

Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: diagnostische aspecten

S.P.J. van Alphen

Summary This article describes the usefulness of the DSM personality disorders. In conclusion the presence of personality disorders during a lifetime is not always an enduring pattern of (the same) conduct disorders. Despite this, the DSM describes a static course of mainly interpersonal behaviour. Next to this, the utility of the DSM-Axis-II assessment and general personality assessment in relation to older adults will be discussed. In general these instruments are not very suitable for the assessment of the disposition and gravity of personality disorders in the elderly. It is proposed to develop specific profiles with regard to personality disorders in the elderly by applying the Delphi-technique on existing personality assessment. A Delphi panel of experts in the field of personality pathology in older adults can be asked to mention a certain personality disorder and describe this on a certain personality selfreport list, like the shortened version of the TCI.

Samenvatting In dit artikel wordt de bruikbaarheid van het DSM-concept ‘persoonlijkheidsstoornis’ beschreven. Geconcludeerd wordt dat bij de manifestatie van persoonlijkheidspathologie gedurende de levensloop niet altijd een consistent patroon van (dezelfde) gedragsstoornissen is waar te nemen. In de DSM wordt echter uitgegaan van een statisch beloop van vooral (interpersoonlijke) gedragingen. Voorts wordt in dit artikel aan de orde gesteld in hoeverre het hiervoor ontwikkelde DSM-meetinstrumentarium alsmede de meer algemene persoonlijkheidstesten bruikbaar zijn voor ouderen. Over het algemeen blijken deze weinig geschikt om de aard en ernst van persoonlijkheidspathologie bij

ouderen te verhelderen. Voorgesteld wordt om met behulp van de Delphi-techniek bij bestaande vragenlijsten profielen van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen op te stellen. Aan een Delphi-panel op het gebied van persoonlijkheidspathologie bij ouderen kan dan worden verzocht om een bepaalde persoonlijkheidsstoornis in gedachte te nemen en deze op een bestaande vragenlijst, zoals de verkorte TCI, te beschrijven.

Keywords diagnostiek · persoonlijkheidsstoornissen · ouderen

Inleiding

In de Geestelijke Gezondheidszorg voor ouderen vormt psychodiagnostisch onderzoek een essentieel onderdeel bij de totstandkoming van de indicatiestelling en behandeling. Een belangrijk psychodiagnostisch aspect is de typering van de persoonlijkheid. Kennis over de persoonlijkheid van de patiënt maakt het mogelijk om interventies beter af te stemmen op zijn of haar specifieke kenmerken waarbij de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis een specifieke en doorgaans gecompliceerde manifestatie geeft van symptomen en syndromen, die vervolgens van invloed kan zijn op de indicatiestelling, behandelplanning en gedragsadviesing.¹

In dit artikel wordt de bruikbaarheid van het DSM-concept ‘persoonlijkheidsstoornis’ beschreven. Voorts wordt aan de orde gesteld in hoeverre het hiervoor ontwikkelde DSM-meetinstrumentarium alsmede de meer algemene persoonlijkheidstesten geschikt zijn voor ouderen. Tot slot volgen enkele suggesties ter verbetering.

S.P.J. van Alphen (✉)
Gz-psycholoog **Correspondentie:** Dr. S.P.J. van Alphen,
Mondriaan Zorggroep, divisie Ouderen Postbus 4436, 6401 CX
Heerlen Tel 045-5736363 E-mail: spj.vanalphen@wxs.nl

Het DSM-concept ‘persoonlijkheidsstoornis’

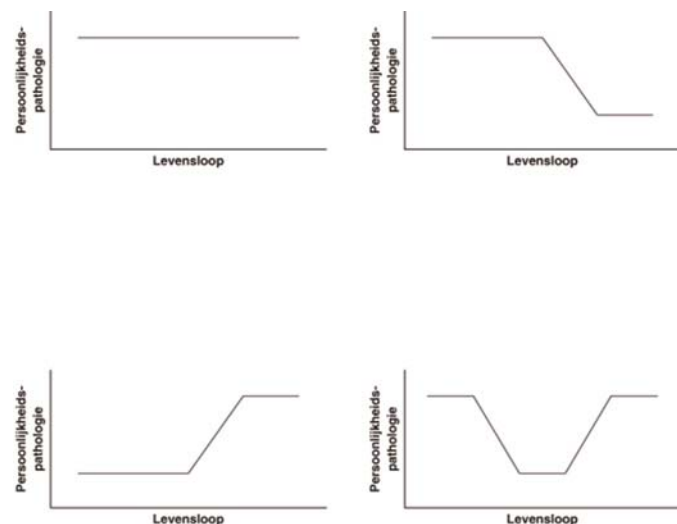
Veruit de meest gebruikte diagnostische classificatiesystemen zijn de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4^e editie Textual Revision (DSM-IV-TR) en de International Classification of Diseases-10^e editie (ICD-10).^{2,3} Binnen de Nederlandse GGZ is de DSM toonaangevend geworden. Dit systeem wordt steeds meer beschouwd als standaard voor psychiatrische classificaties.⁴ De DSM is een meerassig, categoriaal alsmede descriptief classificatiesysteem waarbij klinische stoornissen worden vermeld op As-I, persoonlijkheidsstoornissen op As-II, relevante somatische aandoeningen op As-III, psychosociale en omgevingsproblemen op As-IV en een algemene beoordeling van het functioneren op As-V. Een voordeel van het gebruik van de DSM is dat het classificatiesysteem leidt tot uniformiteit met betrekking tot de wijze waarop ziektebeelden worden gedefinieerd waardoor prevalentiecijfers beter met elkaar zijn te vergelijken. Dit van origine Amerikaans diagnostisch model verschaft helderheid in de communicatie, het verhoogt de betrouwbaarheid van classificeren en leidt hierdoor tot meer duidelijkheid bij research. Tevens kan het classificatiesysteem relevant zijn voor het bepalen van de behandelstrategie, zoals bij schizofrenie of een ernstige depressie waarbij farmacotherapie doorgaans aangewezen is. Voorts biedt de aanwezigheid van verscheidene assen de mogelijkheid de patiënt op meerdere niveaus te beschrijven.⁴

De DSM kent echter ook een aantal wezenlijke nadelen; er wordt geen rekening gehouden met het individu en individuele verschillen waardoor een individuele sterktezwakte analyse ontbreekt. Evenmin wordt er een uitspraak gedaan vanuit bepaalde theoretische kaders over oorzaken, etiologie, beloop, prognose van de aandoening. Er wordt slechts uitgegaan van een medisch model

waarbij de systematiek wordt gekenmerkt door een opsomming van symptomen zonder rekening te houden met persoonsgebonden aspecten.⁴ Vooralsnog ontbreekt een dimensionele benadering in de DSM en wordt slechts volstaan met de weinig fijnmazige categoriale diagnostische benadering. Verder blijkt uit zowel de klinische praktijk als uit wetenschappelijk onderzoek dat As-I en As-II stoornissen niet altijd even goed van elkaar te onderscheiden zijn en dat tevens de verschillende stoornissen binnen As-I en As-II overlap vertonen.^{5,6}

Het DSM-As-II concept kent bij ouderen een aantal specifieke knelpunten. Het statische beloop van As-II stoornissen vormt hierbij een van de belangrijkste obstakels. Vooralsnog is naar het beloop van persoonlijkheidspathologie tot in de ouderdom weinig empirisch onderzoek verricht. Hier wordt slechts volstaan met een viertal theoretische modellen die hoofdzakelijk zijn gebaseerd op klinische ervaring, casestudies en een enkele beloopstudie tot middelbare leeftijd.^{7,8} In de grafieken 1.a-1.d is op de y-as de mate van persoonlijkheidspathologie weergegeven en op de x-as de levensloop. Bij de bespreking van de vier modellen wordt uitgegaan van de opvatting dat niet eerder dan de vroege volwassenheid gesproken mag worden van persoonlijkheidspathologie omdat pas vanaf deze levensfase de belangrijkste bouwstenen die samen de persoonlijkheid vormen, grotendeels zijn gerealiseerd.⁹

In grafiek 1a wordt het DSM-concept voor een persoonlijkheidsstoornis weergegeven. Volgens de DSM wordt van een persoonlijkheidsstoornis gesproken als persoonlijkheidskenmerken afwijken van de populatienorm ofwel van de norm binnen de (sub)culturele context van het individu, inflexibel of star zijn en leiden tot sociale en/of functionele beperkingen. Deze kenmerken zijn stabiel en van lange duur en het begin kan worden teruggevoerd naar tenminste de adolescentie of de vroege



Grafiek 1 Vier modellen van het beloop van persoonlijkheidspathologie. Grafiek 1a DSM-persoonlijkheidsstoornis. Grafiek 1b Past persoonlijkheidsstoornis. Grafiek 1c Late-onset persoonlijkheidsstoornis. Grafiek 1d Re-emergent persoonlijkheidsstoornis.

volwassenheid. De persoonlijkheidsstoornis en het hieraan gekoppelde gedrag zijn onveranderd aanwezig gedurende de gehele levensloop. De hamvraag hierbij is in hoeverre de verschillende *specifieke* persoonlijkheidsstoornissen, zoals de borderline en antisociale persoonlijkheidsstoornis een statisch beloop hebben, waarbij de gedragsstoornissen onveranderd aanwezig blijven.

In contrast met het DSM-concept is de in grafiek 1b weergegeven *past* persoonlijkheidsstoornis. De gedragsstoornissen als uiting van een persoonlijkheidsstoornis ‘verdwijnen’ met veroudering. Op latere leeftijd zou sprake kunnen zijn van een zogenaamde narijping van de persoonlijkheid. Martens (1997) omschrijft ‘narijping’ als een proces waarbij de persoon die dit ondergaat, na stagnatie en achterstand in zijn morele, cognitieve, emotionele en neurologische ontwikkeling, die vaak tientallen jaren heeft geduurd, deze achterstand toch nog inloopt, al dan niet als gevolg van een aangrijpende gebeurtenis, terwijl dit gepaard gaat met een biologisch veranderingsproces. Als gevolg hiervan krijgt de betrokkene onder meer inzicht in zijn eigen functioneren en is in staat affectieve relaties op te bouwen en te onderhouden.¹⁰ Het narijtingsproces wordt ondersteund door lange termijn follow-uponderzoeken bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Deze studies wijzen deels op een afname van antisociale kenmerken bij ouderen.¹¹ Ook uit lange termijn follow-up studies naar het beloop van de borderline persoonlijkheidsstoornis (tot het zestigste levensjaar) blijkt dat deze patiënten tot een betere impulscontrole komen, minder last hebben van stemmingschommelingen en in samenhang hiermee tot een beter algemeen functioneren in staat zijn.¹² Een kanttekening hierbij is dat deze studies doorgaans zijn gebaseerd op de diagnostische criteria van de DSM. Sommige DSM-criteria van de antisociale persoonlijkheidsstoornis blijken echter vrijwel onmogelijk toepasbaar op ouderen, zoals bij herhaling komen tot vechtpartijen of geweldpleging.⁸ Door de categoriale benadering van de DSM kunnen hierdoor bij ouderen fout-negatieve diagnoses worden gesteld. Voorts blijkt uit onderzoek dat bij het toenemen van de leeftijd het vermogen tot zelfbeheersing verbetert.¹³ Ook blijkt dat uitstel van behoeftebevrediging evenals een verminderde beleving van emoties toenemen met het ouder worden.¹³ De DSM-criteria voor de borderline persoonlijkheidsstoornis over impulsief gedrag en woede uitbarstingen zijn bij ouderen wellicht minder pregnant aanwezig. Het is echter niet onwaarschijnlijk dat er bij oudere borderline patiënten een verschuiving plaatsvindt van impulsieve gedragingen naar een (verdere) toename van depressieve gevoelens.¹⁴

Het derde theoretische model is de in grafiek 1c weergegeven *late onset* persoonlijkheidsstoornis. Op oudere

leeftijd ontstaan voor het eerst gedragsstoornissen als uiting van een persoonlijkheidsstoornis, waarbij geen wezenlijke maladaptatie op jongere leeftijd aanwezig is. Ouderen met pregnante persoonlijkheidstrekken kunnen extra moeilijkheden ondervinden met het hanteren van leeftijdspecifieke stressoren, zoals verlies van gezondheid, relaties en autonomie.¹⁵ Zo kan bij een persoon met afhankelijke trekken het overlijden van de partner of pensionering leiden tot verlies van een structurerende omgeving. Als gevolg van inadequate copingmechanismen kunnen hierdoor bepaalde gedragsstoornissen ontstaan die voortkomen uit de persoonlijkheid. Het is echter niet altijd eenduidig of er sprake is van een psychisch toestandbeeld (als gevolg van somatische problematiek) of van een evidente *late onset* persoonlijkheidsstoornis. Zo kunnen organisch cerebrale aandoeningen, zoals een frontotemporale dementie of endocriene ziekten waaronder een hyperthyreoïdie eveneens een persoonlijkheidsverandering op latere leeftijd luxeren.

Als laatste model wordt in grafiek 1d het beloop van de *re-emergent* persoonlijkheidsstoornis geïllustreerd. Dit model geldt in het bijzonder voor de borderline persoonlijkheidsstoornis.¹⁶ De manifestatie van de borderline persoonlijkheidsstoornis is tot het dertigste levensjaar chaotisch en turbulent, maar wordt gevolgd door een afname van borderline symptomen tussen het dertigste en veertigste levensjaar. Tijdens deze levensfase zou er sprake zijn van zowel enige stabilisatie in de intermenselijke relaties als een meer evenwichtig functioneren in het arbeidsproces. Vervolgens nemen de gedragsstoornissen na het vijftigste levensjaar toe als gevolg van inadequate coping ten aanzien van leeftijdspecifieke stressoren. Eveneens treedt er een verandering op van gedragsuitingen. Deze bestaan op oudere leeftijd vooral uit depressieve problematiek en alcoholmisbruik.

Resumerend lijkt de manifestatie van persoonlijkheidspathologie gedurende de levensloop niet altijd een consistent patroon van (dezelfde) gedragsstoornissen te zijn. In de DSM wordt echter uitgegaan van een statisch beloop van vooral (interpersoonlijke) gedragingen. Niettemin lijken er enkele aanwijzingen te zijn voor heterotypische continuïteit.^{17,18} Deze hypothese gaat ervan uit dat het onderliggende persoonlijkheidsconstruct weliswaar gedurende de levensloop constant blijft, maar dat de daaruit voortvloeiende gedragsuitingen variabel zijn afhankelijk van de levensfase en situationele context. Bij ouderen zullen als gevolg van ouderwordingsprocessen of omgevingsgerelateerde veranderingen bepaalde (interpersoonlijke) gedragingen in mindere of juist in meerdere mate van belang zijn. In hoeverre op structureel niveau veranderingen gedurende de levensloop plaatsvinden, in

het bijzonder op latere leeftijd, is vooralsnog niet duidelijk.

Een ander obstakel betreft een aantal criteria van de specifieke DSM- persoonlijkheidsstoornissen. Bij het A cluster (de paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornis) is 'sociale isolatie' veelal moeilijk als criterium te gebruiken aangezien veel ouderen ten gevolge van externe factoren, zoals het overlijden van de partner of van directe familieleden, in een sociaal isolement zijn geraakt. 'Geringe belangstelling voor seksuele ervaringen met een ander' is een criterium dat eveneens minder van toepassing kan zijn op latere leeftijd door het verlies van de partner of ten gevolge van chronische ziekte of fysieke beperkingen.¹⁹ De criteria behorend bij het B-cluster (de antisociale, borderline, narcistische en theatrale persoonlijkheidsstoornis) zijn vrijwel alleen gericht op de leefwereld van jongere volwassenen. Zo is het aannemelijk dat het criterium 'constante onverantwoordelijkheid zoals blijkt uit het herhaaldelijk niet in staat zijn geregeld werk te behouden of financiële verplichtingen na te komen' of 'prikkelbaarheid of agressiviteit zoals blijkt uit bij herhaling komen tot vechtpartijen of geweldpleging' bij ouderen relatief weinig aan de orde is. Ook een criterium van de borderline persoonlijkheidsstoornis over impulsiviteit op het gebied van seksuele uitpattingen of roekeloos autorijden lijkt doorgaans minder bruikbaar voor ouderen.²⁰ Criteria behorende bij de cluster C-persoonlijkheidsstoornissen (de obsessieve-compulsieve, ontwijkende en afhankelijke persoonlijkheidsstoornis) betreffende 'het vermijden van beroepsmatige activiteiten met sterk intermenselijke contacten' evenals 'overmatig toegewijd zijn aan werk en productiviteit' zijn wederom voornamelijk gericht op de leefwereld van jongere volwassenen. Enkele kenmerken daarentegen van de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis, bijvoorbeeld 'voelt zich onbehaaglijk of hulpeloos wanneer betrokkene alleen is' of 'heeft anderen nodig die verantwoordelijkheid overnemen voor de meest belangrijke gebieden in zijn of haar leven', komen op latere leeftijd juist regelmatig voor als gevolg van lichamelijke of cognitieve achteruitgang.²¹

Kortom, het ontbreken van gerontologische DSM-criteria voor persoonlijkheidsstoornissen vormt een cruciaal diagnostisch obstakel in de dagelijkse praktijk voor klinici werkzaam als gerontopsycholoog of ouderenspsychiater. Tevens heeft het huidige As-II-concept nadelige gevolgen voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van het vóórkomen van persoonlijkheidspathologie op latere leeftijd en de ontwikkeling van As-II meetinstrumenten voor ouderen.

(Test)diagnostiek

De diagnostiek van persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is een complex multidimensioneel en multidisciplinair proces. Ook als het louter gaat om het in kaart brengen van de persoonlijkheid zal eerst een klinische stoornis, zoals een vitale depressie of floride psychose uitgesloten moeten worden omdat deze toestandsbeelden het zicht van de patiënt op zichzelf aanzienlijk kunnen beïnvloeden. Ook cognitieve problemen of intelligentiedeficit kunnen leiden tot onbetrouwbare interpretaties van profielscores op persoonlijkheidstests. Verder kan het bij ouderen regelmatig voorkomende verschijnsel van polyfarmacie de afname en interpretatie van het assessment bemoeilijken.²² Een andere complicerende factor is de mate van coöperatie. Uit onderzoek blijkt dat ouderen in vergelijking tot jongeren eerder geneigd zijn een persoonlijkheidsonderzoek af te slaan en vaker weigeren te antwoorden op bepaalde vragen.^{23,24} Verder geven ouderen sneller aan dat zij het antwoord op de gestelde vraag niet weten en blijken zij voorzichtiger te zijn in het beantwoorden van vragen.^{25,26}

Het huidig instrumentarium voor persoonlijkheidsdiagnostiek bestaat uit velerlei testen die kortweg zijn in te delen in meetinstrumenten die zijn gebaseerd op de DSM en de meer algemene persoonlijkheidstesten.

In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de in het Nederlands vertaalde As-II meetinstrumenten bestaande uit zelfbeoordelingsschalen (ZS) en semi-gestructureerde interviews (SI). In tabel 2 zijn de in de Nederlandse GGZ

Tabel 1 Zelfbeoordelingsschalen en semi-gestructureerde interviews DSM-as II.

	VKP (ZS)	PDQ-4(ZS)	ADP-IV (ZS)	MCMI-IV (ZS)	SIDP-IV(SI)	SCID-II(SI)	IPDE(SI)
items	197	100	94	175	160	143	152
duur (min)	35	30	30	30	120	120	180
norm	-	-	-	-	-	-	-

ZS = Zelfbeoordelingsschaal. SI = Semi-gestructureerd interview. VKP = Vragenlijst voor Kenmerken van de Persoonlijkheid. PDQ-4 = Personality Diagnostic Questionnaire-IV. ADP-IV = Assessment DSM Persoonlijkheidsstoornissen-versie DSM-IV. MCMI-III = Millon Clinical Multiaxial Inventory III. SIDP-IV = Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders. SCID-II Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders. IPDE International Personality Disorder Examination.

Norm = normering voor ouderen [+ is aanwezig, - is afwezig]

en eerste lijn veel gebruikte algemene persoonlijkheids-tests weergegeven.^{9,27,28} Beide tabellen dienen als impressie ten aanzien van de bruikbaarheid van het huidig meetinstrumentarium op het gebied van persoonlijkheidsdiagnostiek voor ouderen. Tests gebaseerd op projectieve technieken ontbreken in deze tabellen. Dit gezien de bewerkelijkheid van de afname, de abstractie van de gebruikte concepten, de weinig objectieve wijze van data-verzameling en de hoge mate van ervaring, kennis en kunde die de interpretatie van deze tests vergen.^{27, 29} In tabel 1 en 2 is het aantal items per test vermeld (item), de afnameduur in minuten van ieder instrument gebaseerd op jongere volwassenen (duur) en een overzicht van persoonlijkheidstests die genormeerd zijn voor ouderen (norm). Indien gestandaardiseerd psychometrisch onderzoek heeft plaatsgevonden bij ouderen vanaf zestig jaar en ouder (range 60 tot ± 80 jaar) wordt dit aangegeven met '+', als dit niet het geval is wordt een '-' genoteerd. In verband met de overzichtelijkheid wordt in de tabel 1 en 2 slechts volstaan met afkortingen van de verschillende meetinstrumenten.

Uit de tabel 1 en 2 blijkt dat het huidig meetinstrumentarium voor de diagnostiek van persoonlijkheid(spathologie) nauwelijks genormeerd is voor ouderen. Uit een Delphi-onderzoek gehouden onder 53 Nederlandse deskundigen op het gebied van persoonlijkheidspathologie bij ouderen bleek tevens dat de DSM-As-II criteria en daarvan afgeleide assessment-instrumenten niet goed aansluiten op de leef- en belevingswereld van ouderen.³⁰ Daarbij komt dat de meeste zelfbeoordelingsschalen uit een groot aantal items bestaan en dat de afname van de semi-gestructureerde interviews -zeker bij ouderen- veel tijd in beslag neemt. Bovendien is door verschillende auteurs reeds vermeld dat de items van deze tests vrij abstract zijn geformuleerd voor ouderen³¹ en dat de afname van zelfbeoordelingsschalen nogal eens wordt gecompliceerd door sensorische en psychomotorische problemen.^{20,32,33} In de recent uitgegeven *Guidelines for*

psychological practice with older adults (APA) wordt het gebruik van gestandaardiseerde testdiagnostische methoden bij ouderen echter aanbevolen.³⁴ Door een systematische meetprocedure wordt beoogd op een objectieve wijze de diagnostische vraag te beantwoorden (objectieve diagnostiek). Tests kunnen betrouwbare, precieze en valide informatie opleveren over kenmerken of gedragingen van personen. Nochtans is verder onderzoek naar het huidig meetinstrumentarium op het gebied van persoonlijkheidsdiagnostiek voor ouderen een eerste vereiste aangezien dit terrein van psychometrisch onderzoek nog in de kinderschoenen staat.

In het bovenstaande vormt de objectieve diagnostische benadering het uitgangspunt bij persoonlijkheidsdiagnostiek. Er bestaat echter ook een niet-gestandaardiseerde diagnostische benaderwijze waarbij de dialoog met de persoon centraal staat: de explorerende diagnostiek.³⁵ Een procedure die gezien kan worden als een meer explorerende benadering bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is de LEAD-standaard (Longitudinal, Expert and All Data).²¹ Deze naam is door Spitzer (1983) gekozen om te benadrukken dat de ontwikkeling van een 'gouden' standaard tot op heden niet verwezenlijkt kan worden en dat de meest adequate benadering hiervan in aanmerking komt als 'loden' standaard.³⁶ De LEAD-standaard hanteert verschillende longitudinale gegevens om vervolgens te komen tot een consensusdiagnose. Deze longitudinale gegevens zijn afkomstig uit meerdere informatiebronnen, zoals observatiegegevens, biografische gegevens, informantgegevens, dossiergegevens en de ervaringen die de hulpverleners met de patiënt hebben. In een validiteitsonderzoek bleken LEAD-diagnoses te worden gekenmerkt door meer temporele stabiliteit en predictieve validiteit dan diagnoses verkregen met verschillende semi-gestructureerde interviews.¹ Bij ouderen is het gebruik van een aantal onderdelen van deze standaard, zoals biografie, heteroanamnese en dossiergegevens

Tabel 2 Algemene persoonlijkheidstests.

	MMPI-2 (ZS)	TCI* (ZS)	PSY-5 (ZS)	PDBQ* (ZS)	NEO-FFI (ZS)	NEO-PI-R (ZS)	NVM (ZS)	NPV (ZS)	ABV (ZS)	EPPS (ZS)
items	567	240	139	240	60	240	83	133	107	226
duur (min)	90	40	30	50	15	50	20	30	20	50
norm	+	+	-	-	+	+	-	-	+	-

*Deze persoonlijkheidstesten worden eveneens uitgegeven in een verkorte versie, echter een normering voor ouderen ontbreekt.

ZS = Zelfbeoordelingsschaal. MMPI-2 = Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. TCI = Temperament and Character Inventory. PSY-5 = Personality Psychopathology-Five. PDBQ = Personality Disorder Belief Questionnaire. NEO-FFI = Neuroticisme/Extraversie/Openheid-Five Factor Inventory. NEO-PI-R = Neuroticisme/Extraversie/Openheid-Personality Inventory-Revised. NVM = Nederlandse Verkorte MMPI. NPV = Nederlandse Persoonlijkheden Vragenlijst. ABV = Amsterdamse Biografische Vragenlijst. EPPS = Edwards Personal Preference Schedule.

Norm = normering voor ouderen [+ is aanwezig, - is afwezig]

aangewezen, omdat ouderen al een lang leven achter de rug hebben, waarbij vaak biografische, heteroanamnestische en/of dossiersgegevens beschikbaar zijn die aanwijzingen kunnen geven omtrent het chronische psychosociaal (dis)functioneren. De vijf studies met de LEAD-procedure bleken echter te variëren in structuur van het klinisch interview, vereiste onafhankelijke initiële diagnoses, samenstelling van het expertteam en duur van de observatieperiode. Bovendien werden niet altijd informanteninterviews afgenomen.²¹ Ook is de LEAD-standaard een tijdsintensieve procedure. Operationele richtlijnen ontbreken voor de wijze waarop tegenstrijdige informatie moet worden verwerkt. Verder is het gewicht dat moet worden toegekend aan de verschillende informatiebronnen onduidelijk. Het succes van deze methode valt of staat met de objectiviteit en onpartijdigheid van de voorzitter van de consensusbijeenkomst.³⁷

Conclusie: het verdient doorgaans de voorkeur om zowel de objectieve als explorerende methode toe te passen bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Verder wetenschappelijk onderzoek naar beide diagnostische benaderingen is echter noodzakelijk.

Enkele suggesties voor verbetering

Ondanks het mondiaal veelvuldig gebruik van de DSM, ook binnen de Nederlandse GGZ voor ouderen, is het As-II-concept veelal onvoldoende toepasbaar bij patiënten op oudere leeftijd. Bovendien blijkt het huidige testinstrumentarium om de aard en ernst van persoonlijkheidspathologie te verhelderen vooralsnog weinig geschikt voor ouderen.

Bij persoonlijkheidsonderzoek speelt naast de validiteit en betrouwbaarheid van diagnostische meetinstrumenten, de praktische bruikbaarheid van de test een belangrijke rol in de gezondheidszorg. De voorkeur gaat uit naar diagnostische tests die snel, eenvoudig, goedkoop en weinig belastend zijn. Een kort instrument dat screent op de aan- of afwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis kan in de praktijk worden toegepast als indicatie voor de doorgaans meer tijds- en arbeidsintensieve meetinstrumenten die zijn gebaseerd op de DSM en de zogenaamde algemene persoonlijkheidstesten (zie tabel 1 en 2). Hier wordt uitgegaan van de zogenaamde gefaseerde diagnostische procedure waarbij tijdens het eerste intakegesprek wordt gescreend op de eventuele aanwezigheid van persoonlijkheidspathologie.¹ Alleen bij een positieve uitslag vindt uitvoerig persoonlijkheidsonderzoek plaats. Voorwaarde is echter wel dat het externe criterium (het DSM-As-II concept) bruikbaar is voor ouderen en dat de diagnostische meetinstrumenten

voldoende zijn genormeerd om persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen in kaart te brengen.

Een tweetal suggesties voor het ‘gerontologiseren’ van de As-II-criteria is aan te dragen. De meest voor de hand liggende oplossing is longitudinaal onderzoek naar het beloop van de DSM As-II criteria met daarbij aandacht voor specifieke gerontologische gedragingen, zoals wellicht een toename van toxicomaan, passief agressief respectievelijk somatiserend gedrag bij ouderen met een cluster B persoonlijkheidsstoornis.³⁸ Longitudinaal onderzoek is echter tijdrovend en kostbaar. Een ‘second best’ alternatief is transversaal onderzoek waarbij met behulp van logistische regressieanalyses kan worden onderzocht welke As-II criteria in welke levensfase en context van belang zijn om in een subclassificatie voor ouderen te worden opgenomen. Zo zouden bij de borderline persoonlijkheidsstoornis de criteria voor verlatingangst, instabiele intermenselijke relaties, identiteitsproblematiek, (para)suïcidaal gedrag en chronische gevoelens van leegte ook voor oudere borderline patiënten grotendeels kunnen gelden. Daarentegen zijn de criteria voor impulsief gedrag, affectlabiliteit, woede uitbarstingen of ernstige dissociatieve verschijnselen bij ouderen wellicht minder pregnant aanwezig vergeleken met jongere volwassenen. Eerdergenoemde analyses zouden tevens kunnen uitwijzen welke wegingscoëfficiënt ieder borderlinecriterium bij ouderen krijgt. Met de tweede suggestie wordt de categoriale benadering van de DSM enigszins losgelaten om te komen tot een dimensionaal classificatiesysteem met profielscores. Dit doet recht aan de heterogeniteit van gedragsstoornissen die gedurende de levensloop voortkomen uit de persoonlijkheid.

Zoals eerder al vermeld blijkt psychometrisch onderzoek naar persoonlijkheidstesten voor ouderen nog een grotendeels onontgonnen terrein. Recent is een eerste psychometrische studie gepubliceerd in dit tijdschrift over de Gerontologische Persoonlijkheidsstoornissen Schaal (GPS).³⁹ De GPS is vooralsnog een 16 items tellend screeningsinstrument met een redelijke betrouwbaarheid alsmede een sensitiviteit en specificiteit van circa 70%. Vervolgonderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de GPS in zowel (poli)klinische GGZ-instellingen voor ouderen als in de Verpleeg- & Verzorgingssector (V & V) is echter een eerste vereiste voordat dit instrument in de praktijk gebruikt kan worden.

Ten behoeve van voortgezet persoonlijkheidsonderzoek bij ouderen ter bepaling van de aard en ernst van de persoonlijkheidsstoornis is normeringsonderzoek van het bestaande meetinstrumentarium aangewezen. Hierbij kan gedacht worden aan de Delphi-techniek om bij bestaande vragenlijsten specifieke profielen van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen op te stellen. De Delphi-

techniek is een methode die met behulp van opeenvolgende vragenronden probeert te komen tot consensus binnen een panel van deskundigen. Het gebruik van deze methode is aan te bevelen wanneer er onvoldoende informatie over het thema aanwezig is. Het is een relatief efficiënte methode met een redelijk kwaliteitsniveau.⁴⁰

In navolging van Hofstee kan aan deskundigen op het gebied van persoonlijkheidspathologie bij ouderen worden verzocht een bepaalde persoonlijkheidsstoornis in gedachte te nemen en deze op een bestaande vragenlijst, zoals de verkorte TCI (zie tabel 2) te beschrijven.⁴¹ Voorts worden de afwijkingsscores ten opzichte van het schaal midden per schaal en type persoonlijkheidsstoornis berekend. Deze scores kunnen vervolgens dienen als profielen voor de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Hiermee wordt een eerste aanzet gegeven om te komen tot verbetering van persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen. Nader onderzoek zal onder meer moeten uitwijzen in hoeverre de profielscores voldoende bruikbaar zijn in de praktijk.

Veruit de belangrijkste reden voor meer wetenschappelijk onderzoek naar de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is de klinische relevantie van dit thema. De afwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis kan de prognose van een behandeling in positieve zin beïnvloeden en het aantonen van een persoonlijkheidsstoornis helpt een therapeutische 'fausse route' te voorkomen.^{33,42,43}

Met dank aan prof.dr. J.J.L. Derksen en mw. dr. Y. Kuin voor hun commentaar op een eerdere versie.

Literatuur

- Verheul, R., Van den Brink, W., & Van der Velden, K. (2000). Persoonlijkheidsstoornissen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (Red.). *Handboek psychopathologie. Deel 1* (pp. 407-449). Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders* (4th ed. textual revision). Washington DC: American Psychiatric Association.
- World Health Organisation. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organisation.
- Jongedijk, R.A. (2001). Psychiatrische diagnostiek en het DSM-systeem. Een kritisch overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 309-319.
- Livesley, W.J. (2005). Behavioral and Molecular Genetic Contributions to a Dimensional Classification of Personality Disorder. *J Personal Disord*, 19, 131-155.
- Widiger, T.A., & Simonsen, E. (2005). Alternative Dimensional Models of Personality Disorder: Finding a Common Ground. *J Personal Disord*, 19, 110-130.
- Agronin, M.E., & Maletta, G. (2000). Personality disorders in late life. Understanding and overcoming the gap in research. *Am J Geriatr Psychiatry*, 8, 4-18.
- Stek, L. (2001). Persoonlijkheidsstoornissen. In T.J. Heeren, M.G. Kat & M.L. Stek (Red.). *Handboek ouderenpsychiatrie* (pp. 125-132). Leusden: De Tijdstroom.
- Derksen, J.J.L. (1993). *Handboek persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Martens, W.H. J. (1997). *Psychopathie en narijping. Een theoretische terreinverkenning aangevuld met een kwalitatief onderzoek naar het verschijnsel narijping*. Academisch proefschrift. Maastricht: Shaker Publishing.
- Black, D.W., Baumgard, C.H., & Bell, S.E. (1995). A 16- to 45-year follow-up of 71 men with antisocial personality disorder. *Compr Psychiatry*, 36, 130-140.
- Mc Glashen, T.H. (1986). The Chestnut Lodge Follow-Up Study III: Long-term outcome of borderline personalities. *Arch Gen Psychiatry*, 43, 20-30.
- Lampe, I.K., & Heeren, T.J. (1997). Veroudering en gedrag. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 676-678.
- Van Alphen, S.P.J., Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., & Derksen, J.J.L. (2006). The relevance of a geriatric sub-classification of personality disorders in the DSM-V. *Int J Geriatr Psychiatry*, 21 (3): 205-9.
- Van Alphen, S.P.J. Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., Derksen, J.J.L. & Van der Staak, C.P.F. (2001). Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: drie casestudies. *Tijdschr Gerontol Geriatr*, 32, 245-251.
- Teunisse, R.J. (1990). Het verloop op lange termijn van de borderline persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 32, 473-485.
- Caspi, A., & Bem, D.J. (1990). Personality continuity and change across the life course. In L.A. Pervin (Red.). *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 549-569). New York: Guilford.
- Kagan, J. (1969). The three faces of continuity in human development. In D.A. Goslin (Red.). *Handbook of socialization theory and research* (pp 53-65). Chicago: Rand McNally.
- Avina, C., O'Donohue, W.T., & Fisher, J.E. (2000). Sexual dysfunction in later life. In S. Krauss Whitbourne (Red.). *Psychopathology in later adulthood* (pp.173-187). New York: John Wiley & Sons Inc.
- Clarkin, J.F., Spielman, L.A., & Klausner, E. (1999). Conceptual overview of personality disorders in the elderly. In E. Rosowsky, R.C. Abrams & R.A. Zweig (Red.). *Personality disorders in older adults* (pp. 3-15). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Van Alphen, S.P.J., Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., & Derksen, J.J.L. (2004). Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 145-156.
- Edelstein, B.A., Martin, R.R., McKee, D.R. (2000). Assessment of older adult psychopathology. In S. Krauss Whitbourne (Red.). *Psychopathology in later adulthood* (pp 61-87). New York: John Wiley & Sons Inc.
- De Maio, T. (1980). Refusals: who, where and why. *Public Opinion Quarterly*, 44, 223-233.
- Herzog, A.R., & Rodgers, W.L. (1988). Age and response rates to interview sample surveys. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 43, 200-205.
- Colsher, P., & Wallace, R.B. (1989). Data quality and age: health and psychobehavioral correlates of item non response and inconsistent responses. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 44, 45-52.
- Okun, M. (1976). Adult age and cautionness in decision: a review of the literature. *Human Development*, 19, 220-233.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Snellen, W.M. (2003). Multidimensionale diagnostiek. In E.H.M Eurelings-Bontekoe & W. M. Snellen (Red.). *Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek* (pp. 15-63). Lisse: Swets & Zeitlinger publishers.

- Sprey, A. (2002). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen. Diagnostiek, cognitieve gedragstherapie en therapeutische relatie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Evers, A., Van Vliet-Mulder, J.C., & Ter Laak, J. (1992). Documentatie van tests en testresearch in Nederland. Assen, Maastricht, Amsterdam: Van Gorcum/NIP
- Van Alphen, S.P.J., Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., Van der Staak, C. P.F., & Derksen, J.J.L. (2003). Een Delphi-onderzoek naar persoonlijkheidsdiagnostiek in de (a)GGZ bij ouderen. *Tijdschrift Gerontol Geriatr*, 34, 208-214.
- Mroczek, D.K., Hurt, S.W., & Berman, W.H. (1999). Conceptual and methodological issues in the assessment of personality disorders in older adults. In E. Rosowsky, R.C Abrams & R. A. Zweig (Red.). *Personality disorders in older adults* (pp. 135-150). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Overduin, J. D. (1999). Multi-dimensionele persoonlijkheidsdiagnostiek en meetinstrumenten in de ouderenzorg. In G.J.J.A. Engelen (Red.). *Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen* (pp. 19-28). Amsterdam: Lundbeck.
- Segal, D.L., Coolidge, F.L., & Rosowsky, E. (2000). Personality disorders. In S. Krauss Whitbourne (Red.). *Psychopathology in later adulthood* (pp 89-115). New York: John Wiley & Sons Inc.
- American Psychological Association. (2004). Guidelines for psychological practice with older adults, 59, 236-260.
- Ter Laak, J.J.F. (1995). *Psychologische diagnostiek. Inhoudelijke en methodologische grondslagen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Spitzer, R.L. (1983). Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24, 399-411.
- Verheul, R., & Van den Brink, W. (1999). Persoonlijkheidsstoornissen. In A. de Jong, W. Van den Brink, J. Ormel, D. Wiersma. (Red.). *Handboek psychiatrische epidemiologie* (pp. 347-378). Maarsen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Van Alphen, S.P.J. (2005). De oudere patiënt met een persoonlijkheidsstoornis. *Bijblijven*, 21, 39-44.
- Van Alphen, S.P.J., Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., Hoijtink, H., & Derksen, J.J.L. (2004). Constructie van een schaal voor de signalering van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. *Tijdschr Gerontol Geriatr*, 35, 170-179.
- Powell, C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *J Adv Nurs*, 41 (4), 376-382.
- Hofstee, W.K.B. (1999). Big-five-profielen van persoonlijkheidsstoornissen. *De psycholoog*, 381-384.
- Andreoli, A., Bressot, G., Aapro, N., Tricot, L., & Gognalons, M. Y. (1989). Personality disorders as a predictor of outcome. *Journal of Personality Disorders*, 3, 307-320.
- Gradman, T., Thompson, L., & Gallagher-Thompson, D. (1999). Personality disorders and treatment outcome. In E. Rosowsky, R.C Abrams & R.A. Zweig (Red.). *Personality disorders in older adults* (pp. 69-94). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.