

Prevalentie, diagnostiek en behandeling van persoonlijkheids-stoor-nissen bij ouderen

Een literatuuroverzicht

Auteurs: Sebastiaan P. J. van Alphen

Samenvatting

Doel: Dit artikel gaat in op de uitingwijze, het beloop, de diagnostiek en de therapie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen (>60 jaar).

Methode: Een literatuurstudie waarbij met behulp van zoekstrategieën in het "Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)", "Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)", "PsychINFO 2000-present" en "PUBMED" naar relevante literatuur is gezocht over de periode 1980-2009. De gebruikte zoektermen zijn geweest "personality disorders", "elderly", "older adults", "prevalence", "diagnosis" en "treatment". Deze combinaties leverden 32 hits op.

Resultaten: Uit prevalentiestudies naar de specifieke persoonlijkheidsstoornissen blijkt in de verschillende deelpopulaties dat persoonlijkheidsstoornissen uit het A en C cluster (vreemd respectievelijk angstig gedrag) bij ouderen relatief vaak voorkomen terwijl de persoonlijkheidsstoornissen uit het B cluster (impulsief gedrag) meer bij jongere volwassenen worden gezien.

Daarnaast blijkt dat persoonlijkheidsvragenlijsten en -interviews die worden toegepast in de volwassenenzorg vooralsnog niet gevalideerd zijn voor ouderen in de GGZ of V&V-sector. Voorts zijn er op basis van casestudies aanwijzingen dat cognitieve (gedrags)therapie en schematherapie goed toepasbaar zijn bij de behandeling van ouderen met persoonlijkheidsstoornissen.

Conclusie: De prevalentie, diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen verdient nadere aandacht. Zo zijn er aanwijzingen dat het assessment dat werd toegepast in de epidemiologische studies onvoldoende is gerelateerd aan specifieke gedragsmanifestaties van ouderen, is het aantal

specifieke (test)diagnostische handvatten voor ouderen schaars en zijn de behandelinterventies enkel gebaseerd op casestudies. Niettemin worden er thans in Nederland en België verschillende wetenschappelijke initiatieven bewerkstelligd om de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen in de ouderenzorg te verbeteren.

Prevalence, diagnosis and treatment of personality disorders in older adults

Abstract

Aim: This article addresses manifestation, course, diagnosis and treatment of personality disorders in older adults (>60 yrs).

Method: A literature search, using "Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)", Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)", "PsychINFO 2000-present" and "PUBMED", concerning relevant literature from 1980-2009.

Keywords were "personality disorder", "elderly", "older adults", "prevalence", "diagnosis" and "treatment". The combinations of these keywords resulted in 32 relevant hits.

Results: Prevalence studies addressing specific personality disorders show that within different subpopulations personality pathology of

clusters A and C (odd respectively anxious behaviour) are quite common in older adults whereas cluster B personality disorders (impulsive behaviour) is more prevalent in younger adults. Besides, it appears that the personality questionnaires and interviews used in adult care are not yet validated for

older adults in mental health care and nursing homes. Furthermore, there is no convincing reason why psychotherapy variants proven to be effective

for adults (<50 yrs) wouldn't be feasible for older adults. Particularly with respect to cognitive (behavioural) therapy and schema therapy, there is some evidence from case studies suggesting that these therapies are well applicable to the elderly. Conclusion: Prevalence rates appear questionable since the assessment methods applied in the epidemiological studies correspond inadequately to the specific behavioural manifestations of elderly persons with personality pathology. In addition, the number of specific (test)diagnostic tools for older adults are scarce. Currently, there is a lack of empirical data concerning treatment of personality disorders in older adults. However, at this moment several studies are focussed to improve diagnostics and therapy of personality disorders in geriatric psychiatry in the Netherlands and Belgium.

Kernwoorden: behandeling, diagnose, persoonlijkheidsstoornissen, prevalentie

Keywords: Diagnosis, Personality disorders, Prevalence, Treatment

Inleiding

In de internationale literatuur vormt het thema persoonlijkheidsstoornissen in de volwassenenzorg al geruime tijd een belangrijk onderwerp. De introductie van as-II persoonlijkheidsstoornissen in 1980 heeft het wetenschappelijk onderzoek naar de diagnostiek en behandeling een grote impuls gegeven. Vanaf halverwege de jaren negentig van de vorige eeuw verschijnt een bescheiden aantal Engelstalige publicaties over persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen en in 2006 wordt het handboek "Personality disorders and older adults: Diagnosis, assessment and treatment" uitgegeven.¹

Dit artikel gaat in op de stand van zaken wat betreft de prevalentie, diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Allereerst worden de as-II persoonlijkheidsstoornissen gedefinieerd en vervolgens gerelateerd aan ouderen.

Persoonlijkheidsstoornissen kunnen opgevat worden als maladaptieve varianten van normale persoonlijkheidskenmerken waarbij sprake is van een continuüm van adaptieve en maladaptieve persoonlijkheidseigenschappen. De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision² maakt een onderscheid tussen persoonlijkheid, persoonlijkheidstrekken en persoonlijkheidsstoornis en voorziet de drie concepten met de volgende omschrijving. De *persoonlijkheid* is opgebouwd uit trekken en deze *persoonlijkheidstrekken* worden omschreven als duurzame patronen van waarnemen, omgaan met en denken over de omgeving en de eigen persoon, die zich manifesteren in uiteenlopende sociale en persoonlijke omstandigheden.

Van *persoonlijkheidsstoornis* kan pas worden gesproken indien de persoon wordt gekenmerkt door een aantal pathologische trekken. Onder pathologische trekken worden persoonlijkheidskenmerken verstaan die afwijken van de populatienorm ofwel de norm van de (sub)culturele context van het individu. Deze persoonlijkheidstrekken zijn inflexibel of star en leiden tot sociale en/of functionele beperkingen. Genoemde persoonlijkheidstrekken zijn stabiel en van lange duur en het begin kan worden teruggevoerd naar tenminste de adolescentie of de vroege volwassenheid. De klinische inventarisatie van afwijkingen binnen het waarnemen, omgaan met en denken over de omgeving en de eigen persoon is enigszins arbitrair. Het betreft hier patronen van disfunctioneren op minimaal twee van de volgende gebieden: cognities, affecten, functioneren in het contact met anderen en beheersing van impulsen.

De DSM-IV-TR gaat uit van tien specifieke persoonlijkheidsstoornissen verdeeld over de zogenaamde clusters A, B en C. Daarnaast wordt er een restcategorie gehanteerd, namelijk de persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven (NAO). In cluster A staat achterdochtig, vreemd, bizar en solistisch gedrag centraal. Dit cluster wordt gevormd door de paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Cluster B wordt gekenmerkt door agressief, manipulatief, impulsief en egocentrisch gedrag. Dit cluster bestaat uit de antisociale, borderline, theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornis. Cluster C wordt getypeerd door vooral angstig en dwangmatig gedrag tot uiting komend in de ontwijkende, afhankelijke en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis.²

Op basis van casestudies wordt geopperd dat de manifestatie van persoonlijkheidsstoornissen op latere leeftijd anders kan zijn.³ Dit geldt in het bijzonder voor de cluster B-persoonlijkheidsstoornissen; ouderen met een antisociale, borderline, theatrale of narcistische persoonlijkheidsstoornis vertonen veelal een afname van agressief én impulsief gedrag en een toename van hypochondere en depressieve klachten. Ook passief-agressieve en toxicomane gedragingen lijken op latere leeftijd meer op de voorgrond te staan. Bij ouderen met een paranoïde, schizoïde, schizotypische en obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis blijven de gedragsuitingen ófwel onveranderd ófwel blijkt er een toename van rigide gedrag en achterdocht.

Persoonlijkheidsstoornissen worden geclassificeerd op As-II van de DSM, in tegenstelling tot *persoonlijkeitsverandering door een somatische aandoening* (van het labiele, ontremde, agressieve, apatische, paranoïde, gecombineerde, overige of niet gespecificeerde type) hetgeen op As-I wordt geclassificeerd.² Laatstgenoemde classificatie wordt met enige regelmaat gesteld bij ouderen. Conceptueel gezien is het verwarrend dat bij persoonlijkheidsverandering in de DSM-IV-TR wordt vermeld dat het gaat om een "blijvende persoonlijkheidsstoornis" welke een verandering betekent van het vroegere, karakteristieke persoonlijkheidspatroon van betrokkene door een somatische aandoening.

Hier lijken twee verschillende concepten door elkaar te worden gebruikt; de persoonlijkheidsverandering is hoofdzakelijk een gedragsverandering vanuit een cerebraal substraat terwijl persoonlijkheidsstoornissen het gevolg zijn van complexe biopsychosociale (ontwikkelings)factoren. Vooral strategische gelokaliseerde cerebrale infarcten, zoals in de thalamus, met weinig objectiveerbare cognitieve uitval kunnen diagnostisch gezien imponeren als uitingsswijzen van persoonlijkheidspathologie.⁴ Gedragproblematiek door persoonlijkheidsstoornissen hangt samen met dieperliggende en met elkaar interfererende lagen, zoals temperament, hechtingrelaties, (onbewuste) verlangens en schema's waardoor een eigen interpersoonlijke stijl wordt ontwikkeld. Dit leidt tot een bepaald type dissociaal gedrag ten opzichte van anderen, inclusief de relaties die men aangaat en de daarmee samenhangende mate van intimiteit, controle en dominantie. Tegen de achtergrond van de groeiende wetenschappelijke belangstelling voor persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen en voor de wijze waarop deze zich manifesteren in de steeds groter wordende groep van ouderen, in het bijzonder, werd de literatuur geanalyseerd met focus op de prevalentie, de diagnostiek en de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen op latere leeftijd. De bij ouderen relevante relatie tussen, demencie, persoonlijkheidsstoornissen en/of gedragsproblemen, wordt in TGG in deze reeks artikelen over persoonlijkheidsstoornissen door Thissen en collega's behandeld.

Methode

Met behulp van zoekstrategieën in het "Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)", "Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)", "PsycINFO 2000-present" en "PUBMED" is naar relevante literatuur gezocht over de periode 1980-2009. De gebruikte zoektermen zijn geweest "personality disorders", "elderly", "older adults", "prevalence", "diagnosis" en "treatment". Deze combinaties leverden uiteindelijk 32 hits op. Daarnaast is gebruik gemaakt van handboeken over ouderen in relatie tot persoonlijkheidsstoornissen en (psycho)therapie.

Resultaten

Prevalentie

Epidemiologisch onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen is bij ouderen verricht binnen verschillende deelpopulaties. De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen in de algemene bevolking ligt tussen de 2.8% en 13%.⁵ Bij poliklinisch/ambulant behandelde ouderen met psychische problemen worden percentages vermeld tussen de 5% en 33%.^{7,8} De prevalentie van (co)morbide persoonlijkheidsstoornissen bij klinisch behandelde ouderen varieert tussen de 7% en 80%.⁹

In de V&V-sector ligt de prevalentie tussen 3% en 15%.⁴

Uit prevalentiestudies naar specifieke persoonlijkheidsstoornissen, cross-sectioneel van opzet, blijkt in de verschillende deelpopulaties dat persoonlijkheidsstoornissen uit het A- en C- cluster bij ouderen relatief vaak voorkomen terwijl de persoonlijkheidsstoornissen uit het B- cluster meer bij jongere volwassenen worden gezien.¹¹

Een factor die mogelijk bijdraagt tot een daling in prevalentie van cluster-B-stoornissen is de verhoogde mortaliteit in deze groep. Bij borderline patiënten is beschreven dat na ruim 16 jaar 9% zich had gesuïcideerd.¹⁶ Verder kan riskant gedrag zoals middelenmisbruik of roekeloos rijgedrag tot een verhoogde mortaliteit leiden.¹⁷

Niettemin zouden bovenstaande prevalentiecijfers een vertekend beeld kunnen geven omdat met name de manifestatie van cluster B-persoonlijkheidsstoornissen anders kan zijn op latere leeftijd als gevolg van cognitieve achteruitgang, somatische comorbiditeit en psychosociale elementen.¹⁸ Zo bleek uit een kwantitatief onderzoek dat de DSM-criteria voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis onvoldoende toepasbaar zijn op ouderen. Slechts drie van de zeven criteria bleken bij ouderen bruikbaar.¹⁹ In het verlengde hiervan is het niet ondenkbaar dat het As-II-assessment dat werd gebruikt in genoemde prevalentiestudies, onvoldoende aansluit op specifieke gedragsmanifestaties van ouderen, waardoor onderdiagnostiek bij ouderen met cluster B-persoonlijkheidsstoornissen niet wordt uitgesloten.²⁰ Opvallend is dat ook bij ouderen de NAO-classificatie het vaakst wordt gesteld vermoedelijk doordat de huidige As-II criteria voor de tien persoonlijkheidsstoornissen onvoldoende anticiperen op het (interpersoonlijk) gedrag en de beleving van ouderen.

Diagnostiek

Persoonlijkheidsonderzoek bevat in de volwassenenzorg drie hoofdelementen, namelijk observatie van de patiënt, onderzoeksgesprekken en psychologische tests. De eerste twee elementen ontbreken nooit, het testonderzoek is daarentegen optioneel.²¹ De verzameling van deze gegevens gebeurt zo neutraal en objectief mogelijk.

Zelfrapportage is echter gevoelig voor vertekening door ernstige klinische stoornissen als dementie, depressie of psychose. Afgezien van ernstige As-I-problematiek is zelfrapportage in het kader van de diagnostiek van persoonlijkheidspathologie eveneens gevoelig voor vertekening. Mensen zijn zich over het algemeen weinig bewust van de wijze waarop hun persoonlijkheid en gedrag worden waargenomen door de omgeving.²² In het geval van persoonlijkheidsstoornissen is het besef van het interactionele effect nog minder. Maladaptatieve en afwijkende aspecten van gedrag worden door de patiënt doorgaans als egosyntoon ervaren en daardoor onvoldoende herkend. Om die reden zijn meerdere externe of collaterale diagnostische bronnen wenselijk.²³

In de ouderenzorg is informantinformatie in de vorm van bijvoorbeeld een heterobiografie of gestandaardiseerde tests onmisbaar als diagnostische bron bij patiënten met oordeel- en kritiekstoornissen, zoals bij dementie. De doorgaans geringe introspectieve vermogens van ouderen met persoonlijkheidspathologie noodzaken eveneens het gebruik van informantinformatie in het diagnostisch proces. De kwaliteit en de levensduur van de relatie tussen de patiënt en de informant hangt veelal af van de rol van de informant, bijvoorbeeld kind, partner, collega's of vriend van de patiënt. Partners en kinderen zijn de meest voor de hand liggende hetero-anamnestiche informatiebronnen bij ouderen. Complicerende factor bij ouderen is dat er lang niet altijd informanten aanwezig zijn die vier tot zeven decennia terug kunnen kijken om het duurzame patroon van (dis)functioneren in kaart te brengen. Voorts blijkt de kwaliteit van de patiënt-informantrelatie van belang voor de betrouwbaarheid van informantinformatie alsmede de aan- of afwezigheid van persoonlijkheidspathologie bij de informant.²⁴

Het verdient de voorkeur om aan de informant alleen die vragen te stellen die verwijzen naar observeerbare dan wel interpersoonlijke kenmerken of biografische gegevens. De beoordeling van minder duidelijk observeerbare, intrapsychische kenmerken, zoals stemming en zelfperceptie, is waarschijnlijk diagnostisch minder valide.²⁶

Mondiaal gezien ontbreekt het aan specifieke meetinstrumenten voor ouderen met persoonlijkheidsstoornissen. Uitzondering hierop zijn de Hetero-Anamnestiche persoonlijkheidsvragenlijst (HAP) en de Gerontologische Persoonlijkheidsstoornissen Schaal (GPS).^{27,28} Voorts blijkt dat persoonlijkheidsvragenlijsten en -interviews die worden

toegepast in de volwassenenzorg vooralsnog niet zijn gevalideerd voor ouderen in de GGZ of V&V-sector.

Geconcludeerd wordt dat bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen de nadruk ligt op het gebruik van biografische, heteroanamnestische en dossiergegevens. Betrouwbare en gevalideerde testdiagnostiek is momenteel beperkt voor handen, maar weliswaar sterk in ontwikkeling. Zo worden op dit moment de persoonlijkheidsvragenlijsten VTCI, NEO-FF-I, YSQ en CISS gevalideerd voor ouderen in de GGZ.

Behandeling

Naar de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is tot dusver geen effectonderzoek verricht. Wel zijn er enkele gevalsstudies of beschouwingen gepubliceerd.

Volgens De Leo, Scocco en Meneghel zouden psychotherapeutische behandelingsvormen met het accent op verandering van de persoonlijkheid bij ouderen een te ambitieus behandelgoal zijn. Deze auteurs veronderstellen dat cognitieve achteruitgang, ernstige somatische aandoeningen, levenslang onvermogen om met onaangename feiten te accepteren en gebrekkige interpersoonlijke relaties een op inzicht georiënteerde vorm van psychotherapie compliceren. Zij bespreken vervolgens een aantal psychotherapeutische behandelingsvormen voor ouderen. Als belangrijkste vormen worden de cognitieve (gedrags)therapie, kortdurende psychoanalytische therapie, dialectische gedragstherapie en interpersoonlijke psychotherapie genoemd.²⁹

De voorkeur van deze auteurs gaat uit naar de dialectische gedragstherapie evenals de interpersoonlijke psychotherapie. Het betreft hier behandelvormen met actuele gedragingen dan wel relatieverhoudingen als aangrijpingspunt in de therapie. Volgens De Leo en co-auteurs zijn veranderingen in gedrag of in interpersoonlijke verhoudingen wel haalbare doelstellingen in therapie bij ouderen. Kortdurende psychoanalytische therapie, waarbij veelal focale conflicten met behulp van duiding onder de loep worden genomen en cognitieve psychotherapie, waarbij met name basale denkfouten aan de orde worden gesteld, zouden volgens hen minder geschikt zijn voor ouderen. Beide therapievormen zouden volgens de auteurs een aanzienlijk beroep doen op het introspectieve respectievelijk abstracte denkvermogen en zijn in hun ogen hierdoor minder geschikt voor ouderen.

Zoals gezegd zijn deze aannames niet empirisch getoetst. Daarnaast spreekt de aangetoonde effectiviteit van cognitieve gedragstherapie in de behandeling van angststoornissen en depressie de aannames van De Leo et al. tegen.³⁰

Van recenter datum is een studie van Lynch, Cheavens, Cukrowitz, Thorp, Bronner en Beyer waarin de effectiviteit is onderzocht van dialectical behavioral therapy (DBT) bij ouderen met zowel een depressie als een persoonlijkheidsstoornis.³² Bij deze gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) zijn echter de nodige kanttekeningen te plaatsen. Zo is in deze studie onduidelijk of DBT nu aangrijpt op de depressie of op de persoonlijkheidsstoornis of toch op beide? Bovendien lijkt het aantal persoonlijkheidsstoornissen in remissie nauwelijks lager te zijn wanneer er slechts een medicamenteuze behandeling heeft plaats gevonden (N=7) vergeleken met een gecombineerde behandeling medicatie en DBT (N=9). Dit laatste is opmerkelijk, omdat uit eerdere studies naar de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij jongere volwassenen gebleken is dat het behandelings-effect met medicatie (zonder psychotherapie) marginaal is.³³ Het vermoeden bestaat dat er in het onderzoek van Lynch en collega's (2007) bij een aantal proefpersonen onterecht tijdens de intake een persoonlijkheidsstoornis is gediagnosticeerd.³⁴

Hoewel er geen effectiviteitsstudies verricht zijn naar psychotherapie voor ouderen met een persoonlijkheidsstoornis, is er geen overtuigende reden te bedenken waarom psychotherapievarianten die bewezen effectief zijn voor volwassenen onder de vijftig jaar, niet werkzaam zouden zijn voor ouderen. Met name ten aanzien van cognitieve therapie³⁵ en schemagerichte therapie³⁶ zijn er aanwijzingen vanuit casestudies dat deze ook goed toepasbaar zijn voor ouderen.^{37,38,39} Mogelijk dat deze psychotherapeutische behandelingen wel op onderdelen aanpassing behoeven om meer aan te sluiten bij de leef- en belevingswereld van ouderen. Daarbij wordt aanbevolen om de specifieke gerontologische aspecten, zoals overtuigingen over en gevolgen van somatische aandoeningen, cohortgebonden en socioculturele overtuigingen, intergenerationele banden en het verlies van sociale rollen te integreren.^{40,41,42}

Discussie

Persoonlijkheidsstoornissen vormen een relatief jong aandachtsgebied binnen de ouderenzorg. Vooralnog zijn de prevalentiecijfers weinig eenduidig, is het aantal specifieke (test)diagnostische instrumenten schaars en ontbreken er empirische gegevens op het gebied van behandeling. Het geringe aantal vergelijkende studies over persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen staat in schril contrast met de klinische relevantie van deze doorgaans chronische aandoening. Zowel bij somatische als psychische interventies in de ouderenzorg kan de aanwezigheid van (co-morbide) persoonlijkheidsstoornissen de hulpverlening compliceren door afwezigheid van iedere vorm van zorg (cluster A), therapie-ontrouw of toxicomaan gedrag (cluster B) dan wel een overmatig appel op de gezondheidszorg (cluster C).

Het beperkt aantal vergelijkende studies houdt mogelijk verband met de methodologische complexiteit van het construct persoonlijkheidsstoornis in relatie tot ouderen. In hoeverre is er sprake van een duurzaam patroon van disfunctionele gedragingen over de gehele levensloop bezien? Zijn de uitingwijzen van disfunctionele gedragingen bij persoonlijkheidsstoornissen consistent of leeftijdsspecifiek? Is er voldoende draagvlak voor de zogenaamde laat ontstane persoonlijkheidsstoornis (waarbij een persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening is uitgesloten)? Er zijn namelijk aanwijzingen dat de huidige DSM-criteria voor persoonlijkheidsstoornissen onvoldoende toepasbaar zijn op ouderen. Zo blijkt uit itemresponstheorie-analyses binnen een omvangrijke, cross-sectionele studie in de algemene bevolking (leeftijdssrange 18-98 jaar) dat 29% van DSM-criteria voor persoonlijkheidsstoornissen leidt tot meetfouten bij ouderen.⁴³ Daarnaast dient rekening te worden gehouden met cultuur- en geslachtsgebonden manifestaties van persoonlijkheidsstoornissen. Verder blijkt er sprake van een grote diversiteit aan combinaties binnen de tien specifieke DSM-persoonlijkheidsstoornissen (polythetische criteriasets). Bijvoorbeeld bij de borderline persoonlijkheidsstoornis dient minimaal voldaan te worden aan vijf van de negen DSM-criteria. Dit laat 256 verschillende combinaties toe met verschillen in ernst en fenomenologie. Deze heterogeniteit gaat ten koste van de validiteit van de tien DSM-persoonlijkheidsstoornissen.

In 2013 zal vermoedelijk de DSM-V verschijnen en er wordt momenteel druk gespeculeerd over het thema persoonlijkheidsstoornissen. In hoeverre wordt het huidige categoriale classificatiemodel gecontinueerd of aangevuld met een dimensionale benadering? Is er bij de dimensionale benadering een rol weggelegd voor het vijf factorenmodel.⁴⁴ Gaan persoonlijkheidsstoornissen van As-II naar As-I? Welke specifieke DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen, -trekken of -kenmerken blijven in de DSM-V behouden? Worden in de DSM-V adaptieve persoonlijkheidskenmerken en copingstijlen eveneens opgenomen? Complicerend is dat de veranderingen in de DSM-V ook weer niet te ingrijpend mogen zijn met het oog op de wenselijke vergelijkbaarheid met eerdere studies, zoals epidemiologisch onderzoek.

Aan suggesties voor verder onderzoek ontbreekt het niet. Prevalentieonderzoek binnen verschillende populaties naar ouderen met persoonlijkheidsstoornissen is aangewezen waarbij voor ouderen gevalideerde meetinstrumenten worden gehanteerd. In het bijzonder verdient de groep chronische psychiatrische patiënten meer aandacht waarbij op latere leeftijd tevens sprake is van somatische en cognitieve problematiek; hoe hoog is hier de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen, welke gedrags- en medicatieadviezen hebben effect en in welke setting is deze hoogcomplexere groep het meest op zijn plaats? Ook RCT-studies naar het effect van verschillende psychotherapievormen bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen verdient aandacht. Gelet op de (mogelijk) nieuwe ontwikkelingen binnen de American Psychiatric Association (APA) is onderzoek naar zowel categoriale als dimensionale classificatiemodellen bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen gewenst. In het kader van richtlijnontwikkeling is het interessant om de psychische en somatische comorbiditeit bij

persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen in kaart te brengen.

Voorlopig lijkt een Addendum ouderen over persoonlijkheidsstoornissen nog een brug te ver. Wel is een eerste stap gezet met een Delphi-onderzoek onder Nederlandse en Vlaamse experts op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.⁴⁵ Dit onderzoek geeft richting aan huidige "best practice" ten aanzien van de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen en vormt tevens een aanzet tot wetenschappelijk (vervolg)onderzoek. Ondersteund met empirische studies kan de stap naar het genoemde Addendum worden gezet.

Een andere recente ontwikkeling in Nederland is het boek "Ouderen en persoonlijkheid" waarin persoonlijkheidsproblematiek op latere leeftijd veelvuldig aan de orde komt.⁴⁶ Ook is er een aantal Nederlandse en Vlaamse studies geïnitieerd op het gebied van testconstructie en -normering, beloop alsmede behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Voorts zal op korte termijn het boek "Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Diagnostiek, behandelingen gedragsadvisering" verschijnen,⁴⁷ bewerkstelligd door Expertpanel Persoonlijkheid & Ouderen (EPO) en is GGZ-instelling Mondriaan voornemens om een expertisecentrum op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen te starten. Dit expertisecentrum is een eerste aanzet om klinische expertise, wetenschappelijk onderzoek en onderwijsaspecten te bundelen en te vertalen naar cruciale diagnostische en therapeutische aspecten in de klinische praktijk. Daarnaast heeft dit centrum tot doel om onderwijs- en onderzoeksactiviteiten te inventariseren, stimuleren en (door te) ontwikkelen binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en Verpleeg- en Verzorgingshuissector (V&V-sector).

Kortom: het thema persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is volop in ontwikkeling.

Auteurs

Sebastiaan 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. Segal DL, Coolidge FL, Rosowsky E. Personality Disorders and Older Adults. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, 2006.
2. American Psychogeriatric Association. DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed, text revision. Washington DC: APA, 2000.
3. Solomon K. Personality disorders in the elderly. In: Lion JR, red. Personality disorders, diagnosis, and management. Baltimore: Williams & Wilkens, 1981: p. 310-338.
4. Stek ML. Persoonlijkheidsstoornissen. In: Heeren TJ, Kat MG, Stek ML, red. Handboek Ouderenpsychiatrie. De Tijdstroom, 2001: p. 125-132.
5. Weissman MM. The epidemiology of personality disorders: An update. J Personal Disord. 1993;744-62.
6. Ames A, Molinari V. Prevalence of personality disorders in community living elderly. J Geriat Psychiatry & Neurol. 1994;7189-194.
7. Mezzich TE, Fabrega H, Coffman GA, Claven Y. Comprehensively diagnosing geriatric patients. Comprehen Psychiatry. 1987;2868-76.
8. Molinari V, Marmion J. Personality disorders in geropsychiatric outpatients. Psychological Rep. 1993;73256-258.
9. Casey DA, Schrodt CJ. Axis II diagnoses in geriatric inpatients. J Geriat Psychiatry & Neurol. 1989;287-88.

10. Silberman CS, Roth L, Degal DL, Burns W. Relationship between the Millon Clinical Multiaxial Inventory –II and Coolidge Axis II Inventory in chronically mentally ill older adults: A pilot study. *J Clinical Psychology*. 1997;53:559-566.
11. Coolidge FL, Burns EM, Nathan JH, Mull CE. Personality disorders in the elderly. *Clinical Gerontologist*. 1992;12(1):41-55.
12. Molinari V, Ames A, Essa M. Prevalence of personality disorders in two psychiatric inpatients units. *J Geriatr Psychiatry Neurology*. 1994;7:209-215.
13. Watson DC, Sinha KB. A normative study of the Coolidge Axis II Inventory. *J Clinical Psychology*. 1996;52(6):631-637.
14. Engels GI, Duijsens IJ, Haringsma R, Putten CM. Personality disorders in the elderly compared to four younger age groups: A cross-sectional study of community residents and mental health patients. *J Personal Disord*. 2003;17:447-459.
15. Ullrich S, Coid J. The age distribution of self-reported personality disorder traits in a household population. *J Personal Disord*. 2009;23:187-200.
16. Stone MH. Abnormalities of personality. New York: WW Norton and company, 1993: p.131-152
17. Fishbain DA. Personality disorders in young and old. *Can J Psychiatry*. 1996;41(9):602-
18. Van Alphen SPJ, Engelen GJJA, Kuin Y, Derksen JLL. Editorial: The relevance of a geriatric sub-classification of personality disorders in de DSM-V. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 205-209.
19. Alphen SPJ, Nijhuis PEP, Oei TI. Antisocial personality disorder in older adults. A qualitative study of Dutch forensic psychiatrists and forensic psychologists. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22:813-815.
20. Balsis S, Woods CM, Gleason ME, Oltmans TF. Over and underdiagnosis of personality disorders in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15(9):742-753.
21. Derksen JLL. Psychologische diagnostiek. Enkele structurele en descriptieve aspecten. Nijmegen: Pen Tests Publisher.
22. Clifton A, Turkheimer E, Oltmans TF. Self- and peer perspectives on pathological personality traits and interpersonal problems. *Psychol Assess*. 2005;17:123-131.
23. Dingemans P. Beschrijvende diagnostiek van de DSM-IV-TR-persoonlijkheidsstoornissen. In: Eurelings-Bontekoe EHM, Verheul R, Snellen WM, red. *Handboek persoonlijkheidspathologie*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum, 2007 p. 143-164.
24. Berstein DP, Kasapis C, Bergman A. Assessing axis II disorders by informant interview. *J Personal Disord*. 1997;11:158-167.
25. Dreessen L, Hildebrand M, Arntz A. Patient-informant concordance on the Structured Clinical Interview for DSM-III-r personality disorders (SCID-II). *J Personal Disord*. 1998;12(2):149-161.
26. Van Alphen SPJ, Rettig AM, Engelen GJJA, Kuin Y, Derksen, JLL. Patiënt-informant overeenkomst op de Gerontologische Persoonlijkheidsstoornissen Schaal (GPS). *Tijdschr Psychiatr* 2005; 47, 613-617.
27. Barendse HPJ, Thissen AJC. Handleiding van de Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst, H.A.P. 3de druk. Barendse & Thissen, 2006.
28. Alphen SPJ, Engelen GJJA, Kuin Y, Hoijtink HJA, Derksen JLL. A preliminary study of the diagnostic accuracy of the Gerontological Personality disorder Scale (GPS). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21:862-868.
29. Leo D, Scocco P, Meneghel G. Pharmacological and psychotherapeutic treatment of personality disorders in the elderly. *Int Psychogeriatr*. 1999;11(2):191-206.
30. Hendriks GJ, Oude Voshaar RC, Keijsers GP, Hoogduin CA, Balkom AJ. Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;117:403-411.
31. Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: a meta-analysis. *Aging Ment Health*. 2007;11:645-657.
32. Lynch TR, Cheavens JS, Cukrowitz KC, Thorp SR, Bronner L, Beyer J. Treatment of adults with co-morbid personality disorder and depression: a dialectical behaviour therapy approach. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22:131-143.
33. Abrams RC, Bromberg CE. Personality Disorders in the Elderly. *Psychiatr Ann*. 2007;37(2):123-127.
34. Alphen SPJ, Tummers JHA, Derksen JLL. Reaction to 'Treatment of older adults Wirth co-morbid personality disorder and depression: a dialectical behavior therapy approach'. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22:701-703.
35. Beck AT, Freeman A, Davis DD. Cognitive therapy of personality disorders. New York: The Guilford Press, 2004.
36. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: The Guilford press, 2003.
37. Bizzini L. Cognitive psychotherapy in the treatment of personality disorders in the elderly. In: Perris C, McGorry PD, red.

- Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: Handbook of theory and practice. Chichester: Wiley, 1998.
38. Dick LP, Gallagher-Thompson D. Cognitive therapy with the core beliefs of a distressed lonely caregiver. *J Cognitive Psychotherapy*. 1995;9(4):215-227.
 39. Royen R, Videler A. De Korte Personologische Psychotherapie als model voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. *Directieve Therapie*. 2006;26:242-257.
 40. James IA. Schemas and schema-focused approaches in older people. In: Laidlaw K, Knight B, red. *Handbook of emotional disorders in later life: assessment and treatment* Oxford: Oxford; 2008.
 41. Laidlaw K, Thompson LW, Dick-Siskin L, Gallagher-Thompson D. *Cognitive behaviour therapy with older people*. Chichester: Wiley, 2003.
 42. Laidlaw K, Thompson LW. Cognitive behaviour therapy with depressed older people. In: Laidlaw K, Knight B (eds.) *Handbook of emotional disorders in later life: assessment and treatment* Oxford: Oxford, 2008.
 43. 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. *Psychol and Aging*. 2007; 22(1): 171-185.
 44. 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.
 45. Van Alphen SPJ, Bolwerk N, Videler AC, Tummers JHA, Van Royen RJJ, Barendse HPJ, Scheepers C, Penders K, Verheul R. Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: Consensus onder Nederlandse en Belgische experts over specifieke diagnostische en therapeutische aspecten. *Tijdschr Psychiatr*; In druk.
 46. Mooi B, Comijs H. *Ouderen en persoonlijkheid. De klinische praktijk*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV, 2007.
 47. Van Alphen SPJ, red. *Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Diagnostiek, behandeling en gedragsadvies*. Amsterdam: Hogreave Uitgevers (in druk).