zelfbeoordelvragenlijsten en vragenlijsten in het algemeen wordt ook als reden genoemd voor de ontevredenheid over het huidige aanbod van diagnostisch materiaal. Opmerkelijk is ook de nood aan ervaring en expertise rond het thema persoonlijkheid bij ouderen binnen de ouderenzorg zelf. Verschillende respondenten geven aan een gebrek aan kennis en informatie over het onderwerp te ervaren. Echter, ondanks de relatief grote ontevredenheid over het huidige aanbod van meetinstrumenten voor persoonlijkheidsdiagnostiek binnen de

ouderenzorg zijn er ook respondenten die zich positief en hoopvol uitlaten over de recente ontwikkelingen binnen het domein ("met de komst van ouderenteams en dergelijke is er verandering op til").

Besluit

Tot op heden is onze kennis over het concept persoonlijkheid bij ouderen nog relatief beperkt, ondanks de toegenomen interesse in dit onderwerp. Een adequate conceptualisatie wordt bemoeilijkt door methodologische problemen, en omgekeerd. Bestaande diagnostische instrumenten voor persoonlijkheidsdiagnostiek zijn vaak niet aangepast voor gebruik in een ouderenpopulatie. Ook in de praktijk wordt dit als een pijnpunt ervaren, hetgeen blijkt uit onze online-enquête waarin 71% van de ondervraagden zijn ongenoegen uit over het huidige aanbod van diagnostisch materiaal. Hierbij wordt opgemerkt dat de voorgestelde resultaten mogelijk een vertekend beeld geven, omdat instellingen of organisaties waar niet aan diagnostiek werd gedaan de enquête niet of onvolledig invulden en daarom niet werden opgenomen in de proefgroep.

Verder onderzoek dient zich in de eerste plaats toe te spitsen op het normeren en valideren van de huidige diagnostische instrumenten zodat betrouwbare en valide instrumenten voor het meten van persoonlijkheidskenmerken in een ouderenpopulatie ter beschikking komen. Daarom werd in België in januari 2009 een onderzoeksproject opgestart onder het promotorschap van prof. dr. Rossi, prof. dr. De Clercq en dr. Dierckx rond diagnostiek van persoonlijkheid(pathologie) bij ouderen. Binnen dit onderzoeksproject aan de Vrije Universiteit Brussel zullen door J. Van den Broeck onder meer de mogelijkheden van de NEO-PI-R, de HAP en de PACL bij ouderen verder onderzocht worden, alsook de meerwaarde van informantbeoordelingen in combinatie met, of als alternatief voor, zelfrapportage-instrumenten voor het meten van persoonlijkheidskenmerken in een ouderenpopulatie.

Literatuur

- 1 http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/Bevolking_op_1_jan_2007-2061.jsp
- 2 Segal DL, Coolidge FL, Rosowsky E. Personality Disorders and Older Adults. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.; 2006.
- 3 Mooi B, Comijs H. Ouderen en persoonlijkheid. De klinische praktijk. Amsterdam: Harcourt Assessment BV; 2007.
- 4 Clark LA. Assessment and Diagnosis of Personality Disorder: Perennial Issues and an Emerging Reconceptualization. *Annu. Rev. Psychol.* 2007; 58: 227-257.
- 5 Van Alphen SPJ, Engelen GJJA, Kuin Y, Derksen JJL. Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2004; 46(3): 145-156.
- 6 Zweig RA. Personality Disorder in Older Adults: Assessment Challenges and Strategies. Profes-

- sional Psychology: Research and Practice 2008; 39(3): 298-305.
- 7 Widiger TA, Seidnitz L. Personality, psychopathology, and aging. *Journal of Research in Personality* 2002; 36: 335-362.
 - 8 Van Alphen SPJ. Diagnostiek van Persoonlijkheidsstoornissen bij Ouderen. Een bijdrage aan de ontwikkeling van een screeningsinstrument [proefschrift]. Eindhoven: Radboud Universiteit Nijmegen; 2006.
 - 9 Tackett JL, Balsis S, Oltmanns TF, Krueger, RF. A unifying perspective on personality pathology across the life span: Developmental considerations for the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Development and Psychopathology* 2009; 21: 687-713.
 - 10 American Psychogeriatric Association. DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed, text revision. Washington DC: APA; 2000.
 - 11 Maiden RJ, Peterson SA, Caya M, Hayslip B. Personality Changes in the Old-Old: A Longitudinal Study. *Journal of Adult Development* 2003; 10(1): 31-39.
 - 12 Clark LA. Stability and Change in Personality Pathology: Revelations of Three Longitudinal Studies. *Journal of Personality Disorders* 2005; 19(5): 524-532.
 - 13 Caspi A, Bem DJ. Personality continuity and change across the life course. In Pervin LA, ed. *Handbook of personality: Theory and research*. New York: Guilford; 1990. p. 549-569.
 - 14 Kagan J. The three faces of continuity in human development. In Goslin DA, ed. *Handbook of socialization theory and research*. Chicago: Rand McNally; 1969. p. 53-65.
 - 15 Mroczek DK, Hurt SW, Bergman WH. Conceptual and Methodological Issues in the Assessment of Personality Disorders in Older Adults. In: Rosowsky E, Abrams RC, Zweig RA, eds. *Personality Disorders in Older Adults*. 1st ed. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1999. p. 135-150.
 - 16 Stevenson J, Meares R, Comerford A. Diminished impulsivity in older patients with borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry* 2003; 160: 165-166.
 - 17 Neugarten BL. *Personality in Middle and Late Life*, 2nd edition. New York: Atherton Press, 1968.
 - 18 Haan N, Millsap R, Hartka E. As time goes by: Change and stability in personality over fifty years. *Psychology and Aging* 1986; 1: 220-232.
 - 19 Zweig RA, Agronin ME. Personality Disorders in Late Life. In: Agronin ME, Maletta G, eds. *Principles & Practice of Geriatric Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2006.
 - 20 Widiger TA, Simonsen E. Alternative Dimensional Models of Personality Disorder: Finding a Common Ground. *Journal of Personality Disorders* 2005; 19(2): 110-130.
 - 21 Abrams RC, Bromberg CE. Personality Disorders in the Elderly. *Psychiatric Annals* 2007; 37(2): 123-127.
 - 22 Van Alphen SPJ, Engelen GJJA, Kuin Y, Derksen JJJ. Editorial: The relevance of a geriatric subclassification of personality disorders in the DSM-V. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2006; 21: 205-209.
 - 23 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): 171-185.
 - 24 Zumbo BD. *A Handbook on the Theory and Methods of Differential Item Functioning (DIF): Logistic Regression Modeling as a Unitary Framework for Binary and Likert-type (Ordinal) Item Scores*. Ottawa ON: Directorate of Human Resources Research and Evaluation, Department of National Defense; 1999.
 - 25 Frances A. Dimensional diagnosis of personality: not whether, but when and which. *Psychol. Inquiry* 1993; 4: 110-111.
 - 26 Widiger TA, Clark LA, Livesley WJ. An integrative dimensional classification of personality disorder. *Psychological Assessment* 2009; 21(3): 243-255.
 - 27 Shedler J, Westen D. Refining the measurement of Axis-II: A Q-sort procedure for assessing personality pathology. *Assessment* 1998; 5: 335-355.
 - 28 Livesley WJ, Jackson DN. *Manual for the Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire (DAPP-BQ)*. 2002. Port Huron, MI: Sigma Press.
 - 29 Van Kampen D, De Beurs E. *Handleiding DAPP-BQ en DAPP Screening*. Nederlandse bewerk. Amsterdam, Hogrefe.
 - 30 Krueger RF. Psychometric perspectives on comorbidity. In Helzer JE & Hudziak JJ (Eds.). *Defining psychopathology in the 21st century: DSM-V and beyond (p 41-54)*. 2002. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
 - 31 Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. *The temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use*. St. Louis: Missouri: Center for psychobiology of personality. 1994. Washington University.
 - 32 Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry* 1987; 44: 573-588.
 - 33 Svrakic DM, Draganic S, Hill K, et al. Temperament, character and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 106: 189-195.
 - 34 Costa PT, McCrae RR. *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual*. Odessa, FL: Psychol. Assess. Resourc.; 1992.
 - 35 Costa PT, McCrae RR. Domains and Facets: Hierarchical Personality Assessment Using the Revised NEO Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment* 1995; 64(1), 21-50.
 - 36 Widiger TA, Mullins-Sweatt SN. Five-Factor Model of Personality Disorder: A proposal for

- DSM-V. *Annu. Rev. Clin. Psychol* 2009; 5: 197-220.
- 37 De Ritter D, Mooi B. Persoonlijkheidsonderzoek. In: Mooi B, Comijs H, eds. *Ouderen en persoonlijkheid. De klinische praktijk*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers; 2007. p. 45-68.
- 38 Van Alphen SPJ, Engelen GJJA, Kuin Y, Hoijsink HJA, Derksen JJJ. A preliminary study of the diagnostic accuracy of the Gerontological Personality Disorder Scale (GPS). *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2006; 21: 862-868.
- 39 Barendse HPJ, Thissen AJC. Handleiding van de Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst, H.A.P. 3de druk. Barendse & Thissen; 2006.
- 40 Klein DN. Patients' Versus Informants' Reports of Personality Disorders in Predicting 7½-Year Outcome in outpatients With Depressive Disorders. *Psychological Assessment* 2003; 15(2): 216-222.
- 41 Oltmanns TF, Turkheimer E. Person Perception and Personality Pathology. *Current Directions in Psychological Science* 2009; 18(1): 32-36.
- 42 Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Informant-Reports of Personality Disorder: Relation to Self-Reports and Future Research Directions. *Clin Psychol Sci Prac* 2002; 9: 300-311.
- 43 Spitzer RL. Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry* 1983; 24: 399-411.
- 44 Van Alphen SPJ, Rettig AM, Engelen GJJA, Kuin Y, Derksen JJJ. Patient-informant overeenkomst op de Gerontologische Persoonlijkheidsstoornissen Schaal (GPS). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2005; 47: 613-617.
- 45 Millon T, Everly GS. *Personality and its disorders: a biosocial learning approach*. New York: Willey-Interscience; 1985.
- 46 Strack S. *Manual for the Personality Adjective Checklist (PACL)*. Revised Edition. Southern Pasadena, CA: 21st Century Assessment; 1991.
- 47 Millon T. *Modern Psychopathology*. Philadelphia: Saunders; 1969.
- 48 Rossi G, Sloore H, Strack S. *Personality Adjective Checklist. PACL Nederlandstalige versie*. Adapted and reproduced by special permission of the publisher, Century Assessment; 2006.
- 49 Hyer L, Boyd S. Personality scales as predictors of older combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Psychological Reports* 1996; 79: 1040-1042.
- 50 Gould SL, Hyer LA. Dementia and behavioral disturbance: Does premorbid personality really matter? *Psychological Reports* 2004; 95: 1072-1078.