

DIAGNOSTIEK VAN PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN BIJ OUDEREN

Een bijdrage aan de ontwikkeling
van een screeningsinstrument



S.P.J. van Alphen

DIAGNOSTIEK VAN PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN BIJ OUDEREN

S.P.J. van Alphen

DIAGNOSTIEK VAN PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN

BIJ OUDEREN

Een bijdrage aan de ontwikkeling van een screeningsinstrument

S.P.J. van Alphen

Printed by University Press Facilities, Eindhoven

Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Een bijdrage aan de ontwikkeling van een screeningsinstrument.

S.P.J. van Alphen

Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen

© 2006 S.P.J. van Alphen, Nederland

ISBN: 9090201734

Omslag proefschrift: *Brains* (Kosta Boda, Zweden). Het begrip 'persoonlijkheid' is afgeleid van het Latijnse woord 'persona' hetgeen 'masker' betekent. Op de afbeelding symboliseert het zilvergrijze masker de oudere persoon in al zijn specifieke gedragingen.

DIAGNOSTIEK VAN PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN

BIJ OUDEREN

Een bijdrage aan de ontwikkeling van een screeningsinstrument

een wetenschappelijke proeve op het gebied van de
Sociale Wetenschappen

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Radboud Universiteit Nijmegen
op gezag van de Rector Magnificus prof. dr. C.W.P.M. Blom,
volgens besluit van het College van Decanen
in het openbaar te verdedigen op vrijdag 31 maart 2006
des namiddags om 1.30 uur precies

door

Sebastiaan Paul Joseph van Alphen

geboren op 12 september 1970
te Nijmegen

Promotor: Prof. dr. J.J.L. Derksen
Copromotor: Mw. Dr. Y. Kuin

Manuscriptcommissie: Prof. dr. E.E.J. De Bruyn (voorzitter)
Prof. dr. W.J.H.M. Van den Bosch
Mw. Prof. dr. N.L. Stevens

*Aging is a matter of the mind.
So, if you don't mind it doesn't matter.*
(Mark Twain)

Voor Annick

INHOUDSOPGAVE

1.	Inleiding	11
1.1	Introductie	13
1.2	Persoonlijkeidsdiagnostiek bij ouderen	15
1.3	Uitgangspunten van dit onderzoek	21
1.4	Literatuur	23
DEEL I Theoretische analyse		27
2.	Knelpunten en dilemma's bij persoonlijkheidsdiagnostiek	29
2.1	Inleiding	31
2.2	Visies op persoonlijkheid(spathologie)	31
2.3	Ontwikkelingen en knelpunten van de DSM	38
2.4	Diagnostisch dilemma: descriptief versus structureel	45
2.5	Conclusies	47
2.6	Literatuur	48
3.	Persoonlijkeidsstoornissen bij ouderen: een literatuuroverzicht	53
3.1	Inleiding	55
3.2	Methode	55
3.3	Resultaten	55
3.4	Conclusies	63
3.5	Literatuur	64

DEEL II Een benadering vanuit de praktijk	69
4. Drie casestudies	71
4.1 Inleiding	73
4.2 Verlies van gezondheid	74
4.3 Verlies van relaties	77
4.4 Verlies van autonomie	79
4.5 Discussie	82
4.6 Conclusies	83
4.7 Literatuur	83
5. Een Delphi-onderzoek naar persoonlijkheidsdiagnostiek in de (a)GGZ bij ouderen	87
5.1 Inleiding	89
5.2 Uitgangspunten	90
5.3 Methode	92
5.4 Resultaten	94
5.5 Discussie	97
5.6 Literatuur	99
DEEL III Empirisch onderzoek	103
6. De constructie, betrouwbaarheid en validiteit van de GPS	105
6.1 Inleiding	107
6.2 Methode	109
6.3 Resultaten	117
6.4 Discussie	122
6.5 Literatuur	126

7.	De overeenkomst tussen het patiënt-informantoordeel en informanten onderling	131
7.1	Inleiding	133
7.2	Methode	134
7.3	Resultaten	135
7.4	Discussie	137
7.5	Literatuur	138
8.	Samenvatting en conclusies	141
8.1	Conclusies	143
8.2	Methodologische knelpunten	145
8.3	Richtlijnen voor toekomstig onderzoek	148
8.4	Literatuur	149
	Summary	153
	Dankwoord	161
	Curriculum Vitae	163
	Publicaties	165
	Bijlagen	169

HOOFDSTUK 1

INLEIDING

1.1 Introductie

In de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) vormt psychodiagnostisch onderzoek een essentieel onderdeel bij de totstandkoming van de indicatiestelling voor behandeling. Als er aanleiding is voor een behandeling wordt tevens op basis van de diagnose een inschatting gemaakt welke behandelingsvorm het meest aangewezen is. Kennis over de persoonlijkheid van de patiënt maakt het mogelijk om therapeutische interventies beter af te stemmen op zijn of haar specifieke kenmerken. De aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis geeft een specifieke en doorgaans gecompliceerde manifestatie van symptomen en syndromen, die vervolgens van invloed kan zijn op de behandelplanning en gedragsadvisering (Verheul, Van den Brink, & Van der Velden, 2000). Zo kunnen comorbide persoonlijkheidsstoornissen een atypische presentatie van psychische klachten veroorzaken, zoals blijkt bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis waarbij depressies vaker gepaard gaan met gevoelens van leegte, eenzaamheid, wanhoop en boosheid (Ingenhoven, 1990). Voorts worden de psychische klachten vaak als ernstiger beleefd, neemt het volledig herstel meer tijd in beslag en is de kans op een recidief groter vergeleken met patiënten zonder een persoonlijkheidsstoornis (Verheul et al., 2000).

Binnen de GGZ-hulpverlening is het ook voor ouderen van belang om bij het opstellen van het behandelplan de aanwezigheid van één of meer specifieke persoonlijkheidsstoornissen goed af te stemmen op het behandeldoel zodat vroegtijdige drop-out wordt voorkomen (Sadavoy, 1999). Tevens is de aanwezigheid van persoonlijkheidspathologie cruciaal voor psycho-educatieve activiteiten: de aard en ernst van de persoonlijkheidsstoornis is van belang voor specifieke gedragsadvisering aan huisartsen en andere medici, de Verpleeg & Verzorgingssector (V & V) en de eerste lijn, zoals het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en de thuiszorg. Dit geldt eveneens voor het geven van specifieke omgangsadviezen aan de mantelzorg (Van Alphen, 2002).

De diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bestrijkt een breed gebied van met elkaar samenhangende onderzoeksaspecten waaronder de waarneming, emoties, cognities en interpersoonlijke relaties. Op grond van specifieke profielscores kan met behulp van sommige persoonlijkheidstesten de aanwezigheid van persoonlijkheidspathologie worden verhelderd. De complexiteit van het psychodiagnostisch proces en de hieraan gekoppelde besluitvorming is een veel besproken onderwerp in zowel de academische wereld van de psychologie en de psychiatrie als onder klinici werkzaam in de GGZ of eerste lijn (De Bruyn, Ruijsenaars, Pameijer, & Van Aarle, 2003; Fernández-Ballesteros et al., 2001; Ter Laak, 1995; Verhaeghe, 2002). Zo kan de diagnosticus fouten maken tijdens het selecteren en combineren van diagnostische informatie als gevolg van onder meer het halo-effect, selectieve perceptie of het te pas en te onpas gebruiken van vuistregels (Ter Laak, 1995). Verheul, Van den Brink, Spinhoven en Haringsma (2000) bespreken een stroomdiagram voor het vaststellen van een persoonlijkheidsstoornis waarin wordt voorzien van expliciete (gedrags)indicatoren en criteriumspecifieke scoringsinstructies met behulp van een semi-gestructureerd interview. Vooralsnog blijkt dit een complexe en veeleisende taak, die pas na intensieve

training uitgevoerd kan worden en waarbij nog steeds arbitraire keuzen gemaakt moeten worden tussen scoringsalternatieven.

Wetenschappelijk onderzoek naar diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen is sterk in ontwikkeling (Livesley, 2003; Strack, 2005) en in dit verband wordt door Millon (2005) gesproken van een 'renaissance' van studies op het gebied van de persoonlijkheidsleer. Ondanks de toenemende wetenschappelijke belangstelling roept de literatuur nog steeds meer vragen op dan antwoorden. De stelling van Derksen (1993) dat persoonlijkheidsstoornissen klinisch een feit zijn, empirisch een fictie en theoretisch een chaos lijkt dan ook nog steeds van kracht te zijn. Enkele onbeantwoorde vragen zijn: Wat is het optimale criterium voor het vaststellen van persoonlijkheidspathologie? Welke theoretische persoonlijkheidsmodellen en -tests zijn hiervoor (bij benadering) het meest geschikt?

Eén van de knelpunten is de weinig eenduidige definiëring van de concepten 'persoonlijkheid' en 'persoonlijkheidsstoornis'. De wijze waarop beide concepten worden gedefinieerd hangt nauw samen met de verschillende theoretische benaderingen. In de jaren zeventig van de vorige eeuw poogde de American Psychiatric Association (APA) dit probleem aan te pakken door van de toentertijd vigerende theorieën over persoonlijkheid(spathologie) af te stappen om over te gaan naar een a-theoretische, fenomenologische benadering waarin geobjectiveerde gedragingen en bewuste belevingen van de patiënt centraal staan. Deze empirische aanpak resulteerde in een multi-axiaal diagnostisch classificatiesysteem met een specifieke as voor persoonlijkheidsstoornissen (As-II). De zogenaamde As-II-stoornissen werden in 1980 geïntroduceerd in de derde editie van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) (APA, 1980) en herzien in de DSM-III-R (APA, 1987), DSM-IV (APA, 1994) en DSM-IV-TR (APA, 2000). Hoewel de betrouwbaarheid en validiteit van de DSM-persoonlijkheidsstoornissen een belangrijk onderwerp van discussie vormen, zijn de meeste epidemiologische studies gebaseerd op het DSM-As-II concept (Verheul & Van den Brink, 1999).

Naast de descriptieve, categoriale classificatievorm kan persoonlijkheidsonderzoek bestaan uit een meerdimensionale, ideosyncratische diagnostische verdieping. In dit kader vormt de descriptieve diagnostiek doorgaans een onderdeel van de meer uitgebreide structurele psychologische diagnostiek (Derksen, 2004). Bij de structurele diagnostiek wordt verondersteld dat de klachten gesuperponeerd zijn op genetisch-dynamische en structurele aspecten van de persoonlijkheid. In dit model wordt geredeneerd vanuit de zogenaamde multidimensionale diagnostiek waarbij een integratie plaatsvindt van verschillende perspectieven uit meerdere theoretische kaders. Hierbij verdient het de voorkeur om de descriptieve diagnostiek van de DSM te gebruiken als indicatie voor de meer tijds- en arbeidsintensieve structurele diagnostiek. Als er sprake is van langdurige, diffuse of a-typische symptomatologie al of niet gecompliceerd door één of meer DSM-persoonlijkheidsstoornissen lijkt voortgezet structureel diagnostisch onderzoek aangewezen. Deze multidimensionale vorm van diagnostiek vereist niet alleen grondige kennis over diverse persoonlijkheidstheorieën

maar ook ervaring in de afname en interpretatie van de hieruit voortgekomen psychologische meetinstrumenten.

1.2 Persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen

Het concept 'persoonlijkheidsstoornis'

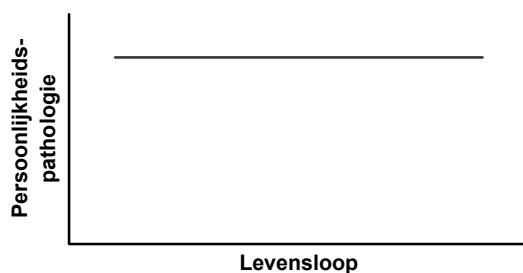
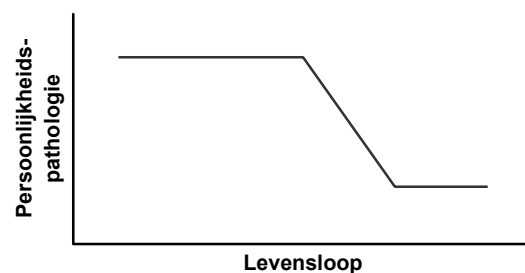
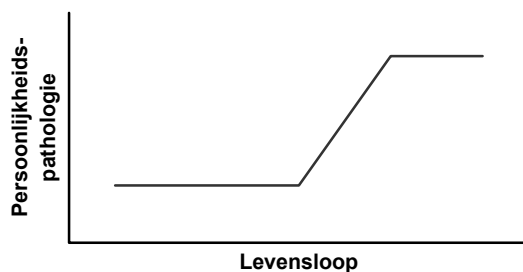
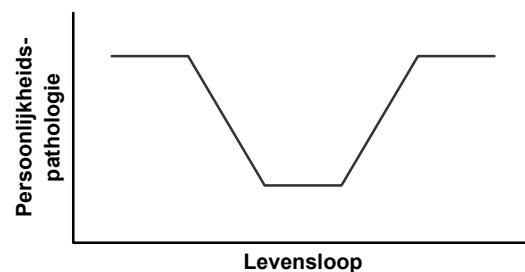
Hoewel het wetenschappelijk onderzoek naar de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen zich sterk ontwikkelt, is het aantal publicaties over dit thema in relatie tot ouderen zeer gering. De vele publicaties over persoonlijkheidspathologie hebben vooral betrekking op jongere volwassenen tot ongeveer zestig jaar en zijn nauwelijks van toepassing op ouderen. In de afgelopen vijf jaargangen (2000-2004) van het *Journal of Personality Disorders* komt slechts één artikel over ouderen aan bod.

Een belangrijk knelpunt bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is dat de As-II criteria van DSM uitgaan van een statisch beloop van afwijkende gedragingen beginnend vanaf de vroege volwassenheid. Deze personaal bepaalde gedragsstoornissen blijven consistent aanwezig tot op oudere leeftijd. Diametraal hier tegenover staat het uitgangspunt van een dynamisch beloop waarin een levenslang veranderingsproces op biologisch, psychologisch en sociaal niveau plaatsvindt en waaruit tevens blijkt dat het ouder wordende individu steeds veelvormiger en complexer wordt (Schroets, 2002). Op oudere leeftijd is bijvoorbeeld sprake van een hoge prevalentie van syndromen met cognitieve stoornissen, meer lichamelijke comorbiditeit evenals functionele veranderingen. Ook specifieke levensfaseproblemen zoals pensionering, veranderingen van eigen gezondheid of verlies van autonomie spelen een belangrijke rol (Heeren, 2001). Deze leeftijdsspecifieke veranderingen kunnen ook hun invloed hebben op de manifestatie van persoonlijkheidspathologie op latere leeftijd. De zogenaamde heterotypische continuïteit (Caspi & Bem, 1990; Kagan, 1969) vormt hier een aannemelijk uitgangspunt. Deze hypothese gaat ervan uit dat het onderliggende persoonlijkheidsconstruct weliswaar gedurende de levensloop constant blijft maar dat de daaruit voortvloeiende gedragsuitingen variabel zijn ten aanzien van de levensfase en situationele context.

Vooralsnog is echter naar het beloop van persoonlijkheidspathologie tot in de ouderdom weinig empirisch onderzoek verricht. In deze paragraaf wordt volstaan met een viertal theoretische modellen die hoofdzakelijk zijn gebaseerd op klinische ervaring, casestudies en een enkele beloopstudie tot middelbare leeftijd (Agronin & Maletta, 2000; Stek, 2001). In de grafieken 1.1-1.4 is op de y-as de mate van persoonlijkheidspathologie weergegeven en op de x-as staat de levensloop vermeld. 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 (Derksen, 1993).

In grafiek 1.1 wordt het DSM-concept voor een persoonlijkheidsstoornis weergegeven. Volgens de DSM wordt van een persoonlijkheidsstoornis gesproken als persoonlijkheids-

kenmerken 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 volwassenheid. De persoonlijkheidsstoornis en het hieraan gekoppelde gedrag zijn onveranderd aanwezig gedurende de gehele levensloop.

Grafiek 1.1 *DSM*-persoonlijkheidsstoornisGrafiek 1.2 *Past* persoonlijkheidsstoornisGrafiek 1.3 *Late onset* persoonlijkheidsstoornisGrafiek 1.4 *Re-emergent* persoonlijkheidsstoornis

In grafiek 1.2 is de *past* persoonlijkheidsstoornis weergegeven. 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. Het narijtingsproces wordt ondersteund door lange termijn follow-uponderzoeken bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Deze studies wijzen op een

afname van antisociale kenmerken bij ouderen (Black, Baumgard, & Bell, 1995). 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 (Mc Glashen, 1986; Paris, Brown, & Nowlis, 1987). 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 (Stek, 2001). 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 en uitstel tot behoeftebevrediging toeneemt. 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 (Van Alphen, Engelen, Kuin, & Derksen, geaccepteerd).

In grafiek 1.3 is het beloop van de *late onset* persoonlijkheidsstoornis weergegeven. 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. 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 personaal bepaalde gedragsstoornissen ontstaan. 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 fronto-temporale dementie of endocriene ziekten waaronder een hyperthyreoïdie eveneens een persoonlijkheidsverandering op latere leeftijd luxeren.

In grafiek 1.4 wordt het beloop van de *re-emergent* persoonlijkheidsstoornis geïllustreerd. Dit model geldt in het bijzonder voor de borderline persoonlijkheidsstoornis (Teunisse, 1990). 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, die bestaan op oudere leeftijd vooral uit depressieve problematiek en alcoholabuses.

Resumerend, lijkt de manifestatie van persoonlijkheidspathologie gedurende 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 de opvatting over de heterotypische continuïteit. In hoeverre op structureel niveau veranderingen gedurende de levensloop plaatsvinden, in het bijzonder op latere leeftijd, is vooralsnog niet duidelijk (Van Alphen, submitted).

Testdiagnostische aspecten bij ouderen

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 (Edelstein, Martin, & McKee, 2000). 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 (De Maio, 1980; Herzog & Rodgers, 1988) en vaker weigeren te antwoorden op bepaalde vragen. Verder geven ouderen sneller aan dat zij het antwoord op de gestelde vraag niet weten (Colsher & Wallace, 1989) en blijken zij voorzichtiger te zijn in het beantwoorden van vragen (Okun, 1976).

Tabel 1.1 DSM-As-II zelfbeoordelingsschalen en semi-gestructureerde interviews

	VKP	PDQ-4	ADP-IV	MCMI-IV	SIDP-IV	SCID-II	IPDE
Items	197	100	94	175	160	143	152
Duur (min)	35	30	30	30	120	120	180
Norm	-	-	-	-	-	-	-

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 1.1 wordt een overzicht gegeven van de in het Nederlands vertaalde As-II meetinstrumenten bestaande uit zelfbeoordelingschalen en semi-gestructureerde interviews. In tabel 1.2 zijn de in de Nederlandse GGZ en eerste lijn veel gebruikte algemene persoonlijkheidstests weergegeven (Derksen, 1993; Eurlings-Bontekoe & Snellen, 2003; Sprey 2002). 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 omdat de betrouwbaarheid en validiteit van deze tests doorgaans dubieus zijn (Evers, Van Vliet-Mulder, & Ter Laak, 1992). In tabel 1.1 en 1.2 is het aantal items per test vermeld (item) en de afnameduur in minuten van ieder instrument gebaseerd op jongere volwassenen (duur). Tevens wordt hier een overzicht gegeven 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 tabellen 1.1. en 1.2 slechts volstaan met afkortingen van de verschillende meetinstrumenten.

Tabel 1.2 Algemene persoonlijkheidstests

	MMPI-2	TCI*	PSY-5	PDBQ*	NEO-FFI	NEO-PI-R	NVM	NPV	ABV	EPPS
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 persoonlijkheidstests worden eveneens uitgegeven in een verkorte versie, echter een normering voor ouderen ontbreekt.

Uit de tabel 1.1 en 1.2 blijkt dat het huidig meetinstrumentarium voor de diagnostiek van persoonlijkheid(spathologie) nauwelijks genormeerd is voor ouderen. 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 ouderen (Mroczek, Hurt, & Berman, 1999) en dat de afname van zelfbeoordelingsschalen nogal eens wordt gecompliceerd door sensorische en psychomotorische problemen (Clarkin, Spielman, & Klausner, 1999; Overduin, 1999; Segal, Coolidge, & Rosowsky, 2000). In de recent uitgegeven *Guidelines for psychological practise with older adults* (APA, 2004) wordt het gebruik van gestandaardiseerde testdiagnostische methoden bij ouderen echter aanbevolen. 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 deze paragraaf 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 (Ter Laak, 1995). Het verdient veelal de voorkeur om beide benaderingen toe te passen in het diagnostisch proces.

Ontwikkelingen in de (ambulante) GGZ voor ouderen

Vanaf de jaren negentig van de vorige eeuw vormen ouderen een belangrijk aandachtsgebied binnen de Nederlandse GGZ. Sinds 1996 zijn in alle psychiatrische ziekenhuizen aparte opname afdelingen voor ouderen aanwezig en binnen iedere Regionale Instelling Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) is sprake van een afzonderlijke afdeling ouderen (Heeren, Kat, & Stek, 2001). Deze belangstelling voor ouderen heeft deels te maken met demografische ontwikkelingen. Op dit moment is één op de zeven Nederlanders 65 jaar of ouder. In 2038 zal dat bijna één op de vier personen zijn (NIDI, 2004). De aanzienlijke stijging van de gemiddelde leeftijd heeft geleid tot een toename van het aantal aanmeldingen van ouderen in de Nederlandse GGZ en de V & V. Ouderen zijn momenteel binnen vrijwel alle zorgvoorzieningen en zorgsectoren de belangrijkste zorgvragers (RIVM, 2002).

Door deze gestegen vraag komt er steeds meer aandacht voor een snelle methodische en efficiënte werkwijze in het hulpverleningsproces. Indicatiestelling vormt een essentieel onderdeel binnen de hulpverlening waarbij, zoals eerder besproken, de diagnostische fase onmisbaar is. Dit geldt ook voor de ambulante GGZ-instellingen, zoals de RIAGG's, waar een breed scala aan producten wordt aangeboden variërend van een laag frequent aantal ondersteunende, psycho-educatieve gesprekken tot farmacotherapie en wekelijkse psychotherapiesessies. De keuzen tussen de producten worden onder meer bepaald door het psychisch toestandsbeeld, de persoonlijkheid, de somatische conditie en omgevingsfactoren. Ook de draagkracht van zowel de patiënt als van de eventuele mantelzorger is in deze van belang.

In de klinische praktijk bestaan verschillende screeningsinstrumenten en zogenaamde

ernstschalen om het psychisch toestandbeeld in beeld te brengen. Voorbeelden hiervan zijn de Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly- Revised Nederlandse versie (CAMDEX-RN; Derix et al., 2003) in het kader van cognitieve stoornissen en de Geriatrische Depressie Schaal (GDS; Brink, Yesavage, Heersema, Adey & Rose, 1982). Daarnaast zijn er specifieke intakevragenlijsten voor de ambulante GGZ ontwikkeld, te weten het Intake-instrument voor de RIAGG-ouderenzorg (Smits, 1991) en de Checklist RIAGG Intake Ouderen (CRIO; Decates et al., 1995). Deze instrumenten beogen het huidige psychisch functioneren, de somatische problemen, het sociale systeem en de levensloop van de patiënt zo volledig mogelijk in kaart te brengen. In deze checklijsten wordt echter naar verhouding weinig aandacht besteed aan de persoonlijkheid van betrokkene, evenmin aan persoonlijkheidspathologie. Germans, Van Heck en Hodiamont (2005) stellen echter dat het inschatten van de persoonlijkheidstoestand tot de routine van het intakegesprek moet horen omdat persoonlijkheidsstoornissen interfereren met de behandeling van andere stoornissen.

1.3 Uitgangspunten van dit onderzoek

Doelstelling

Vanuit de ambulante GGZ voor ouderen in Heerlen (Mondriaan Zorggroep) ontstond het initiatief om tijdens de intakefase de aanwezigheid van persoonlijkheidspathologie systematisch te signaleren en op een gestructureerde wijze in kaart te brengen. Aangezien er tot op heden geen specifiek meetinstrument beschikbaar is voor de vroege opsporing van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen resulteerde dit in de hoofddoelstelling van dit onderzoek: *het ontwikkelen van een screeningsinstrument voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen*.

Met dit instrument wordt beoogd een eerste differentiatie aan te brengen tussen de aan- of afwezigheid van persoonlijkheidspathologie. Het instrument is bedoeld als hulpmiddel tijdens de aGGZ-intake en dient gebruikt te worden als indicatie voor uitvoerig persoonlijkheidsonderzoek.

Als extern criterium worden de *algemene* DSM-criteria voor een persoonlijkheidsstoornis gehanteerd (APA, 2000). De belangrijkste argumenten hiervoor zijn het veelvuldig gebruik van dit classificatiesysteem in de GGZ en het ontbreken van een kwalitatief beter diagnostisch model.

Methoden

Er zijn velerlei manieren om een test te construeren (Mellenbergh, 1998). Uitgaande van de klassieke *rationele methode* bestaat de procedure van de testconstructie uit het vaststellen van de werkdefinities en inventarisatie van symptomen. Vervolgens het specificeren van typische gedragingen, het genereren van diagnostische vragen, het beoordelen van deze items door experts en tot slot het construeren van schalen alsmede het evalueren van de metingen door diagnostische vergelijkingen. In deze opvatting

vormt het oordeel van de onderzoeker(s) of van experts het ijkpunt voor de geschiktheid van een item.

Voorts zal de test aan een aantal psychometrische voorwaarden moeten voldoen. Een diagnostische test dient bij onafhankelijk gebruik door verschillende diagnostici bij dezelfde persoon tot dezelfde resultaten te leiden. De *objectiviteit* van een test is onder meer afhankelijk van de mate van standaardisatie wat betreft de wijze van afname en het scoren van de antwoorden. Met *betrouwbaarheid* wordt de nauwkeurigheid, in de zin van reproduceerbaarheid van de test weergegeven en dit begrip kan worden gespecificeerd in interne consistentie, test-hertest en interbeoordelaars betrouwbaarheid. Voldoende betrouwbaarheid is noodzakelijk, maar op zichzelf onvoldoende voorwaarde voor de validiteit van een diagnostische test. De *validiteit* staat voor het begrip dat de test bedoelt te meten. Dit kan worden onderzocht door de begrips-, criterium-, construct- en externe validiteit. Met behulp van *normen* wordt het individu vergeleken met een bepaalde normpopulatie. Demografische aspecten zoals onderzoekspopulatie, leeftijd en geslacht zijn van groot belang bij normatief onderzoek. Normen vormen het referentiekader voor de evaluatie van testgegevens (De Bruyn et al., 2003; Fishman & Galguera, 2003).

Aan de vier genoemde primaire eisen voor een test kan een vijfde worden toegevoegd, namelijk de *praktische haalbaarheid* van een test. In de klinische praktijk gaat de voorkeur uit naar diagnostische meetinstrumenten die snel, eenvoudig, goedkoop en voor de patiënt weinig belastend zijn (Verheul, Van den Brink, Spinhoven, & Haringsma, 2000). In het bijzonder voor ouderen is de belasting door testdiagnostisch onderzoek een belangrijk aandachtspunt. De lengte van tests en inhoud van de items kan een te groot beroep doen op de fysieke of cognitieve draagkracht van ouderen (Mroczek, Hurt, & Berman, 1999). Zoals eerder in paragraaf 1.2 is aangegeven wordt de testafname nogal eens gecompliceerd door een toename van lichamelijke handicaps met het ouder worden, zoals visuele, auditieve of psychomotorische aandoeningen (APA, 2004). In het verlengde van deze bevinding kan de eis worden geformuleerd dat bij de constructie van een test rekening gehouden dient te worden met de leeftijdsspecifieke kenmerken van ouderen.

Alvorens te komen tot de ontwikkeling van het uiteindelijke instrument zijn vier voorstudies verricht. Aan de hand van een literatuurstudie worden de conceptuele en praktische knelpunten bij persoonlijkheidsdiagnostiek geïnventariseerd. Vervolgens zijn met behulp van een tweede literatuuronderzoek de belangrijkste klinische aspecten van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen in kaart gebracht. Tevens zijn op basis van casestudies en een Delphi-methode specifieke diagnostische kenmerken van ouderen met een persoonlijkheidsstoornis geïnventariseerd. Deze deelonderzoeken, grotendeels gebaseerd op de eerder genoemde rationele constructiemethode, vormen de belangrijkste bouwstenen bij de ontwikkeling van het concept-instrument.

Voorts wordt met behulp van psychometrisch onderzoek de hoofddoelstelling onder de loep genomen en zal tevens een empirische studie plaatsvinden naar de betrouwbaarheid van patiënt- en informantinformatie bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.

Opbouw

De opbouw van dit proefschrift bestaat uit drie delen: een theoretische analyse, een benadering vanuit de praktijk en een empirisch onderzoek.

In deel I vindt een beschouwing plaats van de concepten 'persoonlijkheid' en 'persoonlijkheidsstoornis' alsmede een bespreking van psychodiagnostische benaderingswijzen en knelpunten (hoofdstuk 2). Hierna volgt een literatuuronderzoek naar de prevalentie, diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen (hoofdstuk 3).

In deel II wordt persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen vanuit de praktijk belicht. Allereerst worden drie casestudies, die prototypisch zijn voor patiënten van een ambulante GGZ-instelling, gepresenteerd waarbij de relatie wordt bestudeerd tussen psychische klachten, persoonlijkheid en copingstijl bij verlieservaringen (hoofdstuk 4). Voorts is in een Delphi-onderzoek een aantal stellingen voorgelegd aan praktijkdeskundigen omtrent het belang en de inhoudelijke vormgeving van persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen (hoofdstuk 5).

In deel III wordt verslag gedaan van een empirische studie ten behoeve van een screeningsinstrument voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Mede op basis van deel I en II is een concept-screeningsinstrument tot stand gekomen. De interne, test-hertest en interbeoordelaars betrouwbaarheid alsmede de criteriumvaliditeit zijn onderzocht door het concept-instrument bij 159 patiënten van zestig jaar en ouder van een ambulante GGZ-instelling af te nemen en bij 96 informanten (hoofdstuk 6). Op basis hiervan zijn eveneens analyses verricht naar de mate van overeenstemming tussen patiënten en informanten. Ook is de mate van overeenkomst tussen twee informanten (N=46) bestudeerd (hoofdstuk 7).

In het laatste hoofdstuk van dit proefschrift worden de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek samengevat, gevolgd door een bespreking van de voornaamste methodologische knelpunten en enkele richtlijnen voor toekomstig onderzoek (hoofdstuk 8).

1.4 Literatuur

Agronin, M.E., & Maletta, G. (2000). Personality disorders in late life. Understanding and overcoming the gap in research. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 4-18.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (3th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (3th ed. revised)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (4th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (4th ed. textual revision)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

- American Psychological Association. (2004). *Guidelines for psychological practise with older adults*, 59, 236-260.
- Black, D.W., Baumgard, C.H., & Bell, S.E. (1995). A 16- to 45-year follow-up of 71 men with antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 130-140.
- Brink, T.L., Yesavage, Heersema, P.H., Adey, M.B. & Rose, T.L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1, 37-43.
- 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.
- 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.
- 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.
- De Bruyn, E.E.J., Ruijsenaars, A.J.J.M., Pameijer, N.K., & Van Aarle, E.J.M. (2003). *De diagnostische cyclus. Een praktijkleer*. Leuven/Leusden: Acco.
- Decates, M.S., Engelen, D.S.A., Engelen, G.J.J.A., Engels, J.H.B., Fincken, H.S.M., Mastenbroek, J.M.A. & Peeters, M.S.H. (1995). *CRIO-95. Een kwaliteitsinstrument voor de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen*. Maastricht: RINO Zuid-Nederland.
- De Maio, T. (1980). Refusals: who, where and why. *Public Opinion Quarterly*, 44, 223-233.
- Derix, M.M.A., Korten, E., Teunisse, S., Jelacic, M., Lindeboom, J., Walstra, G.J., & Van Gool, W.A. (2003). *CAMDEX-RN: de Nederlandse versie van de Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly Revised Nederlandse versie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Derksen, J.J.L. (1993). *Handboek persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Derksen, J.J.L. (2004). *Psychologische diagnostiek. Enkele structurele en descriptieve aspecten*. Nijmegen: Pen Tests Publisher.
- 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.
- 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.
- Evers, A., Van Vliet-Mulder, J.C., & Ter Laak, J. (1992). Documentatie van tests en testresearch in Nederland. Assen, Maastricht, Amsterdam: Van Gorcum/NIP
- Fernández-Ballesteros, R., De Bruyn, E.E.J., Godoy, A., Hornke, L.F., Ter Laak, J., Vizcarro, C., Westhoff, K., Westmeyer, H., & Zaccagnini, J.L. (2001). Guidelines for the Assessment Process (GAP): A proposal for discussion. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 187-200.

- Fishman, J.A., & Galguera, T. (2003). *Introduction to test construction in social and behavioral sciences. A practical guide*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers.
- Germans, S., Van Heck, G.L., & Hodiament, P.P.G. (2005). Een korte screeningstest voor persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 330.
- Heeren, T.J., Kat, M.G., & Stek, M.L. (2001). Inleiding. In T.J. Heeren, M.G. Kat & M.L. Stek (Red.). *Handboek Ouderenpsychiatrie* (pp.11-13). Leusden: De Tijdstroom.
- Herzog, A.R., & Rodgers, W.L. (1988). Age and response rates to interview sample surveys. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 43, 200-205.
- Ingenhoven, T.J.M. (1990). *De lotgevallen van het borderline-syndroom als DSM-III diagnose 1980-1990: 10 jaar empirisch onderzoek naar de validiteit van een persoonlijkheidsstoornis*. Rotterdam: Universiteitsdrukkerij.
- 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.
- 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.
- Mellenbergh, G.J. (1998). Inleiding. In W.P. Van den Brink, & G.J. Mellenbergh (Red.). *Testleer en testconstructie* (pp. 15-48). Amsterdam: Boom.
- Livesley, J. (2003). Introduction to the special feature on personality, personality disorder, and psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 17, 87-89.
- Mc Glashen, T.H. (1986). The Chestnut Lodge Follow-Up Study III: Long-term outcome of borderline personalities. *Archives of General Psychiatry*, 43, 20-30.
- Millon, T. (2005). Reflections on the future of personology and psychopathology. In S. Strack (Red.). *Handbook of personology and psychopathology* (pp. 527-546). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Mroczeck, 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.
- Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI). (2004). *Demos: bulletin over bevolking en samenleving*, 20, 20-24.
- Okun, M. (1976). Adult age and cautionness in decision: a review of the literature. *Human Development*, 19, 220-233.
- 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.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2002). *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Sadavoy, J. (1999). The effect of personality disorder on axis I disorders in the elderly. In M. Duffy (Red.). *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults*. (pp. 397-413). New York: Wiley.
- Schroots, J.J.F. (2002). Prolegomena van een ontogenetische psychologie. In J.J.F. Schroots (Red.). *Handboek psychologie van de volwassen ontwikkeling & veroudering* (pp. 1-38). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- 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.
- Smits, C.H.M. (1991). *Ontwikkeling van een intake-instrument voor de RIAGG-ouderenzorg*. Academisch proefschrift. Nijmegen: Bèta boeken.
- Sprey, A. (2002). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen. Diagnostiek, cognitieve gedragstherapie en therapeutische relatie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Stek, L. (2001). Persoonlijkheidsstoornissen. In T.J. Heeren, M.G. Kat & M.L. Stek (Red.). *Handboek ouderenspsychiatrie* (pp. 125-132). Leusden: De Tijdstroom.
- Strack, S. (2005). Measuring normal personality. The Millon way. In S. Strack (Red.). *Handbook of personology and psychopathology* (pp. 372-389). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Ter Laak, J.J.F. (1995). *Psychologische diagnostiek. Inhoudelijke en methodologische grondslagen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Teunisse, R.J. (1990). Het verloop op lange termijn van de borderline persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 32, 473-485.
- Van Alphen, S.P.J. (2002). Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: diagnostiek en behandeling. *Patient Care*, 48-51.
- Van Alphen, S.P.J. Diagnostische aspecten omtrent persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Submitted in *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*.
- Van Alphen, S.P.J., Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., Derksen, J.J.L. The relevance of a geriatric sub-classification of personality disorders in de DSM-V. Geaccepteerd als Editorial in *International Journal of Geriatric Psychiatry*.
- 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.
- Verhaeghe, P. (2002). *Over normaliteit en andere afwijkingen*. *Handboek klinische psychodiagnostiek*. Leuven/Leusden: Acco.
- 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.
- Verheul, R., Van den Brink, W., Spinhoven, Ph., & Haringsma, R. (2000). Richtlijnen voor klinische diagnostiek van DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 409-422.

DEEL I

THEORETISCHE ANALYSE

HOOFDSTUK 2

KNELPUNTEN EN DILEMMA'S BIJ PERSOONLIJKHEIDSDIAGNOSTIEK

2.1 Inleiding

Voor het ontwikkelen van een screeningsinstrument voor persoonlijkheidspathologie bij ouderen is het allereerst van belang inzicht te verkrijgen in inhoudelijke en methodologische aspecten bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen. In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste knelpunten en dilemma's bij het verrichten van persoonlijkheidsdiagnostiek. Ook wordt het externe criterium voor het te ontwikkelen screeningsinstrument, namelijk de algemene As-II criteria van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition Textual Revision (DSM-IV-TR) (APA, 2000), verantwoord.

Allereerst worden de concepten 'persoonlijkheid' en 'persoonlijkheidsstoornis' beknopt besproken aan de hand van de belangrijkste persoonlijkheidstheorieën alsmede de hieruit afgeleide psychologische meetinstrumenten. Voorts wordt, uitgaande van de DSM-IV-TR (APA, 2000), de praktische toepassing van de DSM-criteria voor persoonlijkheidsstoornissen geëvalueerd. Daarbij wordt een nosologisch overzicht gegeven van de DSM-persoonlijkheidsstoornissen in de periode 1952-2000 en wordt de interaxiale alsmede de intra-axiale comorbiditeit van deze stoornissen verder uiteengezet. Vervolgens wordt ingegaan op de voor- en nadelen van een descriptieve, categoriale classificatievorm voor persoonlijkheidsstoornissen en komen vanuit de multidimensionale diagnostiek twee vormen van persoonlijkheidsdiagnostiek aan bod, te weten de descriptieve en structurele diagnostiek. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met enkele conclusies.

2.2 Visies op persoonlijkheid(spathologie)

Het begrip persoonlijkheid is een abstract concept en kent meerdere betekenissen. Over het algemeen verwijst het naar het geheel van unieke en stabiele eigenschappen. Lazarus en Monat (1979) omschrijven 'persoonlijkheid' als onderliggende en relatief stabiele psychologische structuren en processen die de menselijke ervaring vormen en die persoonlijke gedragingen en reacties op de omgeving vormgeven. Millon (1981) definieert 'persoonlijkheid' als een complex patroon van diep verankerde psychologische kenmerken die grotendeels onbewust zijn, niet gemakkelijk uitgewist worden en tot uitdrukking komen in alle facetten van het functioneren. Vaak worden karaktertrekken genoemd in relatie tot het begrip 'persoonlijkheid'. Costa en McCrae (1990) typeren trekken als bipolaire dimensies van individuele verschillen in de neiging consistente patronen van gedachten, gevoelens en gedragingen te laten zien.

De wijze waarop het concept 'persoonlijkheid' wordt gedefinieerd hangt nauw samen met de verschillende theoretische benaderingen. In deze paragraaf wordt een beknopt overzicht gegeven van zes benaderingen over 'persoonlijkheid', in het navolgende (persoonlijkheids)modellen genoemd, die in de literatuur veelvuldig worden beschreven en hierdoor het beste het vakgebied bestrijken. Het betreft het Interpersoonlijk model, het Psychodynamisch model, het Biosociaal-leermodel, het Cognitieve model, het Big Five

model en het Temperament model (zie tabel 2.1 op pagina 36-37). In chronologische volgorde wordt vanuit elk model het concept 'persoonlijkheidsstoornis' toegelicht, uitgaande van het tijdstip waarop het model is ontwikkeld. Tevens vindt er een korte bespreking plaats van de afgeleide psychologische meetinstrumenten.

Interpersoonlijk model

Bij het Interpersoonlijk model van Leary (1957) staat de interpersoonlijke communicatie centraal. Tijdens een vroeg moment in de ontwikkeling verwerft de persoon een bepaalde interpersoonlijke stijl, eigent zich bepaalde rollen toe en ontwikkelt een definitie van zichzelf. Dit leidt tot een bepaald type sociaal gedrag ten opzichte van anderen waaronder eveneens de aard van relaties die men aangaat valt en de daarmee samenhangende mate van intimiteit, controle en dominantie. De communicatiepositie die een persoon inneemt, roept vervolgens bij de ander een complementaire of symmetrische interactiepositie op. In de zogenaamde roos van Leary wordt een onderscheid gemaakt tussen vier hoofddimensies van interacties (samen, tegen, boven en onder) en dit leidt vervolgens tot vier kwadranten van communicatieposities (onder/samen, boven/samen, onder/tegen en boven/tegen). Een belangrijk uitgangspunt in dit praktische model is dat er tijdens de interactie in meer of mindere mate wordt onderhandeld over twee thema's, te weten affiliatie en controle. Een kanttekening is de nogal gesimplificeerde theoretische gedachtegang om 'persoonlijkheid' slechts als overt en interpersoonlijk gedrag te benaderen.

In navolging op het Interpersoonlijk model van Leary (1957) levert Kiesler (1986) met zijn interpersoonlijke cirkel een klinisch alternatief voor de DSM-persoonlijkheidsstoornissen. Abnormaal gedrag wordt hier gedefinieerd als een niet adequate wijze van interpersoonlijke communicatie. Diagnostiek met behulp van deze cirkel richt zich op observeerbare extreme en rigide interpersoonlijke gedragingen. Een vertaling naar de DSM levert interpersoonlijke variabelen op die geassocieerd kunnen worden met de DSM-persoonlijkheidsstoornissen (Derksen, 1993).

Onder meer met de 94 items tellende Check List of Psychotherapy Transactions (CLOPT; Kiesler, 1984) kan een aantal DSM-persoonlijkheidsstoornissen in kaart worden gebracht (Kiesler, Van Denburg, Sikes-Nova, Larus & Goldston, 1990). De psychometrische eigenschappen van de CLOPT en de later gereviseerde versies van dit instrument zijn echter verre van ideaal (Kiesler, 1996).

Psychodynamisch model

Binnen het psychodynamisch referentiekader zijn ten minste vier hoofdstromingen te onderscheiden, te weten het driftmodel, objectrelationeel model, zelfpsychologisch model en interactioneel model. De structurele diagnostiek van Otto Kernberg (1975) bouwt hierop voort. Deze theorie is met name gebaseerd op de objectrelatietheorie van Klein en Fairbairn, de drifttheorie van Freud en de egopsychologie van Hartmann. Naast

psychologische factoren onderscheidt Kernberg biologische factoren die bijdragen aan de uiteindelijke structurele organisatie van het ik. Op de manier waarop de biologische en psychologische factoren samengaan, gaat Kernberg echter niet in (Derksen, 2001). Een theorie over de mate van rijpheid van de persoonlijkheid staat in Kernbergs model centraal met daarbij de vraag of er sprake is van een defect of een conflict in de organisatie van de persoonlijkheid. Dit wordt met name onderzocht op de volgende ik-functies: afweermechanismen, identiteitsintegratie en realiteitstoetsing. Het gaat hierbij vooral om recente levenservaringen. De persoonlijkheid wordt getoetst op psychotisch, borderline of neurotisch niveau (zie verder tabel 2.1) waarbij in principe elk individu binnen één van deze niveau's kan worden geplaatst.

Vanuit het model van Kernberg wordt een persoonlijkheidsstoornis gekenmerkt door een defect in de organisatie van de persoonlijkheid zoals primitieve afweer, identiteitsdiffusie en een gestoorde realiteitstoetsing.

Door Kernberg is het structurele interview ontwikkeld. Dit interview bestaat uit een aantal kernvragen die zijn gekoppeld aan drie fasen die tijdens het interview doorlopen moeten worden, te weten symptoomverheldering, onderzoek naar pathologische karaktertrekken en beëindiging van het interview. De afname van het interview, de interpretatie en het opstellen van het onderzoeksrapport duurt drie tot vier uur. Uiteraard is de afnameduur mede afhankelijk van de ervaring van de clinicus. De bewerkelijkheid van het interview, de abstractie van de gebruikte concepten, de weinig objectieve wijze van data-verzameling en de hoge mate van ervaring, kennis en kunde die de afname van het interview vergt zijn de belangrijkste kanttekeningen (Teune, Abraham, Eurelings-Bontekoe & Snellen, 2003).

Biosociaal-leermodel

Het Biosociaal-leermodel van Millon gaat ervan uit dat persoonlijkheid zich ontwikkelt door een samenspel tussen biologische disposities en leerervaringen waarbij bekrachtiging een cruciale plaats inneemt. In dit model staat niet zozeer de inhoud van de bekrachtiging centraal maar *hoe* reinforcements worden verworven (actief of passief) én *waar* reinforcements worden gevonden, te weten bij zichzelf (onafhankelijk), bij de ander (afhankelijk), bij zichzelf en bij de ander (ambivalent) en noch bij zichzelf en noch bij de ander (onthecht). Dit levert een zogenaamde reinforcement-matrix op van acht basale persoonlijkheidspatronen van respectievelijk de krachtige, vlotte, sensitieve, geremde, vertrouwende, meegaande, respectvolle en introverte persoonlijkheid (Millon & Everly, 1985).

Naast de bekrachtigingmatrix van acht patronen bij de normale persoonlijkheid is er een zelfde soort matrix voor acht basale persoonlijkheidsstoornissen (de antisociale, theatrale, passief agressieve, ontwijkende, narcistische, afhankelijke, obsessieve-compulsieve en schizoïde persoonlijkheidsstoornis), en in het verlengde van deze persoonlijkheidsstoornissen worden drie ernstige persoonlijkheidsstoornissen onderscheiden (de schizotypische, borderline en paranoïde persoonlijkheidsstoornis). Millon is voorstander van syndroomcontinuïteit en de manieren waarop mensen

reageren kunnen als een continuüm worden opgevat. Zijn opvatting van de persoonlijkheid is de grondslag voor de DSM-III en DSM-IV formulering van persoonlijkheidsstoornissen en dit maakt dat de DSM niet zonder meer als een a-theoretisch classificatiesysteem gezien kan worden. Feitelijk is de theorie van Millon vooral descriptief van aard en minder gericht op beschrijving van mechanismen die het functioneren van de persoonlijkheid mogelijk maken (Derksen, 1993). In 1996 komen Millon en Davis tot een andere groepering van de persoonlijkheidsstoornissen ('pleasure-deficient', 'interpersonally-imbalanced', 'intra-psychically-conflicted' en 'structurally-defective') en nemen hiermee afstand van de DSM-IV-clusterindeling (Millon & Davis, 1996). Deze herindeling gaat echter ten koste van de onderlinge vergelijking van onderzoeksresultaten op DSM-clusterniveau.

Het afgeleide meetinstrument van dit model is de Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III; Millon, 1994). Deze zelfbeoordelingsvragenlijst bestaat uit 175 items en is zowel gericht op de klinische syndromen als de persoonlijkheidsstoornissen van DSM-IV. Naar de MCMI-III is veel psychometrisch onderzoek verricht en dit instrument wordt wereldwijd veelvuldig gebruikt. Deze test is goed bruikbaar voor de differentiaal-diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen (Patrick, 1999).

Cognitieve model

In het Cognitieve model van Beck et al. (1990) vormen de zogenaamde schema's die in het geheugen zijn opgeslagen een belangrijk uitgangspunt bij de definiëring van het begrip 'persoonlijkheid'. Deze schema's zijn structuren van kennis die grotendeels impliciet zijn. De concrete inhoud van een schema (assumptie) wordt omschreven als een fundamentele, in woorden gevatte aanname van de persoon over het zelf, de ander en de wereld. Hierin wordt een hiërarchisch onderscheid gemaakt tussen fundamentele assumpties, conditionele assumpties en instrumentele assumpties (zie verder tabel 2.1). Dit model veronderstelt dat het menselijk reageren in emotie en gedrag niet beïnvloed wordt door de objectieve situatie, maar door de subjectieve perceptie van de situatie. Genetische factoren evenals de interactie met centrale personen die bepaald gedrag of een zienswijze bekrachtigen of afzwakken alsmede gebeurtenissen uit het verleden beïnvloeden de vorming van de schema's.

Persoonlijkheidsstoornissen worden in dit model omschreven als onderliggende schema's, informatieverwerkende structuren die aanleiding geven tot eenzijdige interpretaties en daarop slecht aangepaste emoties en gedragingen. Dit model vormt het uitgangspunt voor op maat gesneden cognitieve therapieën voor diverse DSM As-I en As-II stoornissen waarvan de effectiviteit is aangetoond (Barlow & Hofmann, 1997).

Eén van de meetinstrumenten met een cognitief referentiekader is de uit vier versies bestaande assumptielijst van Beck. Deze Personality Disorder Belief Questionnaire (PDBQ; Beck et al., 1990) heeft een lange versie (240 items) en een verkorte versie (120 items) en tegelijk is er een 'state' evenals 'trait'-versie. Het aantal psychometrische studies naar de PDBQ is echter beperkt.

Big Five model

De vijf persoonlijkheidsfactoren van het Big Five model blijken algemeen geldig over vele populaties en uiteenlopende culturen. Dit model is hiermee het meest prominente, dimensionale persoonlijkheidsmodel (Sprock, 2002). Het onderzoek naar de 'Big Five' berust op de aanname dat individuele verschillen in taal worden weergegeven. Het betreft een lexicale benadering waarin achtereenvolgens vijfduizend begrippen zijn teruggebracht naar vijfhonderd woorden met een persoonskenmerk en vervolgens gereduceerd tot dertig facetten van eigenschappen, behorend bij vijf basisfactoren. Deze zijn Neuroticisme, Extraversie, Openheid, Altruïsme en Consciëntieusheid. Elk van de vijf basisfactoren is verfijnd tot zes facetten, die de verschillende aspecten van het domein representeren. De 'Big Five' is echter een sterk vereenvoudigd en gestandaardiseerd model door alle persoonlijkheidstrekken terug te brengen tot een vijftal metadimensies. Deze basisfactoren zouden dan ook niet beschouwd kunnen worden als representaties van de onderliggende persoonlijkheidsstructuur maar meer als beschrijvende verschijningsvormen van de persoonlijkheid (Hetteema, 2002).

Wiggings and Pincus (1989) publiceerden als eersten data over het verband tussen de Big Five factoren en de DSM-persoonlijkheidsstoornissen. Sindsdien zijn er meer dan vijftig publicaties verschenen over dit thema (Widiger & Costa, 2002). Coker, Samuel en Widiger (2002) concludeerden op basis van deze studies dat de beide polen van alle vijf de basisfactoren in meer of mindere mate maladaptatie kunnen aantonen.

De psychologische meetinstrumenten behorend bij het Big Five model zijn Neuroticisme/Extraversie/Openheid-vragenlijsten, te weten de 240 items tellende Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992) en de tot zestig items verkorte NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1992). Harkness en McNulty (1994) stellen echter dat de NEO-persoonlijkheidsvragenlijsten, vooral de normale persoonlijkheid in kaart brengen en derhalve minder geschikt zijn voor de toepassing bij een patiëntenpopulatie. Dit blijkt onder meer uit de geringe uniciteit van de afzonderlijke vijf basisfactoren in relatie tot de verschillende DSM-persoonlijkheidsstoornissen.

Harkness, McNulty en Ben-Porath (1995) ontwikkelden hierop de Personality Psychopathology-Five (PSY-5), een set van vijf schalen, samengesteld met behulp van de 567 items van de Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2; Butcher et al., 2002), waarmee wordt beoogd persoonlijkheidspathologie in kaart te brengen. De PSY-5 (139 items) bestaat uit de schalen Agressiviteit, Psychoticiteit, Ontremming, Negatieve emotionaliteit/Neuroticisme en Introversie/Lage positieve emotionaliteit. De PSY-5 is een relatief nieuw en bruikbaar instrument bij onderzoek naar persoonlijkheidspathologie (Egger, 2003).

Temperament model

Het Temperament model van Cloninger, Svrakic en Przybeck (1993) bestaat uit de temperamentdimensies 'Novelty seeking', 'Harm avoidance', 'Reward dependence' en 'Persistence', aangevuld door vier karakterdimensies (niet vermeld in tabel 2.1). Deze

vier temperamentdimensies zijn erfelijk bepaald en al vroeg in de ontwikkeling zichtbaar. Daarnaast beïnvloeden de temperamentdimensies de onbewuste leerprocessen en hebben daarbij een grote mate van stabiliteit over de tijd. De eerste drie dimensies corresponderen met de neurotransmittersystemen dopamine, serotonine respectievelijk noradrenaline. Een specifieke neurotransmitter bij 'Persistence' wordt echter niet expliciet vermeld. Verondersteld wordt dat de erfelijke neurobiologische disposities van invloed zijn op verschillende emoties en in relatie staan met gedragsreacties. De gedragsreacties zijn vervolgens een antwoord op specifieke stimuli uit de omgeving en vormen pas op volwassen leeftijd een consistent patroon. Het betreft de karakterdimensies 'Self-directedness', 'Cooperativeness', 'Self-transcendence' en 'Affective Stability'.

In het Temperament model ontstaat persoonlijkheidspathologie met name uit beperkingen in autonomie ('Self-directedness') en samenwerking ('Cooperativeness') (Svrakic et al., 2002). Op grond van de vier karakterdimensies kan de clinicus met behulp van de Temperament and Character Inventory (TCI; Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993), bestaande uit 240 items en een verkorte versie van 105 items, een oordeel vormen in hoeverre er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis en hoe ernstig deze is. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de karakterdimensie 'Affective Stability' later door Cloninger (2000) is toegevoegd en nog weinig is uitgewerkt. Verder rijst de vraag of met deze factor een bepaalde karakterdimensie wordt gemeten of eerder een toestandsbeeld.

Tabel 2.1 Zes modellen over persoonlijkheid

Model	Theoretische benadering	Begrippenkader
Interpersoonlijk model (Leary, 1957)	De communicatiepositie die een persoon inneemt, roept bij de ander een complementaire of symmetrische interactiepositie op. Dit levert een praktisch model op (roos van Leary) om interacties in te delen.	Vier hoofddimensies (samen, tegen, boven en onder) en vier communicatieposities (onder/samen, boven/samen, onder/tegen en boven/tegen).
Psychodynamisch model (Kernberg, 1975)	Theorie over de mate van rijpheid van de persoonlijkheid staat centraal met daarbij de vraag of er sprake is van een defect of een conflict in de organisatie van de persoonlijkheid. Dit wordt met name onderzocht op de ik-functies: afweermechanismen, identiteitsintegratie en realiteitstoetsing.	Psychotische persoonlijkheidsorganisatie (identiteitsdiffusie, primitieve afweer en gestoorde realiteitstoetsing) Borderline persoonlijkheidsorganisatie (identiteitsdiffusie en primitieve afweer met een redelijk intacte realiteitstoetsing). Neurotische persoonlijkheidsorganisatie (identiteitsintegratie, rijpheid van afweermechanismen en intacte realiteitstoetsing).

Biosociaal-leermodel	Dit model gaat uit dat persoonlijkheid zich ontwikkelt door een samenspel tussen biologische disposities en leerervaringen en waarbij bekrachtiging een centrale plaats inneemt.	Hoe én waar bekrachtiging gezocht wordt is uitgewerkt in een matrix: Hoe: instrumenteel gedragspatroon (actief-passief). Waar: bronnen van bekrachtiging (onafhankelijk, afhankelijk, ambivalent en onthecht).
(Millon & Everly, 1985)		
Cognitieve model	De constructivistische overtuiging dat het menselijk reageren in emotie en gedrag niet beïnvloed wordt door de objectieve situatie, maar door de subjectieve perceptie van de situatie. Deze selectieve informatieverwerking wordt gestuurd door schema's: kennisstructuren die in het geheugen zijn gerepresenteerd.	Fundamentele assumpties (grond-ideeën die de persoon over zichzelf heeft, de ander en de wereld) Conditionele assumpties (veronderstellingen die causale relaties schetsen). Instrumentele assumpties (regels die strategieën voorschrijven die in het teken staan van het vermijden dan wel verkrijgen van negatieve respectievelijk positieve ervaringen).
(Beck et al., 1990)		
Big Five model	Taxoconomisch onderzoek waarbij vijfhonderd beschrijvingen van persoonlijkheidseigenschappen zijn gereduceerd tot dertig facetten van eigenschappen en tot vijf basisfactoren.	Vijf basisfactoren: Neuroticisme (emotioneel instabiel) Extraversie (naar buiten gerichte attitude) Openheid (open staan voor nieuwe ervaringen) Altruïsme (op de ander gericht zijn) Consciëntieusheid (gewetensvol taken plannen en doorzetten)
(Costa & McCrae, 1992)		
Temperament model	Een psychobiologisch model waarbij de temperamentdimensies erfelijk zijn en onafhankelijk van omgevingsinvloeden. Deze dimensies corresponderen met de verschillende neurotransmittersystemen, te weten dopamine, serotonine en noradrenaline.	Temperamentdimensies: Novelty seeking (zoeken naar prikkels) Harm avoidance (vermijden van leed) Reward dependence (gevoeligheid voor beloning en waardering) Persistence (volharding)
(Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993)		

Resumerend kan gesteld worden dat er een aanzienlijke overlap is bij vier modellen wat betreft de etiologische interactie van biogenetische en omgevingsfactoren bij de vorming van de persoonlijkheid met daarbij echter een verschil in accentuering. Bij de overige twee modellen (Big Five en Interpersoonlijk model) staat een meer taxoconomische benadering op de voorgrond. Voorts is er enige overlap in de conceptuele gedachtegang tussen interpersoonlijke, instrumentele gedragspatronen van het Interpersoonlijk en Biosociaal-leermodel enerzijds en onbewuste, impliciete processen behorend bij het

Psychodynamisch en Cognitieve model anderzijds. In ieder model worden verschillende accenten gelegd op het ontstaan en de manifestatie van persoonlijkheidsstoornissen met het gevolg dat de afgeleide diagnostische instrumenten uiteenlopende persoonlijkheidsconstructen meten.

De American Psychiatric Association (APA) ontwikkelde in 1980 de derde editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) met als voornaamste doel de psychische stoornissen niet te koppelen aan een bepaalde (etiologische) verklaring. Met dit classificatiesysteem, gebaseerd op empirisch onderzoek en consensusbijeentkomsten, werd gepoogd het diagnostisch knelpunt van de verschillende persoonlijkheidsconstructen tegen te gaan. In de volgende paragraaf wordt deze benadering verder uiteengezet.

2.3 Ontwikkelingen en knelpunten van de DSM

De DSM is het meest gebruikte internationale descriptieve classificatiesysteem voor psychopathologie (Jongedijk, 2001). In deze paragraaf komt het DSM-IV-TR-concept 'persoonlijkheidsstoornis' aan de orde gevolgd door de nosologische evolutie van de specifieke DSM-persoonlijkheidsstoornissen. De knelpunten worden besproken aan de hand van de interaxiale en intra-axiale co-morbiditeit van de DSM-stoornissen en vier hypothesen over syndroomcontinuïteit. Tot slot worden enkele suggesties gegeven voor de DSM-V.

Het DSM-IV-TR-concept 'persoonlijkheidsstoornis'

De DSM-IV-TR (APA, 2000) 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 verstaan persoonlijkheidskenmerken die afwijken van de populatienorm ofwel 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 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, te weten cognities, affecten, functioneren in het contact met anderen en beheersing van impulsen.

Over de categoriale assumptie van discontinuïteit tussen normale en abnormale

persoonlijkheid van het DSM-As-II concept bestaat geen consensus. Uit een groot aantal studies blijkt dat er geen duidelijke grenzen zijn tussen persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornis (Widiger & Costa, 1994). Een dimensionale classificatie daarentegen heeft geen arbitraire grenzen of afkappunten en hierdoor blijft de informatie behouden over de ernst van de pathologie. Meer onderzoek is echter nodig naar de validiteit en klinische bruikbaarheid ten aanzien van een dimensionale classificatievorm van persoonlijkheidsstoornissen (Verheul & Van den Brink, 1999). Dit neemt niet weg dat de huidige operationalisering van de As-II concepten 'persoonlijkheid', 'persoonlijkheidstrekken' en 'persoonlijkheidsstoornis' resultanten zijn van sterk vereenvoudigde abstraheringen van complexe, intrapsychische, dieperliggende affectieve en driftmatige processen (Derksen, 2001).

Nosologisch overzicht van de specifieke DSM-persoonlijkheidsstoornissen

De categoriale assumptie van discontinuïteit tussen 'persoonlijkheid' en 'persoonlijkheidsstoornis' is ook van toepassing op de specifieke DSM-persoonlijkheidsstoornissen. Een en ander heeft geleid tot herhaaldelijke conceptuele veranderingen met daarbij veelvuldige aanpassingen van specifieke criteria.

In tabel 2.2 wordt een overzicht van de nosologische evolutie van de specifieke DSM-persoonlijkheidsstoornissen van 1952 tot 2000 weergegeven. In de eerste versie uit 1952 (DSM-I) en de tweede versie uit 1968 (DSM-II) werd dit type stoornissen in zeer algemene termen omschreven (APA, 1952; APA, 1968). De definitie was toen als volgt: 'ontwikkelingstekorten of pathologische trekken in de persoonlijkheidsstructuur, met minimale subjectieve angst en weinig of geen lijdensdruk. In de meeste gevallen wordt de stoornis gekenmerkt door een levenslang patroon van actie of gedrag, in plaats van een door mentale of emotionele symptomatologie' (uit: Derksen, 1993 pp. 24).

De DSM-I bestond uit 27 stoornissen die werden gerelateerd aan de persoonlijkheid. Hierin werd onder meer een onderverdeling aangebracht in *stoornissen in persoonlijkheidspatronen* (paranoïd, schizoïd, inadequaat en cyclothym), *stoornissen in persoonlijkheidstrekken* (emotioneel instabiele en compulsieve persoonlijkheidstrekken evenals passief-agressieve typen) en *stoornissen binnen sociopathische persoonlijkheden* (antisociale en dissociale reacties alsmede seksuele stoornissen en verslavingen).

In de DSM-II werd een aantal aandoeningen toegevoegd of van naam veranderd (hysterisch, obsessief-compulsief, asthenisch, antisociaal en explosief). De drie passief-agressieve typen werden gereduceerd tot één type en de seksuele stoornissen en verslavingen werden losgekoppeld van de persoonlijkheid.

In de derde editie van de DSM uit 1980 (DSM-III) vonden drastische veranderingen plaats (APA, 1980). De APA streefde naar een internationaal aanvaard diagnostisch systeem voor psychische stoornissen met heldere criteria, specifieke symptomen en gedragingen evenals operationaliseerbare variabelen. Er werd een multi-axiaal DSM-systeem geïntroduceerd met onder meer een specifieke as voor persoonlijkheidsstoornissen. Deze tweede as betrof elf persoonlijkheidsstoornissen opgedeeld in drie

clusters. De cyclothyme stoornis en explosieve stoornis werden naar de eerste as verplaatst en de inadequate en asthenische stoornis kregen geen plaats meer in de DSM-III. Daarnaast werden vijf persoonlijkheidsstoornissen min of meer toegevoegd (de schizotypische, borderline, narcistische, ontwijkende en afhankelijke persoonlijkheidsstoornis). De drie clusters werden ingedeeld in persoonlijkheidsstoornissen met hoofdzakelijk vreemd gedrag (cluster A), dramatisch en egocentrisch gedrag (cluster B) en angstig gedrag (cluster C). De introductie van deze as heeft geleid tot een toename van psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen.

Tabel 2.2 Overzicht van de verschillende persoonlijkheidsstoornissen in DSM-I, II, III, III-R, IV en IV-TR

DSM-I (1952)	DSM-II (1968)	DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	DSM-IV (TR) (1994; 2000)
Paranoïd Schizoïd	Paranoïd Schizoïd	Paranoïd Schizoïd Schizotypisch	Paranoïd Schizoïd Schizotypisch	Paranoïd Schizoïd Schizotypisch
Inadequa Cyclothym	Inadequa Cyclothym			
Emotioneel instabiel	Hysterisch	Borderline Theatraal Narcistisch Antisociaal	Borderline Theatraal Narcistisch Antisociaal	Borderline Theatraal Narcistisch Antisociaal
Compulsief	Obsessief- compulsief	Obsessief- compulsief Ontwijkend Afhankelijk	Obsessief- compulsief Ontwijkend Afhankelijk	Obsessief- compulsief Ontwijkend Afhankelijk
Passief-agressief Passief-afhankelijk Agressief Antisociale reactie Dissociale reactie Seksuele afwijking Alcoholverslaving Drugverslaving	Passief-agressief Asthenisch Antisociaal Explosief	Passief-agressief	Passief-agressief <i>Appendix</i> <i>Zelfkwelend</i> <i>Sadistisch</i>	Passief-agressief <i>Appendix</i> <i>Passief-agressief</i> <i>Depressief</i>

In 1987 kwam de herziene DSM-III versie uit, de DSM-III-R (APA, 1987). De DSM-III-structuur bleef behouden evenals de elf persoonlijkheidsstoornissen. Voorts werd een appendix toegevoegd (cursieve gedeelte in tabel 2.2) met de zogenaamde experimentele persoonlijkheidsstoornissen, te weten de zelfkwellende en sadistische persoonlijkheidsstoornis.

In de DSM-IV (APA, 1994) werd de passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis geplaatst in de appendix wegens het gebrek aan differentiërend vermogen. De criteria van de overige tien specifieke persoonlijkheidsstoornissen werden opnieuw onder de loep genomen en waar nodig gewijzigd of bijgesteld. Verder werden de zelfkwellende en sadistische persoonlijkheidsstoornis uit de appendix verwijderd en de depressieve persoonlijkheidsstoornis maakte zijn intrede.

Hoewel de DSM-IV-TR (APA, 2000) staat voor een 'Textual Revision' van de DSM-IV zijn er op As-II geen tekstuele evenmin inhoudelijke veranderingen aangebracht. In tabel 2.2 zijn dan ook de DSM-IV en DSM-IV-TR samengevoegd tot één kolom.

Concluderend blijkt uit tabel 2.2 een weinig consistent beloop ten aanzien van de conceptualisering van de specifieke persoonlijkheidsstoornissen van de DSM over de periode 1952-2000. Bovendien is een gouden standaard nog steeds niet voor handen. De vraag is in hoeverre dit alsnog bereikt kan worden met de huidige, gekunstelde as voor persoonlijkheidsstoornissen evenals de categoriale classificatievorm met daarbij de nadruk op overte, interpersoonlijke gedragingen.

Interaxiale comorbiditeit

De introductie van een specifieke as voor persoonlijkheidsstoornissen heeft geleid tot interaxiale comorbiditeit van de DSM-stoornissen. De interaxiale comorbiditeit heeft te maken met een conceptuele overlap van criteria behorend bij schizofrenie en de schizotypische persoonlijkheidsstoornis; (gegeneraliseerde) sociale fobie en de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis; depressieve stoornissen en de borderline persoonlijkheidsstoornis; verslavingsstoornissen en de antisociale persoonlijkheidsstoornis (Widiger & Shea, 1991). Bovendien zijn er aanwijzingen dat bepaalde As-I en As-II stoornissen significant met elkaar correleren hetgeen ten koste gaat van de exclusiviteit van de verschillende categorieën. In tabel 2.3 wordt een globaal overzicht gegeven van As-I stoornissen die significant meer optreden bij een specifieke As-II stoornis (Sprey, 2002). Hierbij zijn de verschillende As-I stoornissen onderverdeeld in psychotische, stemmings-, angst-, somatoforme, eet-, en seksuele stoornissen alsmede middelenmisbruik en aandachtstekortstoornis (ADD) en afgezet tegen de DSM-IV As-II stoornissen (PS). De cijfers in de tabel verwijzen naar de bron. De in de tabel 2.3 gepresenteerde studies zijn bedoeld als impressie en kunnen niet onderling worden vergeleken gezien de verschillende onderzoekspopulaties, -methoden en -instrumenten die zijn toegepast.

Verheul en Van den Brink (1999) geven bij het opsporen van gemeenschappelijke etiologische factoren bij comorbiditeitsstudies de voorkeur aan een normale populatie ten einde selectie- en/of informatiebias zoveel mogelijk te voorkomen. Odds ratio's waarbij het risico van een As-I stoornis (bv. schizofrenie) bij blootstelling aan een exponerende factor (bv. schizotypische persoonlijkheidsstoornis) wordt berekend zijn hierbij de aangewezen maat en bij comorbiditeit tussen As-I en As-II stoornissen is een zogenaamde lifetime-diagnose eveneens van belang. De prevalentiestudie van Zimmerman en Coryell (1989) voldoet voornamelijk als enige aan deze vereisten.

Op grond van deze prevalenties zijn door Verheul en Van den Brink (1999) de odds ratio's berekend. Hieruit blijkt dat depressie en dysthymie zijn geassocieerd met de ontwijkende en borderline persoonlijkheidsstoornis, schizofrenie met name is geassocieerd met de schizotypische, paranoïde en borderline persoonlijkheidsstoornis. Verslavingsstoornissen zijn met name geassocieerd met de antisociale en borderline persoonlijkheidsstoornis. Angststoornissen (obsessieve-compulsieve, fobische en paniekstoornissen) zijn sterk geassocieerd met de paranoïde, schizotypische, ontwijkende en borderline persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast zijn specifieke comorbide As-I stoornissen van toepassing op de antisociale persoonlijkheidsstoornis (verslavingsstoornis van alcohol en drugs) en de obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (obsessieve-compulsieve stoornis).

Ter voorkoming van een onterechte dubbele diagnose dient het beloop van beide stoornissen uitvoerig in kaart te worden gebracht (Verheul, Van den Brink, & Van der Velden, 2000). Het is echter geen eenvoudige zaak om chronische As-I stoornissen, zoals de cyclothyme en dysthyme stoornis te onderscheiden van As-II stoornissen.

Intra-axiale comorbiditeit

Naast de interaxiale co-morbiditeit tussen As-I en As-II stoornissen is ook sprake van intra-axiale co-morbiditeit binnen de As-II stoornissen. Zo hebben de schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornis een aantal diagnostische criteria gemeenschappelijk. Daarnaast verwijst een aantal specifieke persoonlijkheidsstoornissen naar dezelfde persoonlijkheidsdimensie, zoals impulsiviteit bij de antisociale en borderline persoonlijkheidsstoornis (Verheul & Van den Brink, 1999) en angstig gedrag ten gevolge van gevoelens van minderwaardigheid bij de ontwijkende en afhankelijke persoonlijkheidsstoornis.

Tabel 2.3 Overzicht As-I stoornissen die significant samenhangen met As-II stoornissen (Sprey, 2002)

	Psychotische stoornis	Stemmings stoornis	Angst stoornis	Somatoforme stoornis	Middelen misbruik	Eet stoornis	Seksuele stoornis	ADD
Paranoïde PS	1	2, 5	1		1, 6	1		
Schizoïde PS								
Schizotypische PS	2	1	1, 2		1	2	1	
Antisociale PS		8			1, 6, 7			
Borderline PS	1, 2	2,4,5	1,2,4	1,4	1, 2, 8	1, 2, 4, 9		8
Theatrale PS	1	1, 3, 5	1		1, 2		1	
Narcistische PS								
Ontwijkende PS	1	1, 2	1, 2, 3		1, 6	1, 2, 9	1	
Afhankelijke PS	2	1, 2, 3, 10	3, 10	10		10	1	
Obsessieve-compulsieve PS		1, 3	1, 11		1		1	8

Bronnen: Zimmerman & Coryel, 1989 (1), Oldham et al., 1995 (2), Dyck et al., 2001 (3), Zimmerman & Mattia, 1999 (4), Knoppert-Van der Klein, & Hoogduin, 1999 (5), Poling et al., 1999 (6), Verheul et al., 2000 (7), Boonstra, Sergeant, & Kooij, 1999 (8), Díaz-Marsá, Carrasco, & Sáiz, 2000 (9), Bornstein, 1995 (10), Sanderson et al., 1993 (11).

Hypothesen over syndroomcontinuïteit

De problemen met de differentiatie tussen chronische As-I en As-II stoornissen kunnen worden begrepen vanuit de categoriale assumptie van discontinuïteit tussen beide assen. Een nosologie waarbij klinische syndromen en persoonlijkheidsstoornissen in elkaar overlopen lijkt hier meer voor de hand te liggen. Deze 'syndroomcontinuïteit' van As-I en As-II stoornissen wordt verder toegelicht aan de hand van een kort voorbeeld.

Volgens McDermut, Zimmerman en Chelminski (2003) heeft de depressieve persoonlijkheidsstoornis voldoende constructvaliditeit om onderscheiden te worden van een depressie of dysthymie. De depressieve persoonlijkheidsstoornis zou hiermee een goede kandidaat zijn om in de DSM-V opgenomen te worden als een specifieke persoonlijkheidsstoornis. De belangrijkste criteria voor deze specifieke persoonlijkheidsstoornis zijn een chronisch pessimisme, schuldgevoelens, weinig zelfvertrouwen, veel piekeren en een uitermate (zelf)kritisch vermogen. Een depressieve stemming zou hierin niet centraal staan waardoor de depressieve persoonlijkheidsstoornis volgens de auteurs voldoende discrimineert met een dysthyme stoornis. In de klinische praktijk is het echter niet eenvoudig om chronisch pessimisme te onderscheiden van onder meer een langdurige depressieve stemming.

Een meer voor de GGZ toepasbare benadering is die van 'syndroomcontinuïteit' waarbij extreme abnormaliteiten zich manifesteren als As-I stoornissen, zoals ernstige depressies en bipolaire stoornissen, gevolgd door de mildere dysthyme en cyclothyme stoornissen en dat As-II stoornissen gekaderd kunnen worden als minder extreme gedragingen die desalniettemin persisterende verstoringen vertonen, in casu de depressieve/ontwijkende respectievelijk borderline persoonlijkheidsstoornis. Deze opvatting over syndroomcontinuïteit komt globaal overeen met de *kwetsbaarheidshypothese* en de *continuïteitshypothese* waarbij As-II stoornissen de bodem vormen waarop zich onder invloed van bepaalde levensgebeurtenissen As-I stoornissen kunnen ontwikkelen (Van den Brink, 1989). Ook zou in bovengenoemd voorbeeld een bescheiden plaats zijn weggelegd voor de *complicatiehypothese*, waarbij wordt uitgegaan dat As-II stoornissen het gevolg zijn van As-I stoornissen, aangezien chronische As-I stemmingsstoornissen kunnen leiden tot een toename van persoonlijkheidstrekken, zoals neuroticisme (Krueger & Tacket, 2003; Van den Brink, 1989). Ook de *spectrumhypothese* kan worden gebruikt. Het betreft een biogenetisch model dat uitgaat van een gemeenschappelijke etiologiehypothese tussen As-I en As-II stoornissen, te weten affectieve instabiliteit, impulsiviteit/agressie en angst/inhibitie (Tyrer, Gunderson, Lyons, & Tohen, 1997). Deze drie dimensies zijn gerelateerd aan specifieke As-I en As-II stoornissen (depressie en borderline persoonlijkheidsstoornis; misbruik van middelen en antisociale persoonlijkheidsstoornis; schizofrenie en schizotypische persoonlijkheidsstoornis). Hierbij dient opgemerkt te worden dat het spectrummodel niet ingaat op gezonde persoonlijkheidsdimensies en dat het aantal studies beperkt is. Meer in het algemeen kan worden geconcludeerd dat de vier besproken hypothesen ook naast elkaar kunnen worden gebruikt (Krueger & Tacket, 2003).

In contrast met de eerder besproken hypothesen over syndroomcontinuïteit stelt Van Praag (1999) met zijn *functioneel psychopathologisch paradigma* voor om psychologische disfuncties (die pathogenetisch verbonden zijn met bijvoorbeeld biologische disfuncties) als kern te zien van een psychopathologische classificatie of van een psychiatrisch syndroom. Ook Koerselman (2004) pleit voor het onderscheiden van psychische functies waartussen in een later stadium verbanden op een hoger integratieniveau zouden kunnen blijken.

Suggesties voor de DSM-V

Uit het voorafgaande blijkt dat de artificiële afbakening van de huidige As-I en As-II stoornissen heeft geleid tot hoge comorbiditeit tussen beide assen. Livesley (2003) vraagt zich hierbij af of dit niet het gevolg is van tekortkomingen in de huidige indeling van de verschillende psychopathologische aandoeningen. Volgens Widiger (2003) is deze diagnostische overlap gedeeltelijk te wijten aan de tekortkomingen van de huidige As-II meetinstrumenten waarbij te weinig aandacht uitgaat naar het chronische beloop van As-II stoornissen.

Daarnaast ontbreken duidelijke criteria voor het differentiëren van As-I en As-II stoornissen. Verder leiden de chronische, 'early onset' As-I stoornissen tot conceptuele verwarring aangezien zij eerder voldoen aan de criteria van duurzame patronen van disfunctioneren behorend bij een As-II stoornis. Met deze aanpassingen in het achterhoofd pleit Widiger voor handhaving van de As-II classificatie in de DSM-V. Krueger en Tacket (2003) gaan uit van een bredere multivariate structuur binnen het persoonlijkheids- en psychopathologie domein ten einde de huidige, kunstmatige grenzen tussen gezonde en gestoorde persoonlijkheid te vervangen door een fijnmaziger en meer geïntegreerd model. Het betreft een model waarbij de diagnostiek van As-I stoornissen, As-II stoornissen, dimensionale modellen van de normale én gestoorde persoonlijkheid met elkaar in verbinding staan.

Verder empirisch onderzoek zal echter nog moeten aantonen of dit model kan worden toegepast op alle DSM-stoornissen en vervolgens geschikt is voor de DSM-V.

2.4 Diagnostisch dilemma: descriptief versus structureel

Het in paragraaf 2.3 besproken model van Krueger en Tacket (2003) is een vorm van multidimensionale diagnostiek. Bij multidimensionale diagnostiek worden verschillende perspectieven uit meerdere theoretische kaders (zie o.a. paragraaf 2.2) geïntegreerd. Daarbij kan eveneens gebruik worden gemaakt van a-theoretische diagnostische referentiekaders, zoals de DSM. Verschillende concepten worden gemeten, waarbij genetische, biologische, psychologische en sociale factoren worden geïntegreerd. Waarneembare symptomen en syndromen worden in kaart gebracht evenals onderliggende dimensies, zoals genetisch bepaalde stabiele persoonlijkheidskenmerken en temperamentfactoren.

In deze paragraaf worden de voor- en nadelen besproken van de diagnostiek waarbij waarneembare symptomen en syndromen centraal staan (descriptieve diagnostiek) en diagnostiek waarbij de aandacht met name uitgaat naar de onderliggende dimensies (structurele diagnostiek).

Bij descriptieve diagnostiek worden manifeste klachten in kaart gebracht met behulp van concrete observatietermen. Deze klachteninventarisatie is een vorm van classificerende, horizontale, en nomothetische diagnostiek waarbij ziektebeelden worden ingedeeld in verschillende categorieën. Het waarneembare gedrag en/of de bewuste introspectie van toegankelijke gedachten en belevingen staan hierbij centraal en een theoretisch referentiekader ontbreekt veelal (Eurelings-Bontekoe & Snellen, 2003).

De meest gebruikte descriptieve classificatiesystemen zijn de DSM-IV-TR (APA, 2000) en de International Classification of Diseases-10^e editie (WHO, 1993). Binnen de GGZ is de DSM-IV toonaangevend geworden en dit systeem wordt steeds meer beschouwd als standaard voor psychiatrische classificaties (Jongedijk, 2001).

De DSM wordt echter niet altijd op een juiste wijze gebruikt hetgeen aanzienlijke consequenties kan hebben voor onder meer indicatiestelling voor behandeling en wetenschappelijk onderzoek. In tabel 2.4 wordt puntsgewijs een overzicht gegeven van de voor- en nadelen van het DSM-classificatiesysteem, mede gebaseerd op eerdere publicaties van Jongedijk (2001) en Eurelings-Bontekoe & Snellen (2003).

De DSM leidt tot uniformiteit met betrekking tot de wijze waarop ziektebeelden worden gedefinieerd en prevalentiecijfers kunnen zo beter worden vergeleken. Dit systeem verschaft helderheid van communicatie, het verhoogt de betrouwbaarheid van classificeren en verschaft hierdoor meer duidelijkheid bij research. Het 'etiketteren' kan relevant zijn voor het bepalen van de behandelstrategie, zoals bij schizofrenie of een ernstige depressie waarbij farmacotherapie aangewezen is. De DSM is een meerassig 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. Dit biedt de mogelijkheid de patiënt op meerdere niveaus te beschrijven.

De DSM heeft echter ook een aantal nadelen. In dit classificatiesysteem wordt geen rekening gehouden met het individu en individuele verschillen waardoor een individuele sterkte-zwakte analyse ontbreekt. Hoewel de invloed van Millon groot is geweest (zie paragraaf 2.2) wordt de DSM als theoretisch neutraal beschouwd; er wordt geen uitspraak gedaan vanuit bepaalde theoretische kaders over oorzaken, etiologie, beloop, prognose van de aandoening. In de systematiek is het een medisch model, gekenmerkt door een opsomming van symptomen zonder rekening te houden met persoonsgebonden aspecten. Door de categoriale classificatie betreft het een weinig fijnmazige diagnostische benadering. Verder blijkt uit zowel de klinische praktijk als uit wetenschappelijk onderzoek dat As-I en As-II stoornissen niet altijd even goed te onderscheiden zijn en dat tevens de verschillende stoornissen binnen As-I en As-II de nodige overlap vertonen (zie paragraaf 2.3).

Tabel 2.4 Voor- en nadelen van het DSM-classificatiesysteem

Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uniforme definiëring van ziektebeelden ▪ Heldere communicatie tussen clinici ▪ Betrouwbare onderlinge vergelijking van onderzoeksresultaten ▪ Duidelijkheid in keuze behandelstrategie ▪ De patiënt wordt op meerdere niveaus beschreven (vijf assen) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niet toegespitst op het individu ▪ Er wordt geen uitspraak gedaan over oorzaken, etiologie, beloop, prognose ▪ Medisch model; slechts een beschrijving van de ziekte en niet van de zieke als persoon ▪ Categorieel systeem: 'alles of niets systeem' ▪ De differentiatie van de vijf assen met als gevolg intra- en interaxiale comorbiditeit

Bij de structurele benadering wordt ervan uitgegaan dat bepaald gedrag, een symptoom of een persoonlijkheidstrekk, een doorgaans ingewikkelde, indirecte relatie heeft met een onderliggend patroon, motief of conflict (Derksen, 2001). De klachten liggen ten grondslag aan de genetisch-dynamische en structurele aspecten van de persoonlijkheid, die niet onmiddellijk zichtbaar zijn en vooral beschreven worden in meer abstracte termen zoals cognitieve schema's, motieven, aard en intensiteit van intrapsychische conflicten en afweerprocessen. De diagnostiek van manifeste symptomatologie tegen de achtergrond van de karakterstructuur is te omschrijven als verticale, idiosyncratische en meerdimensionale diagnostiek (Eurelings-Bontekoe & Snellen, 2003).

Idealiter vindt een integratie plaats van zowel de descriptieve als de structurele benadering om te komen tot een multidimensionale vorm van psychodiagnostiek. Kanttekeningen hierbij zijn dat de combinatie van beide onderzoeksbenaderingen tijds- en arbeidsintensief zijn, de diagnosticus een eclecticisch referentiekader dient te verwerven en dat de verschillende psychologische meetinstrumenten niet altijd voldoende aan elkaar zijn gerelateerd.

2.5 Conclusies

Hoewel bij de zes besproken persoonlijkheidsmodellen verschillende accenten worden gelegd op het ontstaan en de manifestatie van persoonlijkheidsstoornissen is er sprake van een overlap bij vier modellen wat betreft de etiologische interactie van biogenetische en omgevingsfactoren bij de vorming van de persoonlijkheid. Het betreft het Psychodynamisch, Cognitieve en Temperament model alsmede het Biosociaal-leermodel. Voorts is er enige overlap in de conceptuele gedachtegang tussen interpersoonlijke, instrumentele gedragspatronen van het Interpersoonlijk en Biosociaal-leermodel enerzijds en onbewuste, impliciete processen behorend bij het Psychodynamisch en Cognitieve model anderzijds.

Bij het verrichten van persoonlijkheidsonderzoek verdient het de voorkeur om gebruik te maken van een multidimensionale vorm van diagnostiek op zowel descriptief als structureel niveau. Bij de descriptieve benadering is de eenduidige typering en classificering van ziektebeelden het belangrijkste voordeel en de structurele diagnostiek is meer geschikt voor het in kaart brengen van de aard en ernst van de pathologie. Zo is het bij de indicatiestelling voor psychotherapie aangewezen om niet alleen naar de symptomen te kijken maar ook naar de structuur van het ik en de mate waarin deze gevolgen heeft gehad voor de persoonlijkheidsontwikkeling (Derksen, 2001).

Deze multidimensionale vorm van diagnostiek vereist niet alleen grondige kennis van de psychodynamische theorie maar ook kennis en toepassing van begrippenkaders van alternatieve theoretische benaderingen alsmede ervaring in de afname en interpretatie van de hieruit voortgekomen psychologische meetinstrumenten.

De descriptieve benadering van de DSM-persoonlijkheidsstoornissen wordt ondanks het gebrek aan een gouden standaard internationaal veelvuldig gebruikt. Derhalve biedt dit systeem voordelen in de communicatie tussen klinici en tevens een goede onderlinge vergelijkbaarheid van onderzoeksresultaten bij zowel persoonlijkheidsdiagnostiek als empirisch-wetenschappelijk onderzoek.

Bij persoonlijkheidsonderzoek speelt de praktische bruikbaarheid van diagnostische meetinstrumenten een belangrijke rol in de gezondheidszorg. De voorkeur gaat uit naar diagnostische tests die snel, eenvoudig, goedkoop en weinig belastend zijn. Het DSM-IV-As-II meetinstrumentarium voldoet over het algemeen redelijk aan deze eisen. De descriptieve diagnostiek van de DSM kan in de praktijk worden toegepast als indicatie voor de meer tijds- en arbeidsintensieve multidimensionale vormen van diagnostiek, conform de zogenaamde gefaseerde diagnostische procedure (Verheul, Van den Brink, & Van der Velden, 2000). In de DSM-V verdient het echter wel de voorkeur om de huidige categoriale classificatie van de DSM aan te vullen met een dimensionale classificatie. Een dimensionaal classificatiesysteem levert meer precieze informatie over de ernst van de pathologie en de gegevens over de overige pathologische persoonlijkheidstrekken blijven door deze fijnmazige diagnostische benadering behouden.

In dit hoofdstuk is niet ingegaan op het gegeven dat de DSM vrijwel alleen gericht is op kinderen (stoornissen in zuigelingentijd tot adolescentie) en volwassenen tot ongeveer zestig jaar. Hierbij ontbreekt een geriatrische subclassificatie voor onder meer persoonlijkheidsstoornissen. Ook ontbreken bij de diagnostische meetinstrumenten voor persoonlijkheidspathologie veelal normtabellen voor ouderen. In hoofdstuk 3 worden deze tekortkomingen en gevolgen hiervan verder uiteengezet.

2.6 Literatuur

American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (1th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (2th ed.)*. Washington DC: Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (3th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (3th ed. revised)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (4th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (4th ed. textual revision)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Barlow, D.H., & Hofmann, S.G. (1997). Efficacy and dissemination of psychological treatments. In D.M. Clark & C.G. Fairburn (Red.). *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 95-117). London: Oxford University Press.

Beck, A.T., Freeman, A., Pretzer, J., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.

Boonstra, M., Sergeant, J., & Kooij, S. (1999). *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Bornstein, R.F. (1995). Comorbidity of dependent personality disorder and other psychological disorders: an integrative review. *Journal of Personality Disorders*, 9, 286-303.

Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (2002). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2): manual for administration scoring and interpretation- revised edition*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Cloninger, C.R. (2000). A practical way to diagnosis personality disorder: a proposal. *Journal of Personality Disorders*, 14, 99-108.

Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., & Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 977-991.

Coker, L.A., Samuel, D.B., & Widiger, T.A. (2002). Maladaptive personality functioning within the Big Five and the Five Factor model. *Journal of Personality Disorders*, 16, 385-399.

Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 362-371.

Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI), professional manual*. Psychological Assessment Resources Inc.

Derksen, J.J.L. (1993). *Handboek persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.

Derksen, J.J.L. (2001). *Descriptieve en structurele psychodiagnostiek. Twee essays*. Nijmegen: PEN Test Publisher.

- Díaz-Marsá, M., Carrasco, J.L. & Sáiz, J. (2000). A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 14, 352-359.
- Dyck, I.R., Phillips, K.A., Warshaw, M.G., Shea, M.T., Stout, R.L., Massion, A.O., Zlotnick C., & Keller, P. (2001). Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia. *Journal of Personality Disorders*, 1, 60-71.
- Egger, J.I.M. (2003). *Construct validity of the Dutch MMPI-2. Clinical studies on the assessment of psychopathology and personality*. Academisch proefschrift. Enschede: Ipskamp.
- 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.
- Harkness, A.R., & McNulty, J.L. (1994). The personality Psychopathology Five (PSY-5): Issue from the pages of a diagnostic manual instead of a dictionary. In S. Strack & M. Lorr (Red.). *Differentiating normal and abnormal personality* (pp. 291-315). New York: Springer.
- Harkness, A.R., McNulty, J.L., & Ben-Porath, Y.S. (1995). The Personality Psychopathology-Five (PSY-5): Constructs and MMPI-2 scales. *Psychological Assessment*, 7, 104-114.
- Hettema, P.J. (2002). *Persoonlijkheid van top tot teen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Jongedijk, R.A. (2001). Psychiatrische diagnostiek en het DSM-systeem. Een kritisch overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 309-319.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson Inc.
- Kiesler, D.J. (1984). *Check List of Psychotherapy Transactions (CLOPT)*. Richmond: Virginia Commonwealth University.
- Kiesler, D.J. (1986). The 1982 interpersonal circle: An analysis of DSM-III personality disorders. In T. Millon & G. Klerman (Red.). *Contemporary directions in Psychopathology, toward the DSM-IV* (pp. 571-597). New York: The Guilford Press.
- Kiesler, D.J. (1996). From communications to interpersonal theory: a personal odyssey. *Journal of Personality Assessment*, 66, 267-282.
- Kiesler, D.J., Van Denburg, T.F., Sikes-Nova, V.E., Larus, J.P. & Goldston, C.S. (1990). Interpersonal behavior profiles of eight cases of DSM-III personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 440-453.
- Knoppert-Van der Klein, E.A.M., & Hoogduin, C.A.L. (1999). Persoonlijkheidsstoornissen volgens de Personality Diagnostic Questionnaire-Revised (PDQ-R) bij patiënten met een bipolaire stoornis: een replicatieonderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 67-73.
- Koerselman, G.F. (2004). Transcraniële magnetische stimulatie: fascinerende ontwikkeling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148, 408-410.
- Krueger, R.F., & Tacket, J.L. (2003). Personality and psychopathology: working toward the bigger picture. *Journal of Personality Disorders*, 17, 109-128.

- Lazarus, R.S., & Monat, A. (1979). *Personality*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press.
- Livesley, W. (2003). Introduction to the special feature on personality, personality disorder and psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 17, 87-89.
- McDermut, W., Zimmerman M., & Chelminski I. (2003). The construct validity of depressive personality disorder. *Journal of Abnormal Behaviour*, 112, 49-60.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, Axis II*. New York: Wiley.
- Millon, T. (1994). *Manual for the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T., & Davis, R.D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. New York: Wiley.
- Millon, T. & Everly jr., G.S. (1985). *Personality and its disorders: a biosocial-learning approach*. New York: Wiley.
- Oldham, J.M., Skodol, A.E., Kellman, H.D., Hyler, SE, Doidge, N., Rosnick, L., & Gallaher, P.E. (1995). Comorbidity of axis I and axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 571-578.
- Patrick, J. (1999). Gebruik van psychologische tests voor de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. In P.S. Links (Red.). *Ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Diagnostiek en behandeling* (pp. 63-89). Amsterdam: Syn-Thesis uitgevers.
- Poling, J., Rounsaville, B.J., Ball, S., Tennen, H. Kranzler, H.R., & Triffleman, E. (1999). Rates of personality disorders in substance abusers: a comparison between DSM-III-R and DSM-IV. *Journal of Personality Disorders*, 13, 375-384.
- Teune, K.J., Abraham, R.E., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Snellen, W.M. (2003). Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek met behulp van semi-gestructureerde interviews: het Ontwikkelingsprofiel en het Structurele Interview. In E.H.M Eurelings-Bontekoe & W.M. Snellen (Red.). *Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek* (pp. 263-303). Lisse: Swets & Zeitlinger publishers.
- Tyrer, P., Gunderson, J., Lyons, M., & Tohen, M. (1997). Special feature: Extent of comorbidity between mental state and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11, 242-259.
- Sanderson, W., Wetzler, S., Beck, A., & Betz, F. (1993). Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 51, 167-174.
- Sprey, A. (2002). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen. Diagnostiek, cognitieve gedragstherapie en therapeutische relatie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Sprock, J. (2002). A comparative study of the dimensions and facets of the Five-Factor Model in the diagnosis of cases of personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 16, 402-423.
- Svrakic, D.M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T.R., & Cloninger, C.R. (2002). Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 189-195.

- Van Praag, H.M. (1999). Nosologomanie, een aandoening van de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 703-712.
- Van den Brink, W. (1989). *Meting van DSM-III persoonlijkheidspathologie: betrouwbaarheid en validiteit van SIDP-R en As-II van de DSM-III*. Academisch proefschrift. Groningen: Van Denderen.
- 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.
- 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.
- Widiger, T.A. (2003). Personality disorder and axis I psychopathology: the problematic boundary of axis I and axis II. *Journal of Personality Disorders*, 17, 90-108.
- Widiger, T.A., & Costa, P.T. (1994). Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 78-91.
- Widiger, T.A., & Costa, P.T. (2002). Five-Factor model personality disorder research. In P.T. Costa & T.A. Widiger (Red.). *Personality disorders and the five factor model of personality* (pp. 59-88). Washington, DC: American Psychological Association.
- Widiger, T.A., & Shea, T. (1991). Differentiation of Axis I and Axis II disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 399-406.
- Wiggings, J.S., & Pincus, H.A. (1989). Conceptions of personality disorder and dimensions of personality. *Psychological Assessment*, 1, 305-316.
- World Health Organisation. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organisation.
- Zimmerman, M., & Coryell, W. (1989). DSM-III personality disorder diagnosis in a non-patient sample. *Archives of General Psychiatry*, 46, 682-689.
- Zimmerman, M., & Mattia, J.I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 4, 245-252.

HOOFDSTUK 3

PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN BIJ OUDEREN

EEN LITERATUUROVERZICHT*

* Gepubliceerd als: 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.

3.1 Inleiding

Klinisch-wetenschappelijk onderzoek naar de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen kan relevante informatie opleveren voor de constructie van het screeningsinstrument. Op basis van een literatuurstudie worden in dit hoofdstuk de belangrijkste klinische aspecten van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen weergegeven. Hierbij zijn de volgende vragen gesteld:

- In hoeverre is het concept 'persoonlijkheidsstoornis' in de klinische praktijk bruikbaar voor ouderen?
- Wat is er vanuit de literatuur bekend over het beloop, de manifestatie en prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen?
- Waaruit bestaat persoonlijkheidsonderzoek bij ouderen?
- Welke behandelmogelijkheden zijn er?

3.2 Methode

Met behulp van PsychInfo, Medline en PubMed (jaargangen 1980-2003) is een literatuuronderzoek uitgevoerd met als zoektermen de combinatie '*personality disorders*' en '*elderly*'. Dit leverde in totaal 54 bruikbare literatuurverwijzingen op.

3.3 Resultaten

Het DSM-IV TR As-II criteria

In het vorige hoofdstuk (§ 2.3) is in het algemeen ingegaan op de definiëring, ontwikkeling en knelpunten van de DSM-persoonlijkheidsstoornissen. Een aantal kanttekeningen moet echter worden geplaatst bij de operationalisering van de algemene diagnostische As-II criteria in relatie tot ouderen. Allereerst ontbreekt vaak betrouwbare informatie om bijvoorbeeld vier tot zeven decennia terug te gaan ten einde het 'duurzame patroon' van disfunctioneren in kaart te brengen (Agronin & Maletta, 2000). Vervolgens ontstaat de vraag naar de mate van 'stabiliteit'. In hoeverre dient het patroon van disfunctioneren gedurende de levensloop stabiel te zijn? Reich, Yates en Nduaguba (1988) concluderen dat bij een aantal specifieke persoonlijkheidsstoornissen sprake is van een afname na het dertigste levensjaar en weer een toename van pathologie na het vijftigste levensjaar. Ook Teunisse (1990) komt in een literatuurstudie over het beloop van de borderline persoonlijkheidsstoornis tot deze conclusie. Volgens Sadavoy (1987) is een dergelijke toename te begrijpen uit de invloed van voor ouderen specifieke stressfactoren, in het bijzonder verlieservaringen. Als gevolg van inadequate copingmechanismen ten aanzien van deze verlieservaringen ontstaat een toename van pathologie op latere leeftijd. Een andere kanttekening is dat het DSM-criterium ten aanzien van beperkingen op het gebied van 'beroepsmatig functioneren' een

ondergeschikte rol heeft, aangezien loopbaanontwikkelingen niet meer aan de orde zijn. Verder bestaat de mogelijkheid dat de oorzaak van 'sociaal disfunctioneren' bij ouderen, zoals sociale isolatie, niet gebaseerd is op de persoonlijkheid maar het gevolg is van lichamelijke achteruitgang of overlijden van naasten.

Dergelijke beperkingen gelden ook voor een aantal criteria van de *specifieke* persoonlijkheidsstoornissen, zoals de cluster A-kenmerken 'sociale isolatie' en 'geringe belangstelling voor seksuele ervaringen met een ander' (Avina, O'Donohue & Fisher, 2000). Ook zijn de volgende cluster B-kenmerken bij ouderen minder aan de orde: 'problemen in de werksituatie' en 'impulsieve gedragsuitingen' zoals de DSM-criteria met betrekking tot herhaaldelijke vechtpartijen of geweldpleging evenals impulsiviteit op andere gebieden, zoals seksuele uitpattingen en roekeloos autorijden (Clarkin, Spielman, & Klausner, 1999). Daarnaast is het criterium over ongepast verleidelijk seksueel en uitdagend gedrag waarschijnlijk minder frequent aan de orde bij hoogbejaarden. Cluster C-criteria aangaande het vermijden van beroepsmatige activiteiten met sterk intermenselijke contacten evenals overmatig toegewijd zijn aan werk en productiviteit zijn vrijwel alleen gericht op de leefwereld van jongere volwassenen. Enkele kenmerken van de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis komen op latere leeftijd juist regelmatig voor als gevolg van lichamelijke en cognitieve achteruitgang.

Een ander probleemgebied is de pregnante samenhang tussen *state*- en *trait*-aandoeningen. Een chronisch verlopende, slecht herstellende depressie kan geïnterpreteerd worden als een uitingsvorm van onderliggende persoonlijkheidsproblematiek, wat de differentiatie tussen psychische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen bemoeilijkt (Rinsma & Colon, 1997). Verreweg het merendeel van het 'state-trait-onderzoek' bij ouderen is verricht naar depressies. Uit een aantal onderzoeken blijkt dat ouderen met *early onset* depressies meer persoonlijkheidsstoornissen vertonen dan ouderen met *late onset* depressies (Abrams, Rosendahl, Card & Alexopoulos, 1994; Camus et al., 1997; Devanand et al., 2000; Vine & Steingart, 1994). Het betreft in deze onderzoeken met name cluster C-persoonlijkheidsstoornissen. Recent wezen Condello, Padoani, Uguzzoni, Caon en De Leo (2003) op mogelijke veranderingen die op kunnen treden bij persoonlijkheidspathologie op latere leeftijd: de pathologie uit zich dan in andere vormen, zoals depressie. Tevens blijkt dat de aanwezigheid van persoonlijkheidspathologie een significante factor is bij de behandeling van depressieve ouderen en dat deze van invloed kan zijn op het (residuele) beloop van depressies (Abrams et al., 2001; Coolidge, Janitel & Griego, 1994).

De vraag blijft echter of persoonlijkheidspathologie nu een oorzaak of gevolg is van chronisch depressieve problematiek en op welke wijze deze *state*- en *trait*-aandoeningen gemeten en geïnterpreteerd moeten worden ten einde een adequate differentiatie te kunnen maken tussen bijvoorbeeld een chronisch dysthyme stoornis en een depressieve persoonlijkheidsstoornis. Dit conceptuele probleem is verder uitgewerkt aan de hand van hypothesen over syndroomcontinuïteit in hoofdstuk 2 (§ 2.3).

Etiologie en beloop

De etiologie van persoonlijkheidsstoornissen kan het beste worden begrepen vanuit een biopsychosociaal model. Uit tweelingenonderzoek blijkt dat ongeveer 50% van de gemeten persoonlijkheidstrekken aan genetische factoren moet worden toegeschreven (Livesley et al., 1993). Terwijl de biologische factor als belangrijkste determinant van het type persoonlijkheidsstoornis wordt gezien, worden psychologische en sociale invloeden verondersteld ten grondslag te liggen aan de versterking van persoonlijkheidstrekken tot persoonlijkheidsstoornissen (Verheul & Van den Brink, 1999). Voorbeelden van de drie genoemde soorten determinanten zijn genetische invloeden op temperament, opvoedingsstijlen en traumatische ervaringen alsmede de mate waarin de huidige maatschappij structuur en geborgenheid biedt (Bögels & Arntz, 1996).

Hoewel de ontwikkeling gedurende de levensloop niet los gezien kan worden van invloeden die vrijwel iedere persoon op een bepaald moment in het leven ondervindt binnen zijn historisch en maatschappelijk kader (leeftijdsnormatieve factor respectievelijk historisch normatieve factor) is er sprake van een cumulatie van niet-normatieve factoren met het toenemen van de leeftijd. Een voorbeeld van niet-normatieve factoren zijn somatische ziekten. Deze factoren leiden tot meer interindividuele verschillen bij oudere volwassenen vergeleken met jongere volwassenen (Perlmutter & Hall, 1985). Op hogere leeftijd wordt een tendens beschreven van verminderde geheugen- en aandachtsfuncties, een toename van het vermogen tot zelfbeheersing en uitstel van behoeftebevrediging, evenals achteruitgang van zintuiglijke functies. Ook zou op hoge leeftijd sprake zijn van meer bezorgdheid over lichamelijk functioneren en versterkt wantrouwen ten opzichte van de omgeving, in het bijzonder bij premorbide achterdocht (Stek, 2001). Costa en McCrae (1997) hebben uitvoerig cross-sectioneel onderzoek verricht naar de stabiliteit van vijf fundamentele karaktertrekken (Big Five): neuroticisme, extraversie, openheid, altruïsme en consciëntieusheid. Zij constateerden dat deze over het algemeen stabiel zijn gedurende de levensloop en dat veranderingen vooral vóór het dertigste levensjaar plaatsvinden. In een recent overzichtsartikel van Helson et al. (2002) daarentegen is geconcludeerd dat de persoonlijkheid wel verandert gedurende de levensloop. Zo zou met het toenemen van de leeftijd hoger worden gescoord op de karaktertrekken altruïsme en consciëntieusheid. Onderzoek van Srivastava et al. (2003) vermelden hierbij tevens een afname van neuroticisme en openheid.

Over het beloop van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is weinig bekend. Gevalsbeschrijvingen suggereren dat ouderen met een antisociale, borderline, theatrale of narcistische persoonlijkheidsstoornis een afname van agressief én impulsief gedrag vertonen en een toename van hypochondere en depressieve klachten (Solomon, 1981). Bij ouderen met een persoonlijkheidsstoornis waarbij de preoccupatie met controle over affecten en impulsen centraal staat (de paranoïde, schizoïde, schizotypische en obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis) blijven de gedragsuitingen ofwel onveranderd ofwel blijkt er een toename van rigide gedrag en achterdocht. Longitudinaal onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen tot in de ouderdom ontbreekt echter. Alleen bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis zijn lange termijn follow-uponderzoeken verricht die wijzen op een afname van antisociale kenmerken op latere leeftijd (Black,

Baumgard, & Bell, 1995). Verder is een aantal lange termijn follow-up studies verricht naar de borderline persoonlijkheidsstoornis, maar slechts tot het zestigste levensjaar. Er zijn aanwijzingen 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 (Mc Glashen, 1986; Paris, Brown, & Nowlis, 1987). Er zijn echter ook aanwijzingen dat de manifestatie van de borderline persoonlijkheidsstoornis tot het dertigste levensjaar chaotisch en turbulent is, gevolgd wordt door een afname van borderline symptomen tussen het dertigste en veertigste levensjaar en dat vooral depressieve klachten en alcoholmisbruik na het vijftigste levensjaar toenemen (Teunisse, 1990).

Prevalentie

De in de literatuur gepresenteerde prevalenties van persoonlijkheidsstoornissen bij patiënten ouder dan zestig jaar lopen sterk uiteen. Dit houdt mede verband met het gebruik van verschillende onderzoeksmethoden, informatiebronnen en onderzoeksinstrumenten. Onderlinge vergelijkbaarheid is hierdoor nauwelijks mogelijk (Engelen, 1999). Bij dit literatuuronderzoek zijn alleen die studies betrokken waarbij gebruik is gemaakt van de DSM As-II criteria, gezien de eenduidige definiëring van zowel de algemene term persoonlijkheidsstoornis als de terminologie van de specifieke persoonlijkheidsstoornissen.

De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen in de algemene bevolking ligt tussen de 2.8% (Weissman, 1993) en 13% (Ames & Molinari, 1994). Het percentage poliklinisch/ambulant behandelde ouderen met een persoonlijkheidsstoornis ligt tussen de 5 en 33% (Mezzich, Fabrega, Coffman & Claven, 1987; Molinari & Marmion, 1993). Bij klinisch behandelde ouderen worden cijfers vermeld tussen de 7 en 61.5% (Casey & Schrodtt, 1989; Molinari & Marmion, 1995). Bij een (poli)klinische onderzoekspopulatie ouderen met depressieve problematiek varieerden de percentages tussen de 10 en 65% (Abrams, Alexopoulos, & Young, 1987; Camus et al., 1997). Door Abrams en Horowitz (1999) is een meta-analyse verricht van 16 prevalentiestudies in klinische of poliklinische settings, dan wel in de algemene bevolking in de periode 1980-1997. Uit dit onderzoek blijkt het gemiddelde prevalentiepercentage bij volwassenen boven de 50 jaar 20% te zijn en bij volwassenen jonger dan 50 jaar 22%. Een kanttekening hierbij is de leeftijdsgrens die voor de onderzoekspopulatie 'ouderen' werd gehanteerd. Indien deze leeftijdsgrens zou worden opgehoogd, zouden er te weinig studies geïnccludeerd kunnen worden in deze meta-analyse. Verder was sprake van een heterogene onderzoeksgroep (verschillende steekproefpopulaties) en ging het meestal om geringe aantallen.

Over de prevalentie van de specifieke persoonlijkheidsstoornissen lijkt iets meer eenduidigheid te bestaan. Cluster-A en -C persoonlijkheidsstoornissen komen bij ouderen relatief vaak voor, terwijl de cluster-B persoonlijkheidsstoornissen meer bij jongere volwassenen worden gezien. De DSM-IV-TR (APA, 2000) suggereert dat de borderline en de antisociale persoonlijkheidsstoornis minder vaak voorkomen op latere

leeftijd. Bij de obsessieve-compulsieve en schizotypische persoonlijkheidsstoornis lijkt een afname op latere leeftijd zeker niet het geval. Een factor die bijdraagt tot een daling in cluster-B is de verhoogde mortaliteit in deze groep. Bij borderline patiënten is beschreven dat na ruim 16 jaar 9% zich had gesuïcideerd (Stone, 1993). Verder kan riskant gedrag zoals verslavingen of roekeloos rijgedrag een oorzaak zijn (Fishbain, 1996). In een cross-sectionele studie van Coolidge et al. (1992) is geconcludeerd dat bij ouderen de diagnoses schizoïde en obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis vaker worden gesteld dan bij jongeren. Watson & Sinha (1996) stelden in hun prevalentieonderzoek vast dat ouderen significant hoger scoorden op schizoïde kenmerken dan jongere volwassenen. Laatstgenoemden scoorden significant hoger op antisociale en narcistische kenmerken. Molinari, Ames en Essa (1994) vermeldden hogere aantallen obsessieve-compulsieve en afhankelijke persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen, vergeleken met jongeren. De eerdergenoemde meta-analyse (Abrams & Horowitz, 1999) vond bij ouderen vooral de paranoïde persoonlijkheidsstoornis (19.8%) en de schizoïde persoonlijkheidsstoornis (10.8%). De overige specifieke persoonlijkheidsstoornissen lagen tussen de 2.6 en 7.8%. Bij deze meta-analyse valt op dat het zwaartepunt van de specifieke persoonlijkheidsstoornissen binnen het schizofrene spectrum lag. Mogelijk was hier deels sprake van een leeftijdsbias, gezien een lichte toename van wantrouwen tijdens het 'gezonde' ouder worden. Ook een verminderde beleving van emoties met het toenemen van de leeftijd kan hierbij een rol spelen (Lampe & Heeren, 1997) en onterecht geïnterpreteerd worden als cluster-A gedrag. Verder blijkt het merendeel (55%) van de onderzochte studies verricht te zijn in een klinische setting waar chronische psychotische problematiek over het algemeen vaker aan de orde is dan in een poliklinische/ambulante setting en bij ouderen uit de algemene bevolking of verzorgingshuizen.

(Test)diagnostiek

Bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen kan een onderscheid worden gemaakt tussen descriptieve en structurele psychodiagnostiek. In contrast met de descriptieve beschrijvingen van de DSM, gericht op symptomen en observeerbaar gedrag, staan de psychoanalytische en psychodynamische benadering van persoonlijkheid centraal waarbij de nadruk ligt op de onbewuste dieptestructuur van de persoonlijkheid (zie verder §2.4). In dit hoofdstuk komt de bespreking van enkele facetten van de descriptieve psychodiagnostiek, in het bijzonder de DSM-IV TR, aan de orde.

Het belangrijkste knelpunt bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is dat de As-II criteria van DSM meestal gericht zijn op de leef- en belevingswereld van jongere volwassenen. Naast het ontbreken van een gouden standaard kan een aantal specifieke kenmerken van invloed zijn op de resultaten van persoonlijkheidsonderzoek bij ouderen. Bij ouderen is sprake van een hoge prevalentie van syndromen met cognitieve stoornissen, lichamelijke comorbiditeit, functionele veranderingen (bijvoorbeeld veranderingen in zintuigfunctie, evenwicht en mobiliteit die van invloed zijn

op het dagelijkse functioneren), levensfaseproblemen (o.a. pensionering, veranderingen van eigen gezondheid of verlies van autonomie) en grote interindividuele variabiliteit (Heeren, 2001). Bij veroudering treedt een clustering van biologische en sociale veranderingen op, waarbij adequate copingmechanismen van cruciaal belang zijn. Indien inadequate copingmechanismen worden gehanteerd, leidt dit tot een verhoogde kans op psychopathologie (Sadavoy & Fogel, 1992; Van Alphen, Engelen, Kuin, Derksen & Van der Staak, 2001).

Bij persoonlijkheidsonderzoek moeten organisch cerebrale aandoeningen en psychiatrische stoornissen, zoals depressies en floride psychosen, worden uitgesloten. Ook lichamelijke oorzaken moeten in kaart worden gebracht. Het verdient tevens de voorkeur om bij persoonlijkheidsonderzoek gebruik te maken van verschillende informatiebronnen zoals, gedragsobservaties, biografie, hetero-anamnese, eigen persoonsomschrijving en testonderzoek op het gebied van cognitie, stemming en persoonlijkheid (Derksen, 2001). Tot op heden ontbreken specifieke diagnostische instrumenten voor de vaststelling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. De bestaande meetinstrumenten, die zijn gebaseerd op de DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen, zijn eerder bestemd voor jongere volwassenen. Dit zijn zelfbeoordelingsvragenlijsten en semi-gestructureerde interviews.

In tabel 3.1 wordt een overzicht gegeven van de Nederlandstalige meetinstrumenten van DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen. De huidige meetinstrumenten schieten op een aantal punten tekort bij ouderendiagnostiek. Allereerst ontbreekt een gouden standaard voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen, waardoor de validiteit van het huidige meetinstrumentarium te wensen overlaat. Daarnaast zijn zowel de zelfbeoordelingsvragenlijsten als de semi-gestructureerde interviews weinig gebruikersvriendelijk voor ouderen. De zelfbeoordelingsvragenlijsten bestaan uit een groot aantal items (tussen de 100 en 197 items) en de afname van semi-gestructureerde interviews neemt relatief veel tijd in beslag (bij jongere volwassenen ligt dit tussen de 120 en 180 minuten). Ook begripsproblemen zoals intellectueel, abstract of populair taalgebruik beperken het gebruik van deze meetinstrumenten bij ouderen (Mroczek, Hurt, & Berman, 1999). Tevens wordt de testafname gecompliceerd door het minder bekend zijn van ouderen met testsituaties en door een toename van lichamelijke handicaps met het ouder worden (Overduin, 1999).

Een procedure die gehanteerd kan worden bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen is de LEAD-standaard (Longitudinal, Expert and All Data) (Verheul, Van den Brink, Spinhoven & Haringsma, 2000). 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.

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, informantengegevens, 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 (Verheul et al., 2000). Bij ouderen is het gebruik van een aantal onderdelen van deze standaard, zoals biografie, heteroanamnese en dossiergegevens aangewezen, omdat betrouwbare en valide meetinstrumenten ontbreken. Tevens hebben ouderen al een lang leven achter de rug, 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 observatie periode. Bovendien werden niet altijd informantinterviews afgenomen (Wilberg, Dammen, & Friis, 2000). Ook is de LEAD-standaard een tijdsintensieve procedure en 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 (Verheul & Van den Brink, 1999).

Tabel 3.1 Nederlandstalige meetinstrumenten voor DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen

Zelfbeoordelingsvragenlijsten
<ul style="list-style-type: none"> ▪ VKP Vragenlijst voor Kenmerken van de Persoonlijkheid (Duijsens et al., 1993) ▪ PDQ-4 Personality Diagnostic Questionnaire-IV (Akkerhuis et al., 1996) ▪ ADP-IV Assessment DSM Persoonlijkheidsstoornissen-versie DSM-IV (Schotte & Doncker, 1994) ▪ MCMI-III Millon Clinical Multiaxial Inventory III (Derksen, Sloore, & De Meij, 1994)
Semi-gestructureerde interviews
<ul style="list-style-type: none"> ▪ SIDP-IV Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders (De Jong et al., 1996) ▪ SCID-II Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (Weertman, Arntz, & Kerkhofs, 1996) ▪ IPDE International Personality Disorder Examination (Diekstra & Duijsens, 1996)

Behandeling

De behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen komt in een beperkt aantal publicaties aan de orde. Het gaat doorgaans om gevalsbeschrijvingen waarin

medicamenteuze en psychotherapeutische behandelingsvormen aan bod komen. Effectstudies ontbreken tot op heden (Segal, Coolidge, & Rosowsky, 2000).

Een eerder verricht onderzoek van Soloff (1997) heeft als uitgangspunt gediend voor Agronin (1999) bij het bespreken van een aantal medicamenteuze behandelingsvormen bij ouderen. Soloff vond 83 studies over jongere volwassenen, in de periode 1984-1995, waarbij 77% borderline problematiek betrof, 12% een schizotypische persoonlijkheidsstoornis en 11% overige persoonlijkheidsstoornissen. Naast een mogelijke leeftijdbias met betrekking tot ouderen, was in dit onderzoek ook sprake van een beperkt aantal specifieke persoonlijkheidsstoornissen. Veel studies hebben zich niet specifiek gericht op de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen, maar op comorbide pathologie zoals depressies, angststoornissen of psychosen. Met deze restricties kan worden gesteld dat patiënten uit het A-cluster het meest gebaat zijn met lage doseringen van een klassiek of atypisch antipsychoticum. Uiteenlopende psychofarmaca worden gebruikt om het agressieve, impulsieve, ontremde en depressieve gedrag van patiënten uit het B-cluster te verminderen: antipsychotica, benzodiazepinen, stemmingsstabilisatoren (lithiumcarbonaat en anti-epileptica) en antidepressiva, in het bijzonder de Selectieve Serotonerge Re-uptake Inhibitors (SSRI's). Bij het voorschrijven van benzodiazepinen moet men bij bepaalde persoonlijkheidsstoornissen terughoudend zijn wegens het risico van afhankelijkheid en suïcidepogingen (Verheul, 2003). In het vreesachtige, vaak met depressie gepaard gaande C-cluster zijn de SSRI's het middel van eerste keuze (Segal, Coolidge, & Rosowsky, 2000).

De Leo, Scocco en Meneghel (1999) onderschrijven de eerdergenoemde farmacotherapeutische therapieën grotendeels. Volgens hen zijn psychotherapeutische behandelingsvormen met het accent op verandering van de persoonlijkheid bij ouderen doorgaans een te ambitieus doel. Cognitieve achteruitgang, ernstige somatische aandoeningen, levenslang onvermogen om onaangename feiten te accepteren en gebrekkige interpersoonlijke relaties compliceren een op inzicht georiënteerde vorm van psychotherapie. De Leo, Scocco en Meneghel bespreken een aantal psychotherapeutische behandelingsvormen voor ouderen, met als belangrijkste de cognitieve therapie, kortdurende psychoanalytische therapie, dialectische gedragstherapie en interpersoonlijke psychotherapie. Dialectische gedragstherapie en de interpersoonlijke psychotherapie hebben volgens hen de voorkeur. Dit zijn immers behandelvormen met actuele gedragingen, dan wel relatieverhoudingen als aangrijpingspunt in de therapie. Bij kortdurende psychoanalytische therapie worden meestal focale conflicten met behulp van duiding onder de loep genomen en bij cognitieve psychotherapie zijn het vooral de basale denkfouten die aan de orde worden gesteld. Beide therapievormen doen een aanzienlijk beroep op het introspectieve, respectievelijk abstracte denkvermogen en zijn hierdoor minder geschikt voor ouderen (De Leo, Scocco, & Meneghel, 1999).

Een adaptatiebevorderende behandeling bij ouderen is vaak het meest aangewezen, al of niet ondersteund met farmacotherapie. In de praktijk bestaat dit behandelingstype onder meer uit ondersteunende, individuele begeleiding of groepsgerichte deeltijdbehandeling. Adviserende en egoversterkende gesprekken, assertiviteitstrainingen, het

opzetten van een dagstructuur met passende activiteiten en het geven van psycho-educatie zijn hierin belangrijke onderdelen. Bij een intensieve, individuele ambulante behandeling kan hulp worden geboden door psychiatrische intensieve thuiszorg (PIT) of ambulante woonbegeleiding (AW). Voorbeelden van passende dagactiviteiten zijn een geronto-psychiatrische dagopvang in een verzorgingshuis of individuele begeleiding door een activiteitentherapeut.

Psycho-educatie bestaat hoofdzakelijk uit het geven van omgangs- en gedragsadviezen aan de mantelzorg, huisartsen of verzorgenden en verpleegkundigen van de thuiszorg, respectievelijk in een verzorgingshuis of verpleegkliniek. Enkele algemene vuistregels zijn een begripvolle, consequente, zelfverzekerde grondhouding van de hulpverlener met onderkenning van eigen weerstanden (Verheul, 2003). Meer specifiek op clusterniveau ligt bij ouderen met cluster-A persoonlijkheidsstoornissen de nadruk op het accepteren van de onverschilligheid of teruggetrokkenheid van betrokkene: voldoende afstand is nodig (zakelijke houding). Bij het B-cluster is het van belang grenzen te stellen en deze consequent te hanteren. Uitleg over de achtergronden en uitingsvormen van 'splitsinggedrag' is aan te raden voor de familie en de medewerkers van de afdeling (Johnson, 1994; Rosowsky & Gurian, 1992). Ook het combineren van kritiek met bewondering en lof, en het serieus nemen van niet objectiveerbare somatische klachten zijn belangrijke aspecten. Aan ouderen uit het C-cluster wordt onder meer geadviseerd zelfstandig activiteiten te ondernemen. Daarbij zijn 'kleine stappen' zeer belangrijk. De eigenwaarde moet vergroot worden en het aanbieden van meer structuur is noodzakelijk. Het laten behouden van eigen gewoonten en regels geeft rust en speciale aandacht is nodig om veranderingen van tevoren te bespreken. Op deze wijze kan angstig gedrag gereduceerd worden (Landesman, 2003; Van Alphen, 2002).

3.4 Conclusies

'Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen' is een relatief jong thema in de psychologie en psychiatrie en de DSM-IV-TR definitie van 'persoonlijkheidsstoornis' lijkt niet zozeer een statisch maar meer een dynamisch begrip te zijn (Widiger & Seidlitz, 2002). In de klinische praktijk is het DSM-concept bij ouderen lastig te hanteren: de manifestatie van persoonlijkheidspathologie kan verschillend zijn van die van jongere volwassenen en onduidelijk is op welke wijze het 'duurzame en stabiele beloop' bij ouderen geïnterpreteerd moet worden. Deze conceptuele problemen hebben mogelijk invloed op de uiteenlopende prevalentiecijfers binnen de verschillende onderzoekspopulaties. Meerdere auteurs pleiten dan ook voor een geriatrische subclassificatie van persoonlijkheidsstoornissen (Abrams, 1996; Agronin & Maletta, 2000).

Persoonlijkheidsonderzoek bij ouderen vereist specifieke aandacht en vaardigheden omtrent de (differentiële) diagnostiek van psychische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en somatische problematiek. Elementen van de LEAD-standaard kunnen hierbij een hulpmiddel zijn. Onderzoek naar de betrouwbaarheid en de validiteit van de LEAD-procedure bij de diagnostiek van As-II stoornissen bij ouderen is echter

aangewezen. De structuur van de LEAD-standaard bestaande uit meerdere informatiebronnen (o.a. observatiegegevens, biografische gegevens, informantengegevens en de ervaringen die de hulpverlener met de patiënt heeft) is wellicht goed te gebruiken voor het nog te ontwikkelen diagnostisch meetinstrument voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Tevens dient bij de item-inventarisatie van dit instrument rekening te worden gehouden met mogelijke gedragsverschuivingen gedurende de levensloop, in het bijzonder bij cluster B-persoonlijkheidsstoornissen. Wat betreft het laatstgenoemde cluster is een afname van agressief én impulsief gedrag evenals een toename van hypochondere en depressieve klachten op latere leeftijd niet onwaarschijnlijk (Solomon, 1981). Over de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is weinig bekend. Tot dusver lijkt een individuele of groepsgerichte adaptatiebevorderende aanpak, eventueel gecombineerd met psychofarmaca het meest aangewezen. Ook psycho-educatie is een belangrijk onderdeel in de hulpverlening (Rose, Soares, & Joseph, 1993). Gecontroleerd onderzoek naar de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is aangewezen. Ook moet het effect van de behandeling van As-I stoornissen in relatie met As-II stoornissen verder onderzocht worden. Tot slot blijkt uit dit literatuuronderzoek dat het de voorkeur verdient om een specifiek diagnostisch meetinstrument voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen te ontwikkelen, zodat een meer op de persoonlijkheid toegespitst hulpverleningsplan opgesteld kan worden. Ook voor psycho-educatieve activiteiten is een specifiek meetinstrument van belang om een inschatting te kunnen maken ten aanzien van de aanwezigheid, aard en ernst van de persoonlijkheidsstoornis.

3.5 Literatuur

Abrams, R.C. (1996). Editorial review: personality disorders in the elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 759-767.

Abrams, R.C., Alexopoulos, G.S., Spielman, L.A., Klausner, E., & Kakuma, T. (2001). Personality disorder symptoms predict declines in global functioning and quality of life in elderly depressed patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 67-71.

Abrams, R.C., Alexopoulos, G.S., & Young, R.C. (1987). Geriatric depression and DSM-III-R personality disorder criteria. *Journal of American Geriatric Society*, 35, 383-386.

Abrams, R.C., & Horowitz, S.V. (1999). Personality disorders after age 50: a meta-analytic review of the literature. In E. Rosowsky, R.C. Abrams & R.A. Zweig (Red.). *Personality disorders in older adults* (pp.55-68). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Abrams, R.C., Rosendahl, E., Card, C., Alexopoulos, G.S. (1994). Personality disorder correlates of late and early onset depression. *Journal of American Geriatric Society*, 42, 727-731.

Agronin, M. (1999). Pharmacologic treatment of personality disorders in late life. In E. Rosowsky, R.C. Abrams & R.A. Zweig (Red.). *Personality disorders in older adults* (pp. 229-25). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

- Agronin, M.E., & Maletta, G. (2000). Personality disorders in late life. Understanding and overcoming the gap in research. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 4-18.
- Akkerhuis, G.W., Van Kupka, R.W., Groenestijn, M.A.C, et al. (1996). PDQ-IV: *Vragenlijst voor persoonlijkheidskenmerken*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (4th ed. textual revision)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Ames, A., & Molinari, V. (1994). Prevalence of personality disorders in community living elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology*, 7, 189-194.
- 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.
- Black, D.W., Baumgard, C.H., & Bell, S.E. (1995). A 16- to 45-year follow-up of 71 men with antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 130-140.
- Bögels, S., & Arntz, A. (1996). Persoonlijkheidsstoornissen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (Red.). *Handboek psychopathologie. Deel 3* (pp. 242-264). Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Camus, V., De Mendonca Lima, C.A., Gaillard, M., Simone, I., & Wertheimer, J. (1997). Are personality disorders more frequent in early onset geriatric depression? *Journal of Affective Disorders*, 46, 297-302.
- Casey, D.A., & Schrod, C.J. (1989). Axis II diagnoses in geriatric inpatients. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology*, 2, 87-88.
- 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.
- Condello, C., Padoani, W., Uguzzoni U., Caon, F., De Leo, D. (2003). Personality disorders and self-perceived quality of live in an elderly psychiatric outpatient population. *Psychopathology*, 36, 78-83.
- Coolidge, F.L., Burns, E.M., Nathan, J.H., & Mull, C.E. (1992). Personality disorders in the elderly. *Clinical Gerontologist*, 12, 41-55.
- Coolidge, F.L., Janitel, P.M., & Griego, J.A. (1994). Personality disorders, depression and anxiety in the elderly. *Clinical Gerontologist*, 15, 80-83.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1997). Longitudinal stability of adult personality. In R.Hogan, J. Johnson & S. Briggs (Red.). *Handbook of personality psychology* (pp. 269-290). San Diego: Academic Press.
- De Jong, C.A.J., Derks, F.C.H., Van Oel, C.J., & Rinne, Th. (1996). *Gestructureerd interview voor de DSM-IV Persoonlijkheidsstoornissen (SIDP-IV)*. Sint Oedenrode: Stichting Verslavingszorg Oost-Brabant.
- De Leo, D., Scocco, P., & Meneghel, G. (1999). Pharmacological and psychotherapeutic treatment of personality disorders in the elderly. *International Psychogeriatrics*, 11, 191-206.
- Derksen, J.J.L. (2001). *Descriptieve en structurele psychodiagnostiek: Twee essays*. Nijmegen: Pen Test Publischer.

- Derksen, J.J.L., Sloore, H., & De Meij, H.R.A.. (1994). *De MCMI-III vertaald naar het Nederlands*. Nijmegen: KUN.
- Devanand, D.P., Turret, N., Moody, B.J., Fitzsimons, L, Peyser, S, Mickle K, Nobler, M.S., & Roose, S.P. (2000). Personality disorders in elderly patients with dysthymic disorders. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 8, 188-195.
- Diekstra, R.F.W., & Duijsens, I.J. (1996). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Duijsens, I.J., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Diekstra, R.F.W., & Ouwersloot, G. (1993). *Dutch VKP. Vragenlijst voor Kenmerken van de Persoonlijkheid*. Voorlopige Handleiding. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Engelen, G.J.J.A. (1999). Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: problemen en valkuilen van een nog te ontginnen terrein. In G.J.J.A. Engelen (Red.). *Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen* (pp.9-17). Amsterdam: Lundbeck.
- Fishbain, D.A. (1996). Personality disorders in young and old. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 602.
- Heeren, T.J., Kat, M.G., & Stek, M.L. (2001). Inleiding. In T.J. Heeren, M.G. Kat & M.L. Stek (Red.). *Handboek Ouderenpsychiatrie* (pp.11-13). Leusden: De Tijdstroom.
- Helson, R., Kwan, V.S.Y., John, O.P., Jones, C. (2002). The growing evidence for personality change in adulthood: findings from research with personality inventories. *Journal of Research in Personality*, 36, 287-306.
- Johnson, S.T. (1994). The interdisciplinary approach to treating the traumatized personality disordered elderly patient. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 221-240.
- Lampe, I.K., & Heeren, T.J. (1997). Veroudering en gedrag. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 676-678.
- Livesley, W.J., Jang, K., Jackson, D.N., & Vernon, P.A. (1993). Genetic and environmental factors in personality dimensions. *American Journal of Psychiatry*, 15, 1826-1831.
- Mc Glashen, T.H. (1986). The Chestnut Lodge Follow-Up Study III: Long-term outcome of borderline personalities. *Archives of General Psychiatry*, 43, 20-30.
- Mezich, T.E., Fabrega, H., Coffman, G.A., & Glavin, Y.F. (1987). Comprehensively diagnosing geriatric patients. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 68-76.
- Molinari, V., Ames, A., & Essa, M. (1994). Prevalence of personality disorders in two psychiatric inpatients units. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 7, 209-215.
- Molinari, V., & Marmion, J. (1993). Personality disorders in geropsychiatric outpatients. *Psychological Reports*, 73, 256-258.
- Molinari, V., & Marmion, J. (1995). Relationship between affective disorders and Axis II diagnoses in geropsychiatric patients. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 8, 61-64.

- Mroczeck, 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.
- Landesman, A. (2003). Mahler's developmental theory. Training the nurse to treat older adults with borderline personality disorder. *Journal of Gerontological Nursing*, 29, 22-28.
- 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.
- Paris, J., Brown, R., & Nowlis, D. (1987). Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 530-535.
- Perlmutter, M., & Hall, E. (1985). *Adult development and aging*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Reich, J., Yates, W., & Nduaguba, M. (1988). Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24, 12-16.
- Rinsma, E.S., & Colon, E.J. (1997). De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen kritisch bekeken. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 866-874.
- Rose, M.K., Soares, H.H., & Joseph, C. (1993). Frail elderly clients with personality disorders: a challenge for social work. *Journal of Gerontological Social Work*, 19, 153-165.
- Rosowsky, E., & Gurian, B. (1992). Impact of borderline personality disorder in late life on systems of care. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 386-389.
- Sadavoy, J. (1987). Character disorders in the elderly: An overview. In J. Sadovoy & M. Leszcz (Red.). *Treating the elderly with psychotherapy: The scope for change in later life* (pp. 175-229). Madison, CT: International Universities Press.
- Sadavoy, J., & Fogel, A. (1992). Personality disorder in old age. In J.E Birren, R.B. Sloane & G.D. Cohen GD (Red.). *Handbook of mental health and aging* (pp. 433-462). San Diego: Academic Press.
- Schotte, C., & De Doncker, D. (1994). *Assessment DSM Persoonlijkheidsstoornissen-versie DSM-IV (ADP-IV)*. Antwerpen: Universitair ziekenhuis.
- 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.
- Soloff, P.H. (1997). Psychobiologic perspectives on treatment of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11, 336-344.
- Solomon, K. (1981). Personality disorders in the elderly. In J.R. Lion (Red.). *Personality disorders, diagnosis, and management* (pp.310-338). Baltimore: Williams & Wilkens.
- Spitzer, R.L. (1983). Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24, 399-411.

- Srivastava, S., John, O.P., Gosling, S.D., Potter, J. (2003). Development of personality in early and middle adulthood: set like plaster or persistent change? *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1041-1053.
- Stek, L. (2001). Persoonlijkheidsstoornissen. In T.J. Heeren, M.G. Kat & M.L. Stek (Red.). *Handboek ouderenpsychiatrie* (pp. 125-132). Leusden: De Tijdstroom.
- Stone, M.H. (1993). *Abnormalities of personality*. New York: WW Norton and company.
- Teunisse, R.J. (1990). Het verloop op lange termijn van de borderline persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 32, 473-485.
- Van Alphen, S.P.J. (2002). Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: diagnostiek en behandeling. *Patient Care*, 12, 48-51.
- 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. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 32, 245-251.
- Verheul, R. (2003). De behandeling van persoonlijkheidsstoornissen: wetenschappelijke bevindingen en praktische richtlijnen. *Psychopraxis*, 5, 65-72.
- 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.
- Verheul, R., Van den Brink, W., Spinhoven, Ph., & Haringsma, R. (2000). Richtlijnen voor klinische diagnostiek van DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 409-422.
- Vine, R.G., & Steingart, A.B. (1994). Personality disorders in the elderly depressed. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 392-398.
- Watson, D.C., & Sinha, K.B. (1996). A normative study of the Coolidge Axis II Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 631-637.
- Weertman, A., Arntz, A., & Kerkhofs, M.L.M. (1996). *Gestructureerd klinisch interview voor DSM-IV Persoonlijkheidsstoornissen* (Nederlandse bewerking van First et al. SCID-II version 2.0, 1994). Maastricht: Universiteit Maastricht, vakgroep Medische Psychologie.
- Weissman, M.M. (1993). The epidemiology of personality disorders: A 1990 update. *Journal of Personality Disorders*, 7, 44-62.
- Widiger, T.A., & Seidlitz, L. (2002). Personality, psychopathology, and aging. *Journal of Research in Personality*, 36, 335-362.
- Wilberg T., Dammen T., Friis S. (2000). Comparing Personality Diagnostic Questionnaire-4+ with Longitudinal, Expert, All Data (LEAD) standard diagnoses in a sample with a high prevalence of axis I and axis II disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 295-302.

DEEL II

EEN BENADERING VANUIT DE PRAKTIJK

HOOFDSTUK 4

DRIE CASESTUDIES*

* Een eerdere versie van dit hoofdstuk is gepubliceerd als: 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. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 32, 245-251.

4.1 Inleiding

Gedurende de levensloop kunnen allerlei gebeurtenissen plaatsvinden die grote invloed hebben op de levenssituatie van de persoon zelf en zijn of haar omgeving. De betekenis die de persoon aan de gebeurtenissen verbindt, de wijze van omgang, de persoonlijke levensgeschiedenis en de huidige levenssituatie zijn bepalend voor de beleving van veranderingen (Kuin, 1989). Bij ouderen staan veel leeftijdspecifieke veranderingen in het teken van verlies (Godderis, 1986). Verlieservaringen zijn dan ook vaak op latere leeftijd de belangrijkste leeftijdspecifieke stressor. In de zogenaamde derde levensfase gaat het met name om verlies van maatschappelijke rollen (o.a. vertrek van de kinderen uit het ouderlijk huis en pensionering). In de vierde levensfase gaat het vaak om veranderingen in de eigen gezondheid of in de gezondheid van directe naasten met een bedreiging van autonomie. Ook komt de dood centraler te staan (Buijssen, 2001; Heeren, 2001). Ouder worden vraagt van het individu een aanpassing (Munnichs, 1989). De aanwezige steun in de sociale omgeving, persoonlijkheidseigenschappen en de gehanteerde copingstijl zijn van invloed op een adequate aanpassing aan deze veranderingen, respectievelijk stressoren. Copingstijlen waarbij sprake is van weinig of geen zelfreflectie, primitieve afweermechanismen, een gebrekkige ik-sterkte en een kwetsbaar vermogen tot realiteitstoetsing kunnen leiden tot onvoldoende verwerking van ingrijpende gebeurtenissen en uitmonden in psychische stoornissen. Dit type copingstijlen is typerend voor persoonlijkheidspathologie (Hellinga, 1994). Ouderen met een persoonlijkheidsstoornis zijn dan ook meer kwetsbaar voor de eerder beschreven leeftijdspecifieke stressoren (Sadavoy & Leszcz, 1987).

Uit verschillende onderzoeken die na 1990 zijn gepubliceerd blijkt het percentage persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen in de algemene bevolking te variëren tussen 2.8 en 13%. Deze verschillen worden nog groter wanneer het patiënten betreft die poliklinisch (tussen de 5 en 33%) dan wel klinisch (tussen de 7 en 61.5 %) worden behandeld (Van Alphen, Engelen, Kuin & Derksen, 2004).

Er is weinig onderzoek gedaan naar de diagnostiek en behandeling van deze stoornissen bij ouderen (Agronin & Maletta, 2000; Engelen & Van Alphen, 1998). In meerdere artikelen is betoogd dat de As-II criteria van DSM-IV niet zijn toegespitst op de leefwereld van ouderen hetgeen veelvuldig leidt tot onderdiagnostiek (Abrams, 1995; Agronin, 1994; Derksen, 2001; Rosowsky & Gurian, 1991; Sadavoy & Fogel, 1992). Dat de As-II criteria met name zijn gebaseerd op gedragingen van jongvolwassenen leidt eveneens tot een relatief hoog aantal geclassificeerde diagnoses persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven (NAO) bij ouderen (Abrams & Horowitz, 1996; Kunik et al., 1993).

Het vroegtijdig signaleren van persoonlijkheidspathologie is van belang voor de hulpverlening. De aanwezigheid van een As-II stoornis bij een As-I stoornis kan van invloed zijn op de duur, intensiteit en het type van hulpverlening. Zo blijkt uit een aantal studies dat de prognose van een As-I stoornis in dat geval slechter is. Bovendien is de kans op een recidief van een As-I stoornis groter (Andreoli, Bressot, Aapro, Tricot & Gognalons, 1989; Clarkin, Spielman, & Klausner, 1990). Daarbij is de motivatie voor

hulpverlening vaak gering en de therapietrouw slecht (Voorhoeve, 1997).

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van casestudies het effect van drie belangrijke leeftijdspecifieke stressoren beschreven bij ouderen met persoonlijkheidspathologie. Het betreft steeds verlieservaringen, namelijk verlies van gezondheid, relaties en autonomie. Iedere casus bestaat uit de volgende onderdelen: introductie, biografie, psychisch functioneren, eigen persoonsomschrijving en informantinformatie gevolgd door een beschouwing waarin de relaties tussen verlieservaring, persoonlijkheidsstructuur en presentatie van actuele psychische klachten worden besproken. Hierbij wordt uitgegaan van het DSM-IV-TR classificatiesysteem (APA, 2000).

Deze N=1-studies zijn onderdeel van een praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek met als doel een screeningsinstrument te ontwikkelen voor de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Hiervoor is als vooronderzoek een aantal gedetailleerde casestudies verricht waarbij de mate van coöperatie en motivatie van ambulante GGZ-patiënten bij psychodiagnostisch onderzoek is bestudeerd evenals de relevantie van het gebruik van heteroanamnestische informatie en de praktische problemen die bij ouderen kunnen voorkomen. Ook komt de geschiktheid van het huidige testmateriaal aan de orde. Daarnaast is middels deze casestudies een aantal specifieke diagnostische criteria voor ouderen met persoonlijkheidspathologie geïnterpreteerd.

In dit hoofdstuk zullen drie casestudies aan bod komen, die prototypisch zijn voor patiënten van een ambulante GGZ-instelling. De cases illustreren specifieke kenmerken van ouderen met een persoonlijkheidsstoornis binnen de aGGZ. Na de drie cases zal in de discussie onder meer aandacht worden besteed aan de verschillende copingstijlen ten aanzien van de verlieservaringen.

4.2 Verlies van gezondheid

Introductie

Patiënte A, een 72-jarige vrouw, werd door haar huisarts aangemeld bij de ambulante GGZ met de volgende gegevens: 'Mevrouw is karakterologisch eigenwijs en lastig. Zij heeft problemen met haar kinderen en de buurt. Verder heeft zij hypertensie maar weigert medicatie in te nemen. Zij heeft medisch ingrijpen afgewezen ten aanzien van een cerebraal aneurysma. Recent heeft zij een CVA doorgemaakt met als restverschijnselen een parese van de linker arm en het linker been. Sinds drie maanden is patiënte in toenemende mate jaloers; zij verdenkt haar man van overspel. De echtgenoot kan de situatie niet meer aan en wil graag hulp. Mevrouw is echter afwerend naar GGZ-interventies'. Tijdens de intake geeft patiënte aan dat er grote conflicten zijn met de burens en dat haar man niet ingrijpt. De zoon van de burens zou haar sinds enkele maanden tiranniseren door o.a. geluidsoverlast te veroorzaken. Daarnaast verdenkt patiënte haar man van overspel. De echtgenoot vermeldt tijdens de intake dat sinds hij met de VUT is gegaan -enige jaren geleden- er in toenemende mate relatieproblemen

zijn. Zijn vrouw zou hem slaan. Na het CVA zijn de relationele spanningen toegenomen. Verder zou zij in toenemende mate dominant en grensoverschrijdend zijn.

Biografie

Patiënte is de op één na jongste van een gezin bestaande uit zes kinderen. Haar vader was mijnwerker en haar moeder verzorgde de huishouding. Patiënte zegt van zichzelf dat ze in haar vroege jeugd een meisje was 'dat rap van de tong én bijdehand was'. Zij stond altijd in het middelpunt, had de leiding bij kinderspelletjes en zegt een zeer nauw contact met moeder te hebben gehad. Zij omschrijft haar moeder als een filosoof met veel levenswijsheid. Haar vader typeert zij als een gierige, strenge en hardwerkende man. Patiënte is vaak door hem geslagen; 'mijn vader heeft mij nooit aangehaald of over mijn bol gestreken en een hoop wil ik niet meer weten over hem'. Na de lagere school is zij gaan werken in een schoenfabriek. Zij had geen tijd om puber te zijn omdat zij voor haar zieke moeder moest zorgen. Op 19-jarige leeftijd leerde zij haar eerste echtgenoot kennen en op advies van haar moeder is patiënte met hem getrouwd. Patiënte heeft nooit echt van hem gehouden. Zij kreeg uit dit huwelijk een dochter en een zoon. De relatie met haar man ging steeds verder bergafwaarts en na 17 jaar huwelijk vroeg patiënte een echtscheiding aan. Haar kinderen werden voortaan opgevoed door haar ex-man. Haar tweede man was mijnopzichter en heeft vervolgens als kantoorbeambte gewerkt. De eerste jaren van het tweede huwelijk worden als goed bestempeld. Vijftien jaar geleden begon haar tweede man volgens patiënte achter vrouwen aan te gaan. De echtgenoot ontkent echter het overspel. Het echtpaar heeft hierover veel ruzie en tot op heden twijfelt patiënte of de tweede echtgenoot wel trouw aan haar is. Vervolgens zegt zij dan ook: 'mijn man verwaarloost mij, achteraf heb ik spijt dat ik gescheiden ben van mijn eerste man'. Later in het gesprek geeft zij aan dat haar huidige relatie in stand moet blijven omdat zij elkaar niet kunnen missen. De contacten met haar twee kinderen zijn marginaal. Patiënte zegt geen vriendinnen te hebben, maar zou wel met iedereen goed overweg kunnen.

Psychisch functioneren

Patiënte oogt verzorgd en jonger dan haar kalenderleeftijd. Zij is sportief gekleed. Er is sprake van een parese van zowel de linkerarm als het linker been, veroorzaakt door een recent doorgemaakt CVA, en van een verminderde visus. Het bewustzijn is helder, de aandacht is redelijk. Het affect is adequaat. Het denken is waanachtig (paranoïd) en qua vorm versneld. De taal functie is ongestoord. De verteltrant is chaotisch en soms wijdlopig. Inhoudelijk is het tiranniserend gedrag van de buurjongen en het vermoeden van overspel van haar huidige echtgenoot regelmatig aan de orde. Daarnaast is haar lichamelijke achteruitgang een steeds terugkomend thema. In het contact imponeert zij als impulsief, achterdochtig en soms regressief. Kenmerkend is haar agerend gedrag met name gericht op haar huidige echtgenoot, het idealiseren dan wel devalueren van personen, ambivalente gevoelens over haar huwelijk en een gebrekkige autonomie. De

stemming is over het algemeen gedeprimeerd echter afgewisseld door meer eufore momenten. Zij ervaart het ouder worden in eerste instantie als geen probleem. Later in het gesprek geeft zij aan wel moeite te hebben met haar lichamelijke achteruitgang. Zij is bang dat de echtgenoot haar in de steek laat en in een bejaardenhuis stopt. Vervolgens zegt zij: 'ik ben niet meer de vrouw van vroeger, ik huil nu; ik ben niet meer vrolijk'.

Persoonsomschrijving door patiënte en partner

Patiënte omschrijft zichzelf als een moeilijk persoon die desondanks volledig voor anderen beschikbaar is. Zij is punctueel, impulsief, gelovig en dromerig van aard. Ze zegt met kleine dingen tevreden te zijn en makkelijk contact te maken.

De partner omschrijft patiënte als een achterdochtige, egoïstische, bazige en angstige vrouw die veel aandacht wil hebben. 'Ze haalt soms het bloed onder mijn nagels vandaan, wat zij denkt is altijd waar, zij is soms een kleine Hitler of kleine Napoleon'. Vóór het CVA zou zij ook deze karaktereigenschappen al hebben gehad. Verder zou zij altijd ruzie met de burens hebben. Anderen moeten zich altijd aan haar aanpassen. Het huwelijk wordt omschreven als een haat-liefde verhouding.

Beschouwing patiënte A

Bij patiënte A is een borderline persoonlijkheidsstoornis geclassificeerd gecompliceerd door een waanstoornis van het jaloezheids- en achtervolgingstype alsmede een partnerrelatieprobleem.

Reeds bij de aanmelding staat haar persoonlijkheidsomschrijving centraal; zij is eigenwijs, lastig en heeft chronische problemen met haar omgeving. Uit haar biografie wordt duidelijk dat zij in haar jeugd door haar vader affectief is verwaarloosd en dat haar verdere levensloop is doorweven met relationele spanningen en achterdocht.

De eigen persoonsomschrijving komt gedeeltelijk overeen met de karaktertypering zoals gegeven door haar partner. De door haar gerapporteerde goede omgang met en inleving in anderen worden echter door haar partner resoluut tegengesproken.

Aan de hand van het onderdeel psychisch functioneren kunnen de specifieke DSM-IV persoonlijkheidscriteria worden nagegaan. Patiënte is in het contact impulsief, regressief en achterdochtig. Verder spelen haar driftbuien gericht op haar partner, de gebrekkige autonomie, affectlabiliteit, en het idealiseren afgewisseld door devalueren van personen en situaties een belangrijke rol. Het ouder worden brengt bij haar velerlei lichamelijke klachten met zich mee en zij is hierdoor meer aangewezen op haar echtgenoot en professionele hulpverlening. Dit leidde tot meer interactieproblemen met de omgeving. Cognitieve stoornissen zijn zowel neuropsychologisch als heteroanamnestisch uitgesloten.

Haar lichamelijke achteruitgang is luxerend geweest voor een paranoïde waanstoornis. De verminderde visus ten gevolge van een cerebraal aneurysma en de afgenomen mobiliteit door het recent doorgemaakte CVA hebben de altijd al aanwezige achterdocht

doen toenemen tot een paranoïde waanstoornis. Afname van de visuele waarneming en verminderde contacten met de sociale omgeving hebben haar realiteitszin beïnvloed.

Ook is de tekortschietende copingstijl van invloed geweest op het toenemen van de gedragsproblematiek. Patiënte stelt zich enerzijds passief op; zij trekt zich terug en piekert over haar verleden. Gevoelens van onzekerheid -zoals verlatingsangsten- spelen hierbij een belangrijke rol. Anderzijds ziet zij onvoldoende mogelijkheid haar verlieservaringen adequaat te verwerken en reageert vervolgens agressief op de omgeving.

De somatische problematiek heeft geleid tot een psychische en systemische decompensatie van patiënte, haar partner en de buurt met als gevolg een eerste GGZ-interventie.

4.3 Verlies van relaties

Introductie

Patiënte B is een 77-jarige weduwe die vanaf 1983 vrijwel onafgebroken ambulante GGZ-hulpverlening heeft in verband met huiltbuien, slaapklachten, paniecreacties en eenzaamheidsproblematiek.

Biografie

Patiënte is geboren in Brabant. Zij was de oudste uit een gezin met drie kinderen. Zij heeft nog één zus. Haar broer kwam te overlijden op driejarige leeftijd. Haar vader was bouwvakker en haar moeder werkte in de eigen huishouding. Haar vader wordt omschreven als iemand die zacht van aard was en veel activiteiten ondernam met zijn kinderen. Haar moeder wordt getypeerd als gesloten en had in het gezin het heft in handen. Tijdens haar kinderjaren omschrijft patiënte zichzelf als een angstig, teruggetrokken meisje. Zij was bang voor haar moeder en voor de nonnen die haar les gaven. Tijdens WO II werd haar vader dodelijk getroffen door een granaat. De dood van haar vader heeft zij nog steeds niet verwerkt. In 1949 trouwde zij met een automonteur. In de beginperiode van het huwelijk moest haar man voor zijn werk van Brabant naar Zuid-Limburg verhuizen. Hij had dit niet van tevoren met haar besproken. Patiënte is hierover nog steeds boos, maar heeft dit nooit met haar echtgenoot besproken. Het huwelijk bleef kinderloos. Patiënte heeft hiervoor bewust gekozen aangezien haar moeder altijd heeft gezegd dat indien een vrouw zwanger raakt, de man de relatie verbreekt. Patiënte is dan ook altijd bang geweest dat zij alleen met het kind zou achterblijven. In Zuid-Limburg voelde zij zich 'vreemd'. Zij had daar één vriendin die afkomstig was uit haar geboortedorp. Haar echtgenoot daarentegen had vrienden genoeg. Bij bijna alles wat zij ondernam was haar echtgenoot aanwezig. Patiënte leidde een geïsoleerd bestaan in Zuid-Limburg. Naast haar man had zij alleen contact met haar zus en genoemde vriendin. Patiënte heeft jarenlang als verkoopster bij de huishoudafdeling van V&D gewerkt. De vaste werktijden, het duidelijke en tevens

bescheiden takenpakket gaven haar veel structuur. In 1994 overleed haar man ten gevolge van een aortabloeding. Patiënte zegt veel steun nodig gehad te hebben om dit verlies te verwerken. Ze zegt het overlijden van haar man nu langzaam los te kunnen laten. Terugkijkend op hun huwelijk zegt zij dat beiden een ellendig leven achter de rug hebben. Haar sociale netwerk is verder verkleind aangezien zij afgelopen jaar het contact met haar enige zus heeft verbroken. De reden hiervoor was het dominerende gedrag van haar zus.

Psychisch functioneren

Patiënte oogt verzorgd en conform haar kalenderleeftijd. De aandacht en concentratie zijn goed. Het denktempo is normaal. De verteltrant is wijdlompig en gedetailleerd. Inhoudelijk is haar sociale isolement een regelmatig terugkomend thema. Ook haar onzekerheid als gevolg van evenwichtsstoornissen komt aan de orde. Het denken c.q. de waarneming is ongestoord. De taal functie is zowel qua begrip als expressie goed. Het handelen is eveneens qua begrip en uitvoering goed. De psychomotoriek is ietwat gespannen. De stemming is dysthym alsmede gespannen. Het affect moduleert binnen de normale grenzen. Zij ervaart het ouder worden als vreselijk en accepteert het niet. Zij voelt zich nergens meer bij horen en sociaal geïsoleerd.

Persoonsomschrijving door patiënte en hulpverlener

Patiënte omschrijft zichzelf als niet snel tevreden met alles, voelt zich 'klein', ziet altijd overal tegenop en trekt zich dan terug. Zij ondernam altijd alles met haar echtgenoot en had dan het gevoel dat er iemand achter haar stond. Haar man regelde altijd alles voor haar. Verder geeft zij aan bescheiden, secuur en angstig van aard te zijn.

De hulpverlener heeft patiënte 18 jaar in begeleiding. Patiënte wordt omschreven als claimend, angstig en soms depressief. Zij heeft een gering introspectief vermogen en zij kan moeilijk met intimiteit omgaan.

Beschouwing patiënte B

Patiënte B is geclassificeerd als een persoonlijkheidsstoornis NAO met afhankelijke, obsessieve-compulsieve en ontwijkende trekken gecompliceerd door een dysthyme stoornis. Daarnaast is sprake van sociaal isolement.

Uit haar biografie blijkt zij altijd al een gering sociaal netwerk te hebben gehad. Verder stelde zij zich zeer afhankelijk van haar echtgenoot op en is ontwijkend in het contact met anderen. De beleving van het ouder worden ervaart zij, door vermindering van overzicht en controle, als zeer problematisch. De neiging tot het beheersen van psychische en intermenselijke processen wordt bij haar bemoeilijkt door verlieservaringen, cognitieve en lichamelijke achteruitgang.

De eigen persoonsomschrijving komt vrijwel overeen met die door de GGZ-hulpverlener;

de chronisch aanwezige angst, zich uitend in afhankelijk en ontwijkend gedrag, staat centraal. In het contact staan schematisch denken, rigiditeit en de gevoelens van minderwaardigheid op de voorgrond.

Tijdens het ouder worden is haar sociale netwerk verder verkleind. Enerzijds wordt dit bij patiënte B veroorzaakt door natuurlijke processen zoals het overlijden van haar echtgenoot en lichamelijke achteruitgang (evenwichtsstoornissen), anderzijds speelt haar persoonlijkheidsstructuur een belangrijke rol; zij is faalangstig bij het maken van nieuwe contacten en stelt zich star op in het contact met anderen. Problemen in de interactie met de omgeving is een belangrijk kenmerk van As-II pathologie. Vaak is al sprake van een beperkt sociaal netwerk op jongere leeftijd.

De eenzaamheidsklachten zijn toegenomen als gevolg van het overlijden van haar partner en het conflict met haar oudste zus. Deze verlieservaringen hebben haar angst- en somberheidsklachten doen toenemen. Haar geringe introspectieve vermogen maakt een structuurveranderende psychotherapie moeilijk realiseerbaar. Er moet eerder gedacht worden aan een langdurige adaptatie bevorderende behandeling aangezien hier het accent niet ligt op introspectie, maar op een directieve beïnvloeding van de kritieke aspecten van haar aanpassing aan de omgeving.

Opvallend is dat de verlieservaringen van haar vader en echtgenoot grotendeels onverwerkt blijven. Uit de literatuur is bekend dat ouderen met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis nogal eens voor hulp aankloppen vanwege onverwerkte rouw. Met name deze groep persoonlijkheidsstoornissen roept een verstoring van het normaal beschouwde verwerkingsproces op. Een op rouwverwerking gerichte behandeling zoals reminiscentie en life review gecombineerd met adaptatie bevorderende therapie is dan aangewezen (Buijssen, 2000; Derksen 2001).

4.4. Verlies van autonomie

Introductie

Patiënt C, een 80-jarige man wonend in een verzorgingshuis werd bij ons aangemeld met de volgende gegevens: 'Er is sprake van recidiverende paniekaanvallen, depressieve uitingen en alcoholabusus. Zijn psychiatrische voorgeschiedenis bestaat uit een twintigtal opnamen in APZ-en evenals PAAZ-en mede in verband met tentamen suïcidiï en een mogelijk KZ-syndroom. Daarnaast is hij verscheidene malen behandeld bij twee RIAGG's'. De vraag van de verwijzer (huisarts): 'diagnostiek en ondersteunende begeleiding van patiënt alsmede omgangsadviezen voor het personeel van het verzorgingshuis'.

De man zelf geeft aan dat het weer hopeloos met hem is; 'dat verrekte oorlogssyndroom'. Hij heeft last van somberheid evenals angst. Hij zou regelmatig bewusteloos raken en daarbij vallen. Het personeel van het verzorgingshuis vermeldt dat hij 's ochtends niet uit zijn bed wil komen. Hij verblijft vrijwel de gehele dag op zijn kamer en als patiënt veel alcohol heeft gedronken zijn er problemen omdat hij dan vaak valt. Hij is niet agressief maar 'gooit' snel iets op zijn oorlogssyndroom.

Biografie

Patiënt is afkomstig uit een middenstandsgezin met vijf kinderen. Hij is de oudste. Zijn vader wordt omschreven als een goede vent, sociaal en zeer gelovig maar hij kon ook erg boos worden. Zijn moeder wordt getypeerd als moeilijk in de omgang, zuinig, gemeen en perfectionistisch. Na de lagere school ging patiënt naar de HBS die hij om financiële redenen niet heeft afgemaakt. In mei 1940 werd patiënt opgepakt door de Duitsers en heeft hij twee maanden in een concentratiekamp vastgezet. Na twee maanden gevangenschap in Duitsland kwam hij in een opvangkamp in Groningen terecht. Vervolgens is hij uit dit kamp ontsnapt en naar Rotterdam gelift. Patiënt is in deze periode gaan werken als administratief medewerker in een hotel waar hij een van oorsprong Joegoslavische vrouw leerde kennen. Hij is met haar getrouwd omdat haar paspoort was verlopen. Zij kon alleen een Nederlandse nationaliteit krijgen indien zij met een Nederlander zou trouwen. Hij is nooit verliefd op haar geweest. In 1943 moest patiënt onderduiken omdat hij een oproep had gekregen om in Duitsland te gaan werken. Hij is bij zijn schoonouders in Brunssum ondergedoken en kwam daar in aanraking met het verzet. Zijn verzetsdaden bestonden uit het 'bewaken van de Staatsmijn Hendrik' aangezien daar wapens verstopt lagen. Verder vervoerde hij wapens naar verschillende plaatsen. Naar eigen zeggen zou hij recht hebben op vijf oorlogsonderscheidingen, die hij echter nooit heeft mogen ontvangen. In ditzelfde jaar wordt hun eerste kind geboren. Daarna volgen er nog tien. Patiënt geeft aan dat zijn kinderen 'fantastisch' zijn opgevoed. Na enkele aanstellingen in het Nederlands leger (na 1945) ging hij bij de Sociale Dienst in Heerlen werken gevolgd door een baan bij het mijnwerkersfonds (tot 1965). Zijn militaire dienstjaren heeft hij als prettig ervaren. Tijdens zijn arbeidsloopbaan zou hij een 'makkelijke jongen' zijn die altijd goed heeft kunnen samenwerken met zijn collega's. Patiënt zou afgekeurd zijn wegens progressieve angstklachten en herbelevingen van de Tweede Wereldoorlog. Deze klachten zouden zijn begonnen in 1948 gevolgd door een groot aantal psychiatrische opnames. Door enkele psychiaters werd getwijfeld aan de diagnose KZ-syndroom waardoor hij niet in aanmerking is gekomen voor een uitkering als oorlogsslachtoffer. Sedert 1965 zou sprake zijn van overmatig alcoholgebruik. In 1967 is hij van zijn vrouw gescheiden. Zijn lichamelijke achteruitgang (artrose en adipositas) noodzaakte hem in 1997 naar een verzorgingshuis te verhuizen. Daar voelt hij zich beknot in zijn vrijheid en opgesloten hetgeen hij vergelijkt met zijn oorlogservaringen. Hij heeft nog maar met één zoon contact. De overige kinderen willen niets meer met hem te maken hebben. Hij geeft aan dat hij zijn kinderen en kleinkinderen erg mist en eindigt het interview met de volgende zin: 'Alles wordt mij in het leven afgenomen; ik word gestraft voor mijn goedheid, heb ik dat nu verdiend?'.

Psychisch functioneren

Patiënt oogt redelijk verzorgd en jonger dan zijn kalenderleeftijd doet vermoeden. De motoriek is vertraagd. Er is mobiliteitsproblematiek evenals een verminderde visus. Het bewustzijn is helder, de aandacht is goed. Het denken evenals de waarneming is

ongestoord. Het affect is soms incongruent. De taal functie is ongestoord. De verteltrant is wijdlopig. Zijn KZ-syndroom komt regelmatig aan de orde. Daarnaast spelen angstklachten en slaapproblemen een belangrijke rol. Inhoudelijk kan hij zijn angsten niet beschrijven en objectief zijn deze angsten niet waarneembaar. In het contact imponeert patiënt vriendelijk alsmede regressief. Zijn verhalen worden vaak aangedikt mede gekenmerkt door idealisatie en devaluatie van personen. De stemming is normofoor. Patiënt ervaart het ouder worden als problematisch aangezien dit met zoveel lichamelijke gebreken gepaard gaat.

Persoonsomschrijving door patiënt en zoon

Patiënt omschrijft zichzelf als veel te zacht van aard met gevoelens van leegte. Hij omzeilt conflicten omdat hij bang is ruzie te krijgen en wordt niet snel kwaad. Hij geeft aan bijzonder goed te zijn in administratieve taken en gaat graag met mensen om. Vroeger had hij altijd kinderarts willen worden omdat hij veel van kinderen houdt.

De zoon typeert zijn vader als een eenling omdat hij nooit erkenning heeft gekregen voor zijn oorlogssyndroom. Hij is trots, intelligent en technisch, draagt zijn hart op zijn tong en spiegelt de wereld veel mooier af dan hij in werkelijkheid is. Hij is vroeger zeer agressief geweest tegenover zijn kinderen en zijn vrouw; 'alles wat negatief is gebeurde bij mijn vader; hij sloeg, dronk en werkte niet'. In zijn huwelijk werd patiënt omschreven als 'fors, sterk en dominant'.

Beschouwing patiënt C

Een persoonlijkheidsstoornis NAO met narcistische, borderline en theatrale trekken alsmede misbruik van alcohol is bij patiënt C geclassificeerd. Onduidelijk is in hoeverre de ernst van herbelevingen van gebeurtenissen tijdens de Tweede Wereldoorlog als posttraumatische stressstoornis gediagnosticeerd kan worden. Enige ziekte winst is niet uitgesloten.

Uit zijn biografische gegevens blijkt een duurzaam patroon van relationeel disfunctioneren in het bijzonder met zijn ex-vrouw en kinderen. Zijn arbeidsverleden wordt gekenmerkt door velerlei uiteenlopende beroepen met een hoog ziekteverzuim. Bovendien is hij bekend met een aanzienlijke psychiatrische voorgeschiedenis en jarenlang excessief alcoholgebruik. Het geringe introspectieve vermogen wordt duidelijk door het gebrek aan overeenkomst tussen de biografische gegevens, het psychisch functioneren en de persoonsomschrijving verkregen door de zoon enerzijds en die van hem zelf anderzijds.

Wat betreft het psychisch functioneren imponeert hij met name als instabiel, egocentrisch en regressief. Ook megalomane tendenties zijn aanwezig.

Het verlies van autonomie door lichamelijke ziekten staat centraal. Sinds enkele jaren is patiënt rolstoelafhankelijk geworden als gevolg van gewrichtsklachten. Gezien de verdere progressie van deze klachten was hij niet meer in staat om voor zichzelf te zorgen en moest naar een verzorgingshuis verhuizen. Hij voelde zich vervolgens door de

structuur van het verzorgingshuis en zijn verminderde mobiliteit zeer beperkt in zijn vrijheid en associeert dit met zijn concentratiekampervaringen. Een mogelijk andere verklaring is dat de opname een abrupt einde maakte aan zijn avontuurlijke, solistische, en egocentrische levenswijze. Patiënt is in toenemende mate afhankelijk geworden van anderen. Zijn zeer geringe frustratietolerantie en inadequate copingstijl bestaande uit acting-out gedrag en excessief alcoholgebruik leidt tot conflicten met medebewoners en omgangsproblemen bij het personeel. Verder veroorzaakt het overmatig alcoholverbruik valpartijen en kan het een verklaring zijn voor de toegenomen angst en stemmingsklachten; vaker dan bij jongeren werkt alcohol bij ouderen stemmingverlagend (Buijssen & Jansen op de Haar, 2001).

4.5 Discussie

In dit hoofdstuk staat de relatie tussen psychische klachten, persoonlijkheidsstructuur en copingstijl bij verlieservaringen centraal. Drie ouderen met een persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose werden besproken. Bij alle drie cases speelt de lichamelijke achteruitgang een belangrijke rol; bij patiënte A wordt hierdoor een paranoïde waanstoornis geluxeerd, bij patiënte B hebben de evenwichtsstoornissen invloed op vermindering van sociale activiteiten en de progressieve gewrichtsklachten van patiënt C resulteren uiteindelijk in een opname in een verzorgingshuis.

Daarnaast is bij alle drie sprake van inadequate copingstrategieën. Het betreft copingprocessen die niet doelgericht en rigide zijn en vaak indruisen tegen de realiteit en logica. Bij de patiënten A en C staat het agerend gedrag op de voorgrond waardoor een toename van interactieproblemen met de omgeving ontstaan. Bij patiënte B is sprake van een meer passieve copingstijl bestaande uit rigide denkprocessen en vermijdingsgedrag. Een complicerende factor bij de drie casussen is het beperkte sociale netwerk. Dit wordt zowel veroorzaakt door het ontvallen van naasten als door conflicten met familie, vrienden of kennissen. Er wordt vervolgens een groot appèl gedaan op een beperkt aantal mensen die vaak nog weinig krediet willen of kunnen verlenen aan betrokkene. De kans op overbelasting van de mantelzorg is hierdoor groot. Hoewel elk van de drie genoemde verlieservaringen bij iedere casestudie een zekere rol speelt, wordt in elke casus één ervaring gezien als de belangrijkste, luxerende factor voor het progressieve psychische disfunctioneren.

De drie cases zijn beknopt beschreven en iedere beschrijving bestaat uit de onderdelen biografie, persoonsbeschrijving en psychisch functioneren. Informant informatie is verwerkt in de onderdelen biografie en persoonsomschrijving. De gehanteerde informatiebronnen komen grotendeels overeen met de LEAD-standaard (Longitudinal, Expert and All Data) ontwikkeld door Spitzer (1983). In hoofdstuk 5 wordt met behulp van een Delphi-techniek verder ingegaan op de relevantie van de biografie, het actuele psychisch functioneren en de heteroanamnese bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.

Daarnaast vormt de eigen persoonsbeschrijving een essentieel onderdeel bij het verrichten van persoonlijkheidsonderzoek (Derksen, 1995). Zelfbeoordelvingsvragenlijsten, zoals de Vragenlijst voor Kenmerken van de Persoonlijkheid (VKP; Duijsens, Eurlings-Bontekoe, Diekstra & Ouwersloot, 1993), of semi-gestructureerde interviews, zoals de Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II; Weertman, Arntz, & Kerkhofs, 1996) of de International Personality Disorder Examination (IPDE; Diekstra & Duijsens, 1996) dienen hierbij vaak als hulpmiddel. Bij de drie cases is gekozen voor een globale eigen persoonsbeschrijving zonder gebruik te maken van zelfbeoordelvingsvragenlijsten of semi-gestructureerde interviews aangezien het huidige testmateriaal voor ouderen om meerdere zowel inhoudelijke als praktische redenen tekort schiet (zie onder meer § 3.3).

4.6 Conclusies

Ouderen met een persoonlijkheidsstoornis ondervinden extra moeilijkheden met het hanteren van leeftijds specifieke stressoren als gevolg van inadequate copingstijlen. Tekortschietende copingstrategieën bij deze stressoren kunnen een As-I stoornis luxeren dan wel doen toenemen. Tijdens het diagnostisch proces zal dan ook meer aandacht besteed moeten worden aan de As-II classificatie ten behoeve van de behandeling.

De diagnostiek van deze stoornissen bij ouderen staat echter nog in de kinderschoenen: wetenschappelijk onderzoek is schaars, de DSM-IV-TR As-II criteria sluiten slecht aan bij deze doelgroep en het huidige testmateriaal laat te wensen over. Verder onderzoek naar de manifestatie van persoonlijkheidspathologie bij ouderen ten einde de As-II criteria te vertalen naar de leef- en belevingswereld van ouderen is aangewezen.

Voorts is op basis van deze casestudies een aantal specifieke diagnostische kenmerken voor ouderen met persoonlijkheidspathologie geïnventariseerd. Dit betreft onder meer biografische items, zoals 'psychische decompensaties tijdens belangrijke overgangsmomenten in het leven', 'verlies van het contact met de eigen kinderen of het contact met broers en zussen als gevolg van conflicten' en 'herhaaldelijk parasuïcidaal gedrag gedurende de levensloop'.

4.7 Literatuur

Abrams, R.C. (1995). Personality disorders. In J. Lindesay (Red.). *Neurotic disorders in the elderly* (pp. 154-171). Oxford: University Press.

Abrams, R.C., & Horowitz, S.V. (1996). Personality disorders after age 50: a meta-analysis. *Journal of Personality Disorders*, 10, 271-81.

Agronin, M.E. (1994). Personality disorders in the elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 151-191.

Agronin, M.E., & Maletta, G. (2000). Personality disorders in late life. Understanding and overcoming the gap in research. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 4-18.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (4th ed. textual revision)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

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.

Buijssen, H.P.J. (2000). *Verstoorde Rouw bij ouderen, signalering en hulpverlening*. Baarn: Intro.

Buijssen, H.P.J. (2001). Inleiding. In H.P.J. Buijssen (Red.). *Psychologische hulpverlening aan ouderen. Deel 1 psychosociale problematiek* (pp. 18-31). Baarn: HB Uitgevers.

Buijssen, H.P.J., & Jansen op de Haar, M. (2001). Verslaving. In H.P.J. Buijssen (Red.). *Psychologische hulpverlening aan ouderen. Deel 2 psychiatrische problematiek* (pp. 346-365). Baarn: HB Uitgevers.

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.

Derksen, J.J.L. (1995). *Personality disorders, clinical and social perspectives*. Chichester-New York: John Wiley & Sons.

Derksen, J.J.L. (2001). Persoonlijkheidsstoornissen. In H.P.J. Buijssen (Red.) *Psychologische hulpverlening aan ouderen. Deel 2 psychiatrische problematiek* (pp.16-43) Baarn: HB Uitgevers.

Diekstra, R.F.W., & Duijsens, I.J. (1996). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Duijsens, I.J., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Diekstra, R.F.W., & Ouwersloot, G. (1993). Dutch VKP. *Vragenlijst voor Kenmerken van de Persoonlijkheid*. Voorlopige Handleiding. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Engelen, G.J.J.A., & Van Alphen, S.P.J. (1998). Reactie op: De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen kritisch bekeken. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 177-180.

Godderis, J. (1986). *Gerontopsychiatrie*. Leuven/Amersfoort: Uitgeverij ACCO.

Heeren, T.J. (2001). Inleiding. In T.J. Heeren, M.G. Kat, & M.L. Stek (Red.). *Handboek ouderenpsychiatrie* (pp. 1-5). Leusden: De Tijdstroom.

Hellinga, G. (1994). Lastige lieden. Over de grens tussen psychiatrie en psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 20, 31-46.

Kuin, Y. (1989). Belangrijke levensgebeurtenissen, de betekenis ervan en het omgaan ermee. In J.M.A. Munnichs & G. Uildriks (Red.). *Psychogerontologie* (pp. 36-52). Deventer: Van logum Slaterus.

Kunik, M.E., Mulsant, B.H., Rifai, A.H., Sweet, R., Pasternak, R., Rosen, J. & Zubenko, G.S. (1993). Personality disorders in elderly inpatients with major depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1, 38-45.

Munnichs, J.M.A. (1989). Wat is Gerontologie? Theoretisch kader: levensloop, perspectief en zingeving. In J.M.A. Munnichs & G. Uildriks (Red.). *Psychogerontologie* (pp. 3-10). Deventer: Van logum Slaterus.

-
- Rinsma, E.S., & Colon, E.J. (1997). De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen kritisch bekeken. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 866-874.
- Rosowsky, E., & Gurian, B. (1991). Borderline personality disorder in late life. *Intergenerational Psychogeriatrics*, 3, 221-234.
- Sadavoy, J., & Fogel, A. (1992). Personality disorder in old age. In J.E Birren, R.B. Sloane & G.D. Cohen GD (Red.). *Handbook of mental health and aging* (pp. 433-462). San Diego: Academic Press.
- Sadavoy, J., & Leszcz, M. (1987). *Treating the elderly with psychotherapy: The scope for change in late life*. Madison: International Universities Press.
- Spitzer, R.L. (1983). Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24, 399-411.
- 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.
- Voorhoeve, J.N. (1997). Indicatiestelling en behandelingsmodaliteiten bij persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 170-184.
- Weertman, A., Arntz, A., & Kerkhofs, M.L.M. (1996). *Gestructureerd klinisch interview voor DSM-IV Persoonlijkheidsstoornissen* (Nederlandse bewerking van First et al. SCID-II version 2.0, 1994). Maastricht: Universiteit Maastricht, vakgroep Medische Psychologie.

HOOFDSTUK 5

**EEN DELPHI-ONDERZOEK NAAR
PERSOONLIJKHEIDSDIAGNOSTIEK IN DE (a)GGZ
BIJ OUDEREN***

* Een eerdere versie van dit hoofdstuk is gepubliceerd als: 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 voor Gerontologie en Geriatrie*, 34, 208-214.

5.1 Inleiding

In de twee vorige hoofdstukken is reeds aangegeven dat wetenschappelijk onderzoek naar het beloop, de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen schaars is. Voor zover zulk onderzoek gedaan is, is het met name gebaseerd op cross-sectioneel onderzoek en casestudies (Agronin & Maletta, 2000). Specifieke, op ouderen gerichte, diagnostische instrumenten ontbreken en er zijn maar weinig systematische studies verricht naar de behandeling van psychische problemen bij ouderen met een persoonlijkheidsstoornis (De Leo, Scocco, & Meneghel, 1999).

Teneinde een instrument te ontwikkelen om ouderen te screenen op de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis is als voorstudie een Delphi-onderzoek verricht. De Delphi-techniek is een methode die met behulp van opeenvolgende vragenronden probeert te komen tot consensus binnen een panel van deskundigen. Het betreft vaak een onderwerp waarover nog weinig of geen wetenschappelijke kennis aanwezig is (Linstone & Turoff, 1975). De panelleden zijn anoniem en worden in de elkaar opvolgende vragenronden geconfronteerd met de antwoorden van de panelleden in eerdere ronden. Getracht wordt om op deze wijze theoretische uitgangspunten te formuleren waarmee een zo groot mogelijk deel van de deskundigen zich kan verenigen. In deze studie is voor bovenstaande methode gekozen omdat over het onderzoeksthema nauwelijks iets bekend is. 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 (Powell, 2003).

In dit Delphi-onderzoek is een aantal uitgangspunten over de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen voorgelegd aan een panel van experts. De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth Edition Textual Revision (DSM-IV-TR), meer specifiek de As-II waaronder persoonlijkheidsstoornissen worden geclassificeerd, diende hierbij als referentiekader (APA, 2000). Onderzocht is in hoeverre het belang van de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen en de daarbij behorende diagnostische problemen door de experts op dit terrein wordt onderschreven. Dit Delphi-onderzoek heeft twee doelstellingen. Het eerste doel betreft inzicht te verkrijgen in hoeverre er bij clinici die affiniteit hebben met persoonlijkheidsdiagnostiek en tevens werkzaam zijn in de Geestelijke Gezondheidszorg voor ouderen behoefte is aan een nieuw te ontwikkelen screeningsinstrument voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Het tweede doel vloeit deels hieruit voort, namelijk informatie verschaffen over de verdere operationalisering van dit instrument qua structuur en inhoud van de items. Deze doelstellingen zijn uitgewerkt in drie vraagstellingen en deze zijn mede gebaseerd op de bevindingen uit hoofdstuk 3 en hoofdstuk 4 van dit proefschrift.

In dit hoofdstuk worden allereerst de uitgangspunten van de vraagstellingen toegelicht. Vervolgens komt de samenstelling van het panel aan bod en de procedure van de Delphi-methode. In de resultatensectie komt de visie van de panelleden op de uitgangspunten c.q. items aan de orde, daarna volgt een discussie.

5.2 Uitgangspunten

Prevalentiecijfers van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen, oplopend van 13% in de algemene bevolking, 33% in een poliklinische populatie tot zelfs 61.5% in een klinische setting (Van Alphen, Engelen, Kuin & Derksen, 2004) geven het belang aan van dit onderwerp. Daarbij komt dat de prognose van een As-I stoornis slechter kan zijn bij aanwezigheid van een As-II stoornis en de kans op een As-I recidief groter indien eveneens sprake is van een As-II stoornis (Andreoli, Bressot, Aapro, Tricot & Gognalons, 1989; Clarkin, Spielman, & Klausner, 1999). De motivatie voor hulpverlening bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis blijkt vaak gering en de therapietrouw slecht (Voorhoeve, 1997; Zweig & Hinrichsen, 1992). Voor het geven van goede psycho-educatie, zoals omgangs- en gedragsadviezen aan familieleden, huisartsen, verzorgenden in de thuiszorg of verzorgingshuizen, is de eventuele aanwezigheid of aard van de persoonlijkheidsstoornis eveneens relevant (Rinsma & Colon, 1997). Hoewel de DSM-IV-TR vaak wordt toegepast bij persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen kent dit classificatiesysteem beperkingen. De belangrijkste kanttekening is dat de As-II criteria niet goed aansluiten bij ouderen, aangezien deze doorgaans zijn gebaseerd op gedragingen van jongere volwassenen (Abrams, 1996; Derksen, 2001; Segal, Coolidge, & Rosowsky, 2000). Daarbij komt dat de DSM geen dimensionaal maar een categoriaal systeem is. De psychische stoornissen worden onderverdeeld in duidelijk afgebakende categorieën. In de praktijk blijkt dit echter niet zo eenvoudig. Zeker bij de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen is het moeilijk een ordening aan te brengen in de uitgebreide variëteit aan persoonlijkheidstrekken en socioculturele factoren. Een dergelijke categoriale indeling en het ontbreken van leeftijdsgerelateerde criteria kan bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen leiden tot zowel over- als onderdiagnostiek (Van Alphen, Engelen, Kuin, Derksen & Van der Staak, 2001).

Bij de criteria van de cluster A persoonlijkheidsstoornissen moet de hulpverlener met name bedacht zijn op overdiagnostiek. Criteria over sociale isolatie kunnen bij ouderen het gevolg zijn van sterfte en ziektes van familieleden en vrienden. In het B-cluster is bij ouderen vaak sprake van onderdiagnostiek. Items over problemen in de werksituatie zijn bij ouderen niet (meer) actueel. Ook de criteria over impulsief gedrag zijn bij ouderen minder aan de orde (Abrams, 1990; Rosowsky & Gurian, 1991). Ook in het C-cluster hebben enkele criteria van de obsessieve-compulsieve en ontwijkende persoonlijkheidsstoornis betrekking op werksituaties. Bij de criteria van de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis dient men alert te zijn dat ouderen een toenemend beroep op de omgeving doen als gevolg van lichamelijke en cognitieve achteruitgang. Opvallend is het hoge aantal classificaties 'persoonlijkheidsstoornis NAO' bij ouderen. Verscheidene auteurs merken op dat deze diagnose bij ouderen het meest frequent wordt gesteld, omdat de criteria van de specifieke persoonlijkheidsstoornissen slecht aansluiten op het gedrag van ouderen (Abrams & Horowitz, 1996; Kunik et al., 1993). Een verschuiving van gedragssymptomen op latere leeftijd ligt wellicht hieraan ten grondslag.

Als de DSM-IV-TR zelf niet voldoende adequaat is met betrekking tot de doelgroep

ouderen, dan geldt dit eveneens voor de afgeleide onderzoeksinstrumenten, zoals de semi-gestructureerde interviews Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II; First et al., 1994) en de International Personality Disorder Examination (IPDE; Loranger et al., 1994). De validiteit en betrouwbaarheid van zelfbeoordelingsvragenlijsten, zoals de Coolidge Axis II Inventory (CATI: Coolidge & Mervin, 1992) en Vragenlijst voor Kenmerken van de Persoonlijkheid (VKP; Duijsens, Eurlings-bontekoe & Diekstra, 1996), zijn nog problematischer, zeker wanneer het gaat over hoogbejaarde mensen (Camus, De Mendonca Lima, Gaillard, Simone & Wertheimer, 1997).

Daarnaast stellen met name de zogenaamde *oudere* ouderen (≥ 75 jaar) bijzondere eisen aan het testmateriaal gezien het relatief lage opleidingsniveau van dit cohort, de vaak geringe spankracht en zintuiglijke en motorische beperkingen. De werkwijze in de ambulante geronto-psiatrie maakt het huidige testinstrumentarium weinig geschikt. Diagnostische procedures worden in de regel in relatief korte tijd uitgevoerd waarbij een grote hoeveelheid informatie moet worden geïnventariseerd op meerdere terreinen, zoals het somatisch, cognitief en relationeel functioneren. In een dergelijke tijdspanne is nauwelijks plaats voor een grondig persoonlijkheidsonderzoek. Daarnaast zijn de praktische omstandigheden minder gunstig vergeleken met de kliniek: de geringe coöperatie en motivatie van ouderen met persoonlijkheidsproblematiek kunnen bij een ambulante hulpverlening een extra belemmering vormen.

Bij de diagnostiek van psychopathologie bij ouderen is het aangewezen gebruik te maken van meer dan één informatiebron wanneer de informatie van de patiënt zelf niet geheel betrouwbaar is (Jorm, 1996; Kane, 2000; Zarit & Zarit, 1998). Zo is bij de diagnostiek van dementie een heteroanamnese onmisbaar wegens de aanwezigheid van amnestische stoornissen, oordeel- en kritiekstoornissen. Bij persoonlijkheidsdiagnostiek kan een geringe zelfkennis of de neiging tot sociaal wenselijk antwoorden van de patiënt de betrouwbaarheid van de diagnostiek belemmeren.

Aan de hand van de levensloopgeschiedenis kan worden geclassificeerd op de algemene diagnostische persoonlijkheidscriteria van de DSM. De *biografische gegevens* zijn dan ook onmisbaar als informatiebron. Ook informanten kunnen (aanvullende) biografische gegevens verstrekken over de patiënt. Daarnaast kunnen informanten de door de patiënt genoemde gebeurtenissen verifiëren: de informatie van patiënten met persoonlijkheidspathologie kan namelijk onbetrouwbaar zijn als gevolg van gering inzicht in de eigen rol wat betreft relatievorming en sociale interacties. Met behulp van *heteroanamnestische* informatie kan ook bepaald worden of er sprake is van een duurzaam en star patroon (differentiatie As-I vs As-II stoornis) (Berstein et al., 1997; Derksen, 1995; Dreessen, Hildebrand, & Arntz, 1998; Hellinga, 1994).

Indien een As-I stoornis uitgesloten wordt kunnen opvallend gedrag en een gestoorde interactie tijdens de hulpverlening een aanwijzing zijn voor persoonlijkheidspathologie (Bögels & Arntz, 1996; Schippers, 1990). Daarnaast zijn de DSM-IV-TR As-II criteria geformuleerd in termen van actueel gedrag waardoor het psychisch functioneren bestaande uit observaties van de gedragingen van de patiënt, overdracht en tegenoverdracht een belangrijke informatiebron vormt. De *gedragsobservaties* en

reacties die de hulpverlener bij zichzelf waarneemt zijn hierdoor relevant bij de classificatie van de specifieke DSM-persoonlijkheidsstoornissen.

In dit Delphi onderzoek gaat het om de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen en gestreefd wordt een antwoord te krijgen op de volgende vragen:

- In hoeverre is het van belang in de ouderenpsychiatrie persoonlijkheidsdiagnostiek te verrichten?
- Zijn de DSM-IV As-II criteria en de daarvan afgeleide assessment-instrumenten bruikbaar voor ouderen?
- Welke informatiebronnen en welke items zijn relevant bij het verrichten van persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen?

5.3 Methode

Samenstelling van het Delphi-panel

Criteria voor deelname aan het Delphi-panel waren kennis en ervaring op het terrein van de ouderenpsychiatrie, en meer specifiek ten aanzien van persoonlijkheidsdiagnostiek. Bij de Delphi-methode is het eindoordeel sterk afhankelijk van de samenstelling van het panel. Met behulp van drie intermediairen is daarom veel aandacht besteed aan de selectie. De intermediairen waren landelijk bekende en erkende experts, werkzaam in de academische wereld van de psychiatrie en geronto-psychologie en allen zelf praktisch werkzaam op dit terrein. Overigens was geen van hen werkzaam in een ambulante GGZ-instelling voor ouderen. Daarom werden ook vijf namen van deskundigen gegenereerd die in dit werkveld werkzaam zijn ten einde de representativiteit van het panel te optimaliseren.

Uiteindelijk werd een lijst samengesteld van 61 namen van potentiële panelleden. Hiervan bleken 53 bereid en in staat deel te nemen, te weten één geriater (1.9%), 29 psychiaters (54.8%) en 23 psychologen (43.4%). Dertig panelleden waren werkzaam in een (poli)kliniek (56.6%), vijftien in een ambulante setting (28.2%). De werksetting van drie panelleden betrof de (poli)kliniek voor alle leeftijden (5.7%) en drie andere panelleden hielden zich hoofdzakelijk bezig met onderzoek/onderwijs (5.7%). Bij één panellid ontbrak deze informatie (1.9%) en één panellid viel onder 'overig' (1.9%). In tabel 5.1 wordt een overzicht gegeven van het aantal jaren werkervaring van de panelleden. Verder bleek 75% van de panelleden meer dan vijf jaar ervaring te hebben met As-II pathologie (niet vermeld in tabel 5.1).

Procedure

Dit Delphi-onderzoek bestond uit drie schriftelijke ronden. In de *eerste* ronde werd aan het panel tien stellingen voorgelegd waarop men met een vijfpunts Likert-schaal kon aangeven in hoeverre men instemde met de inhoud.

Drie stellingen hadden betrekking op de relevantie van As-II diagnostiek, één op de geschiktheid van de DSM-As-II criteria voor ouderen, twee op de geschiktheid van bestaande meetinstrumenten, twee stellingen op de relevantie van een diagnose op clusterniveau en twee op het belang en praktische haalbaarheid van informant-informatie.

De tien stellingen uit de *tweede* ronde betroffen de belangrijkste informatiebronnen bij persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen. Drie stellingen gingen over relevante informatiebronnen, drie over belangrijke thema's voor de heteroanamnese en vier over het belang van een diagnose op DSM-clusterniveau.

In de derde ronde werd aan de panelleden een lijst met 44 items voorgelegd en kwamen twee stellingen uit een eerdere ronde opnieuw aan de orde.

In iedere ronde werd schriftelijk teruggerepporteerd over de voorafgaande ronde. Hierin werd een overzicht gegeven van de stellingen waarover consensus en instemming werden bereikt. Stellingen waarover geen consensus c.q. instemming bestond, werden in een volgende ronde in bijgestelde vorm opnieuw gepresenteerd. Gestreefd werd naar zowel consensus als instemming over de inhoud van de stellingen. Consensus werd daarbij gedefinieerd door middel van de standaarddeviatie van de scores op de vijfpuntsschalen. Een standaarddeviatie ≤ 1 werd opgevat als consensus (Sharkey & Sharples, 2001). De gemiddelde score fungeerde als maat voor instemming. Een score ≥ 3.66 op de gehanteerde vijfpuntsschaal is opgevat als instemming. Dit betekent dat meer dan 2/3 van de respondenten scoort op de keuzecategorieën 'eens' of 'volledig eens'. Ten einde de mate van instemming nauwkeuriger aan te geven is bij de 44 items een tienpuntsschaal gehanteerd met een standaarddeviatie ≤ 2 als maat voor consensus en een gemiddelde score ≥ 6.66 voor instemming.

Tabel 5.1 Aantal jaren werkervaring Delphi-panelleden

Aantal jaren werkervaring	Absoluut aantal (%) panelleden
1-2 jaar	4 (7.5)
3-5 jaar	6 (11.3)
6-10 jaar	14 (26.4)
Meer dan 10 jaar	28 (52.8)
Totaal	52 (98.1)
Ontbrekend	1 (1.9)

5.4 Resultaten

Het responspercentage was hoog en bedroeg per Delphi-ronde respectievelijk 95% in de eerste ronde, 89% in de tweede en 91% in de derde.

In de navolgende tabellen voldoen de cijfers die gemarkeerd zijn met * aan de vereiste waarde voor consensus (SD) of instemming (GEM). Daarbij is de Delphi-ronde waarin de stelling is voorgelegd aan het panel weergegeven (R) evenals de respons op iedere stelling (N). Verder is in tabel 5.3 en 5.4 aangegeven op welke facetten van de DSM zij betrekking hebben (As-II). Alleen de stellingen die betrekking hebben op de eerder gestelde onderzoeksvragen zijn weergegeven in de tabellen.

In tabel 5.2 zijn twaalf uitgangspunten weergegeven. Deze uitgangspunten zijn gebaseerd op het literatuuronderzoek en de casestudies weergegeven in hoofdstuk 3 respectievelijk hoofdstuk 4 van dit proefschrift. In de eerste ronde blijkt ten aanzien van de drie stellingen over het belang zowel voldoende consensus als instemming.

Tevens was men van oordeel dat de DSM-IV-TR As-II criteria en de afgeleide assessment-instrumenten zoals de SCID-II, IPDE en VKP te weinig zijn toegespitst op ouderen met als gevolg dat deze testen niet goed bruikbaar zijn. Ook bleek in de tweede ronde dat 42 leden (89.1%) het geoorloofd vonden om in het nieuw te ontwikkelen instrument de DSM-As-II criteria zodanig te herformuleren dat deze expliciet van toepassing kunnen zijn op ouderen (niet vermeld in tabel 5.2).

Over de stelling dat de geringe beschikbare tijd in de aGGZ het huidige testinstrumentarium ongeschikt maakt, werd geen consensus bereikt. Een aantal panelleden vroeg zich af in hoeverre specialistisch onderzoek past binnen een intakeprocedure. Met andere woorden hoe grof- of fijnmazig dient een onderzoeksinstrument te zijn en in welke fase van aGGZ-hulpverlening wordt het gebruikt?

Er bleken consensus en instemming over het belang van heteroanamnestische informatie voor As-II diagnostiek alsmede de praktische haalbaarheid bij het verkrijgen van deze informatie.

Instemming en consensus werden in de tweede ronde eveneens verkregen over de zinvolheid van biografische gegevens. Over de stelling dat het zinvol is het gedrag van de patiënt op te nemen in een As-II assessment-instrument werd geen consensus bereikt. De verwevenheid met As-I pathologie vormde hierbij het belangrijkste bezwaar.

Er was eveneens geen consensus en geen instemming om emoties die de intaker bij zichzelf waarneemt een rol te laten spelen in de diagnostiek aangezien het panel deze informatiebron niet voldoende betrouwbaar acht.

Desondanks werd in de tweede ronde aangegeven dat geobserveerd gedrag en opgeroepen emoties van belang zijn voor As-II diagnostiek mits dit goed wordt geobjectiveerd. In de derde ronde zijn de twee stellingen over het belang van gedragsobservaties en emoties die de intaker bij zichzelf waarneemt gecomprimeerd tot één stelling. Deze stelling is, in een meer genuanceerde versie, aan het panel voorgelegd en aangevuld met reacties op deze twee stellingen uit de voorafgaande

ronde waarbij zowel consensus als instemming werden bereikt.

De tabellen 5.3 en 5.4 hebben betrekking op de 44 items uit de derde ronde. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen biografische (tabel 5.3) en gedragsobservatie-items (tabel 5.4). Bij de gedragsobservatie-items heeft een aantal items betrekking op het (actuele) gedrag van de patiënt en de interactie van de hulpverlener.

De heteroanamnestische items zijn niet opgenomen in een tabel aangezien beoogd wordt de inhoud van deze items identiek te laten zijn aan de eerder vermelde 44 items. Zowel consensus als instemming zijn van toepassing op 25 van de 44 items (zie tabel 5.3 en 5.4).

Tabel 5.2 Twaalf uitgangspunten getoetst in de drie Delphi-ronden (acht stellingen uit de eerste ronde, drie stellingen uit de tweede ronde en één stelling uit de derde ronde).

	Stelling	SD	GEM	R	N
1.	Voor de GGZ hulpverlening aan ouderen met psychische problemen is het relevant een inschatting te hebben van de al dan niet aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis	0.80*	4.60*	1	52
2.	De aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis is relevant bij de behandeling van As-I problematiek	0.78*	4.50*	1	52
3.	Het is van belang persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen te onderkennen ten behoeve van gedragsadvisering aan professionele en niet-professionele hulpverleners	0.76*	4.55*	1	51
4.	De DSM-IV As-II criteria zijn te weinig toegespitst op de doelgroep ouderen	0.88*	4.20*	1	50
5.	Bestaande diagnostische meetinstrumenten voor As-II problematiek zijn ouderen weinig bruikbaar	0.78*	3.84*	1	43
6.	De geringe tijd die in de aGGZ beschikbaar is maakt de bestaande instrumenten ongeschikt	1.09	3.90*	1	21
7.	Hetero-anamnestic informatie is belangrijk bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen	0.84*	4.38*	1	52
8.	Het is praktisch haalbaar hetero-anamnestic informatie te verkrijgen in de ouderenpsychiatrie	0.78*	4.20*	1	51
9.	Het is zinvol biografische gegevens op te nemen in een assessment-instrument voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen	0.85*	4.38*	2	47
10.	Het is zinvol om te observeren gedrag van de patiënt in de hulpverleningssituatie op te nemen in een assessment-instrument voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen	1.11	3.94*	2	47
11.	Het is zinvol om emoties die de hulpverlener bij zichzelf waarneemt een rol te laten spelen in de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen	1.18	3.49	2	47
12.	Het is zinvol om actueel gedrag alsmede reacties van de hulpverlener mee te nemen in een assessment-instrument mits deze worden gebruikt als mogelijke aanwijzing voor de aanwezigheid van een stoornis. Zo opgevat vormen ze een onderdeel van het diagnostische proces. Objectivering van gedrag en emoties verdient daarbij veel aandacht	0.93*	4.02*	3	44

Tabel 5.3 Vierentwintig biografische items uit de derde Delphi-ronde die een bijdrage kunnen leveren aan de detectie van persoonlijkheidspathologie.

Item	SD	GEM	As-II	N
1. Kinderneurotische trekken zoals bedplassen, nagelbijten	2.0*	3.5	C	47
2. Een beleving/herinnering van een 'ellendige jeugd'	2.6	6.1	Alg	46
3. Een vader met een problematisch arbeidsverleden	1.9*	4.2	Alg	47
4. Een hardvochtige vader en/of moeder die fysiek geweld gebruikte	2.2	7.7*	Alg	46
5. Verlies van contact met broers en zussen tijdens de levensloop wegens conflicten	2.0*	7.5*	Alg	47
6. Een te lage opleiding in relatie tot geschatte intelligentie	2.2	5.7	C	46
7. Regelmatig doubleren hetgeen niet verklaard kan worden door een gebrek aan intelligentie	2.1	6.8*	Alg	46
8. Herhaaldelijk mislukte huwelijken/vaste relaties tijdens de levensloop	1.1*	8.6*	Alg	47
9. Afwezigheid van seksuele relaties tijdens de levensloop bij niet-celibatairen	1.9*	7.0*	A	46
10. Verlies van het contact met de eigen kinderen	1.5*	8.1*	Alg	46
11. Psychische decompensaties tijdens belangrijke overgangsmomenten in het leven	1.7*	8.0*	Alg	46
12. Slechte financieel economische omstandigheden zonder aantoonbare reden	2.0*	6.0	Alg	46
13. In aanraking zijn geweest met politie/justitie voor ernstigere zaken dan verkeersovertredingen	1.5*	8.1*	B	47
14. Verslavingsproblematiek tijdens de levensloop	1.5*	8.0*	B/C	47
15. Niet normaal beëindigde beroeps carrière	1.8*	7.0*	Alg	47
16. Herhaaldelijke verhuizingen tijdens de levensloop zonder plausibele redenen	1.7*	7.2*	Alg	47
17. Afwezigheid van vriendschappen tijdens de levensloop	1.3*	8.4*	Alg	47
18. Chronisch hoge medische consumptie zonder aantoonbare somatische reden	1.5*	7.9*	B/C	47
19. Eerdere psychiatrische behandeling en opnamen in herstellings- c.q. rustoorden	2.0*	7.1*	Alg	47
20. Pedofiele contacten tijdens de levensloop	2.1	7.6*	B	45
21. Parasuïcidaal gedrag tijdens de levensloop	1.6*	8.3*	B	46
22. Vaak wisselingen van baan wegens conflicten	1.1*	8.4*	Alg	47
23. Niet consistente loopbaanontwikkeling (meerdere sterk uiteenlopende beroepen en werkzaamheden)	1.6*	6.8*	B/A	47
24. Meer dan eens gewisseld van huisartsen in de laatste tien jaar zonder plausibele reden	1.7*	6.9*	Alg	47

Alg= algemene DSM-IV-TR criteria voor een As-II stoornis, A= DSM-cluster A-kenmerk, B= DSM-cluster B-kenmerk, C= DSM-cluster C-kenmerk.

Tabel 5.4 Twintig gedragsobservatie items uit de derde Delphi-ronde die een bijdrage kunnen leveren aan de detectie van persoonlijkheidspathologie.

Item	SD	GEM	As-II	N
1. Patiënt is veel te vroeg op de afspraak	1.9*	5.2	C	47
2. Patiënt gaat slordig om met de afspraak	1.9*	6.4	B	47
3. Opvallend gedrag in de wachtkamer	2.0*	6.2	B	47
4. Slechte zelfverzorging van patiënt alsmede verzorging van eigen woning bij afwezigheid van evidente cognitieve problemen	2.0*	6.6*	A	47
5. Kleding die opvalt omdat deze niet 'past' bij de leeftijd	2.0*	6.3	B	47
6. In het contact een gebrek aan empathie	1.6*	7.6*	A	47
7. Preoccupatie bij patiënt wat betreft privacy en vertrouwelijkheid	1.9*	6.9*	A	47
8. Afstandelijkheid en een afwerende houding tijdens het interview	1.9*	6.6*	A/B	47
9. Ontbrekend besef van hulpbehoefendheid terwijl deze wel constateerbaar is	1.9*	6.3	A	47
10. Verzamelwoede van specifieke artikelen	2.1	6.3	A	47
11. Maakt onverschillige indruk t.a.v. geleden verliezen	2.1	6.9*	A/B	47
12. Nadruk leggen op eigen goede contacten met belangrijke hoogplaatste autoriteiten	1.8*	7.2*	B	47
13. In diskrediet brengen van anderen zoals familieleden, kennissen, medebewoners of andere hulpverleners	1.7*	7.7*	B	46
14. Nadrukkelijke pogingen van patiënt de regie van het gesprek in handen te houden	1.9*	6.9*	B/C	46
15. Patiënt uit bedreigingen ten opzichte van de hulpverlener	1.8*	7.9*	B	46
16. Patiënt zegt het ouder worden te beschouwen als zeer problematisch met name wegens verlies van uiterlijke aantrekkelijkheid	2.0*	6.5	B	47
17. Patiënt vertelt met trots over eigen immoreel gedrag	1.1*	8.4*	B	47
18. Patiënt geeft aan dat partner, of diegene die hem vergezelt, bij het gesprek aanwezig moet zijn	2.3	5.2	C	47
19. Patiënt vraagt tijdens het gesprek herhaaldelijk om advies	2.0*	5.8	C	47
20. Patiënt vermijdt tijdens het interview oogcontact	2.0*	6.4	A/C	46

Alg= algemene DSM-IV-TR criteria voor een As-II stoornis, A= DSM-cluster A-kenmerk, B= DSM-cluster B-kenmerk, C= DSM-cluster C-kenmerk.

5.5 Discussie

Het Delphi-panel acht het van belang persoonlijkheidsdiagnostiek in de gerontopsychologie en psychiatrie te verrichten en is van mening dat de DSM-IV-TR As-II criteria en de daarvan afgeleide assessment-instrumenten niet voldoende specifiek zijn voor ouderen. Een interessant gegeven hierbij is dat het merendeel van de panelleden het geoorloofd vindt om de huidige As-II criteria aan te passen naar de leef- en belevingswereld van ouderen. Het panel is van mening dat hierdoor de kwaliteit van As-II

diagnostiek bij ouderen verbetert. Het panel onderschreef de relevantie van vier informatiebronnen ten behoeve van de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen, te weten biografische gegevens, hetero-anamnestiche informatie, gedragsobservaties en reacties die de hulpverlener bij zichzelf waarneemt. Herleidbaar tot deze informatiebronnen bleken in totaal 25 van de 44 items relevant bij het verrichten van persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen.

Oplossingen om de huidige DSM-criteria aan te passen vereisen grootschalig onderzoek en lijken op de korte termijn moeilijk realiseerbaar. Als alternatief biedt de *structurele* psychodiagnostiek mede door de bewerkelijkheid van het structurele interview, de abstractie van de gebruikte concepten en de weinig objectieve wijze van data-verzameling hier eveneens weinig soulaas (zie ook § 2.2). Idealiter heeft het de voorkeur om beide vormen van psychodiagnostiek te verrichten bij ouderen met complexe klachtenpatronen echter in de praktijk blijkt dit veelal een hachelijke onderneming. Deze multidimensionale vorm van diagnostiek is arbeids- en tijdsintensief waarbij een sterk beroep wordt gedaan op het introspectieve vermogen van de doelgroep; dit verhoogt de kans op vroegtijdige uitval.

In dit Delphi-onderzoek kan bij twee stellingen worden betwijfeld of het oordeel van de panelleden voldoende is gebaseerd op de eigen praktijksituatie. Het uitgangspunt: 'de geringe tijd die in de aGGZ beschikbaar is maakt de bestaande instrumenten ongeschikt' was bedoeld voor de panelleden die werkzaam waren in een ambulante werksetting. Opvallend is echter dat deze stelling door 21 panelleden is beantwoord terwijl slechts 15 panelleden daadwerkelijk werkzaam zijn in een aGGZ-setting. Ook het uitgangspunt over de geschiktheid van de bestaande meetinstrumenten is door 27 panelleden beantwoord die bij een eerdere inventarisatie aangaven geen ervaring te hebben met de huidige persoonlijkheidsvragenlijsten en -interviews. Daarbij komt dat de meeste vragen uit de eerste ronde (zie tabel 5.2) door de wijze van formulering wellicht instemantwoorden zouden kunnen uitlokken.

In hoeverre deze Delphi-resultaten uniek zijn voor dit panel dan wel gegeneraliseerd mogen worden is een vraag voor verder onderzoek. Een en ander houdt verband met de representativiteit van het panel voor de Nederlandse aGGZ voor ouderen. Daarnaast zouden de huidige stellingen aan een internationaal panel kunnen worden voorgelegd. Verder zou het interessant zijn deze uitgangspunten voor te leggen aan deskundigen op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen bij jongvolwassenen. In hoeverre zijn de DSM As-II criteria alsmede het huidig testinstrumentarium goed toepasbaar bij deze groep?

Een specifiek screeningsinstrument zou een eerste aanzet kunnen zijn om persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen te verbeteren. Hierbij is beoogd een vertaalslag te maken van de globaal omschreven *algemene* diagnostische DSM-IV-TR criteria voor een persoonlijkheidsstoornis enerzijds naar belangrijke levensloop- en gedragsaspecten van ouderen anderzijds. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van de verschillende informatiebronnen en items van dit Delphi-onderzoek. In het volgende hoofdstuk wordt dit verder uitgewerkt met behulp van empirisch onderzoek.

5.6 Literatuur

- Abrams, R.C. (1990). Personality disorders in the elderly. In D. Binnenfeld (Red.). *Verwoerdt's clinical geropsychiatry* (pp. 151-163). Baltimore: Williams & Wilkens.
- Abrams, R.C. (1996). Editorial review: personality disorders in the elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry*, *11*, 759-767.
- Abrams, R.C., & Horowitz, S.V. (1996). Personality disorders after age 50: a meta-analysis. *Journal of Personality Disorders*, *10*, 271-81.
- Agronin, M.E., & Maletta, G. (2000). Personality disorders in late life. Understanding and overcoming the gap in research. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *8*, 4-18.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (4th ed. textual revision)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- 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.
- Berstein, D.P., Kasapis, C., Bergman, A., Weld, E., Mitropoulou, V., Horvath, T., Klar, H.M., Silverman, J., & Siever, L.J. (1997). Assessing axis II disorders by informant interview. *Journal of Personality Disorders*, *11*, 158-167.
- Bögels, S., & Arntz, A. (1996). Persoonlijkheidsstoornissen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (Red.). *Handboek psychopathologie. Deel 3* (pp. 242-264). Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Camus, V., De Mendonca Lima, C.A., Gaillard, M., Simone, I., & Wertheimer, J. (1997). Are personality disorders more frequent in early onset geriatric depression? *Journal of Affective Disorders*, *46*, 297-302.
- 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.
- Coolidge, F.L., & Merwin, M.M. (1992). Reliability and validity of the Coolidge Axis II inventory: A new inventory for the assessment of personality disorders. *Journal Personality Assessment*, *59*, 223-238.
- De Leo, D., Scocco, P., & Meneghel, G. (1999). Pharmacological and psychotherapeutic treatment of personality disorders in the elderly. *International Psychogeriatrics*, *11*, 191-206.
- Derksen, J.J.L. (2001). Persoonlijkheidsstoornissen. In H.P.J. Buijssen (Red.) *Psychologische hulpverlening aan ouderen Deel 2 psychiatrische problematiek* (pp.16-43) Baarn: HB Uitgevers.
- Derksen, J.J.L. (1995). *Personality disorders, clinical and social perspectives*. Chichester-New York: John Wiley & Sons.
- Dreessen, L., Hildebrand, M., & Arntz, A. Patient-informant concordance on the Structured Clinical Interview for DSM-III-r personality disorders (SCID-II). (1998). *Journal of Personality Disorders*, *12*, 149-161.

- Duijsens, I.J., Eurelings-Bontekoe, H.M., & Diekstra, R.F.W. (1996). The VKP, a self-report instrument for DSM-III-R and ICD-10 personality disorders: construction and psychometric properties. *Personality Individual Differences, 20*, 171-182.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders* (SCID-II version 2.0). New York: Biometrics Research Department.
- Hellinga, G. (1994). Lastige lieden. Over de grens tussen psychiatrie en psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 20*, 31-46.
- Jorm, A.F. (1996). Assessment of cognitive impairment and dementia using informant reports. *Clinical Psychology Review, 16* (1), 51-73.
- Kane, R.L. (2000). Choosing and using an assessment tool. In R.L. Kane (Red.). *Assessing older persons: Measures, meaning and practical applications* (pp. 1-13). New York: Oxford University Press.
- Kunik, M.E., Mulsant, B.H., Rifai, A.H., Sweet, R., Pasternak, R., Rosen, J., & Zubenko, G.S. (1993). Personality disorders in elderly inpatients with major depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 1*, 38-45.
- Linstone, H.A., & Turoff, M. (1975). *The Delphi Method: Techniques and Applications*. London: Addison-Wesley Publishing Company.
- Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S.M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R.F., et al. (1994). The International Personality Disorder Examination: The World Health Organization/alcohol, drug abuse and mental health administration. International pilotstudy of personality disorders. *Archives of General Psychiatry, 51*, 215-224.
- Powell, C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing, 41* (4), 376-382.
- Rinsma, E.S., & Colon, E.J. (1997). De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen kritisch bekeken. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 39*, 866-874.
- Rosowsky, E., & Gurian, B. (1991). Borderline personality disorder in late life. *Intergenerational Psychogeriatrics, 3*, 221-234.
- Sadavoy, J., & Fogel, A. (1992). Personality disorder in old age. In J.E Birren, R.B. Sloane & G.D. Cohen GD (Red.). *Handbook of mental health and aging* (pp. 433-462). San Diego: Academic Press.
- Schippers, G.M. (1990). Cognitieve therapie bij persoonlijkheidsstoornissen. In C.P.F. van der Staak & C.A.L. Hoogduin (Red.). *Diagnostiek en behandeling van de persoonlijkheidsstoornis* (pp. 59-66). Nijmegen: Bureau Bêta.
- 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.
- Sharkey, S.B., & Sharples, A.Y. (2001). An approach to consensus building using the Delphi technique: developing a learning resource in mental health. *Nurse Education Today, 21*, 398-408.
- 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.

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. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 32, 245-251.

Voorhoeve, J.N. (1997). Indicatiestelling en behandelingsmodaliteiten bij persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 170-184.

Zweig, R.A., & Hinrichsen, G.A. (1992). Impact of personality disorders on affective illness in older adults. *Gerontological Society of America Annual Convention*. Washington, DC.

Zarit, S.H., & Zarit, J.M. (1998). *Fundamentals of assessment and treatment*. New York: Guilford press.

DEEL III

EMPIRISCH ONDERZOEK

HOOFDSTUK 6

DE CONSTRUCTIE, BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT VAN DE GERONTOLOGISCHE PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN SCHAAL*

* Een eerdere versie van dit hoofdstuk is gepubliceerd als: Van Alphen, S.P.J., Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., Hoijtink, H.J.A., & Derksen, J.J.L. (2004). Constructie van een schaal voor de signalering van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 35, 170-179.

Tevens is een versie submitted in *International Journal of Geriatric Psychiatry*.

6.1 Inleiding

Onderzoek naar de epidemiologie, etiologie, diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen is vanaf 1980 sterk in ontwikkeling. De American Psychiatric Association (APA) introduceerde destijds een specifieke as voor persoonlijkheidsstoornissen in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition (APA, 1980). Dit diagnostisch classificatiesysteem voor zowel psychische stoornissen als persoonlijkheidsstoornissen met duidelijk omschreven criteria heeft geleid tot een verbetering in de communicatie tussen klinici. Ook leidt het internationale gebruik van de DSM tot meer duidelijkheid in research aangezien prevalentiecijfers beter onderling vergeleken kunnen worden (Jongedijk, 2001). In hoofdstuk 2 van dit proefschrift (§ 2.4) zijn de voor- en nadelen van de DSM verder uiteengezet.

Voorts blijkt echter uit hoofdstuk 3 (§ 3.3) dat epidemiologisch onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen minder betrouwbaar is. Een belangrijke reden hiervan is dat de criteria van het DSM-concept 'persoonlijkheidsstoornis' onvoldoende op ouderen zijn toegespitst (Agronin & Maletta, 2000). Een aantal problemen kan worden genoemd bij de praktische toepassing van deze diagnostische criteria op ouderen.

Het eerste knelpunt betreft de betrouwbaarheid van informatie; vaak ontbreken betrouwbare gegevens over het verre verleden van betrokkene ten einde het 'duurzame patroon' van disfunctioneren in kaart te brengen (Agronin & Maletta, 2000). Hetero-anamnestic informatie kan een zinvol hulpmiddel zijn. Tegelijkertijd geldt echter dat de bruikbaarheid van deze informatie mede bepaald wordt door de soort informant. Zo zijn er lang niet altijd informanten aanwezig die vier tot zeven decennia terug kunnen kijken. Ook de kwaliteit van de patiënt-informantrelatie kan hierin een rol spelen alsmede de aan- of afwezigheid van persoonlijkheidspathologie bij de informant (Bernstein et al., 1997; Dreessen, Hildebrand, & Arntz, 1998; Ferro & Klein, 1997; Molinari, Kunik, Mulsant & Rifai, 1998).

Een tweede knelpunt is de onduidelijkheid over het beloop van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Uit de literatuur blijkt dat het patroon van disfunctioneren gedurende de levensloop niet altijd stabiel is hetgeen niet overeenkomt met de eerdergenoemde DSM-criteria. Bij een aantal specifieke persoonlijkheidsstoornissen is sprake van een afname na het dertigste levensjaar en weer een toename van pathologie boven de vijftig als gevolg van specifieke stressfactoren op latere leeftijd, zoals verlieservaringen (Reich, Yates, & Nduaguba, 1988; Sadavoy, 1987; Teunisse, 1990).

Een derde knelpunt is dat een aantal criteria over 'beroepsmatig disfunctioneren' bij ouderen niet (meer) aan de orde is en het 'sociaal disfunctioneren', zoals sociale isolatie, niet altijd gebaseerd is op de persoonlijkheid maar het gevolg kan zijn van lichamelijke achteruitgang of het overlijden van naasten. Bovengenoemde punten kunnen leiden tot zowel onder- als overdiagnosticering van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.

Een meer praktisch probleem is dat de testen die het huidig As-II meetinstrumentarium vormen niet zijn toegespitst op de levenssituatie van ouderen (Clarkin, Spielman, & Klausner, 1999; Segal, Coolidge, & Rosowsky, 2000; Van Alphen, Engelen, Kuin & Derksen, 2004).

Bovendien bestaan deze meetinstrumenten veelal uit een groot aantal items (Van Alphen, Engelen, Kuin, Van der Staak & Derksen, 2003), is een aantal items vrij abstract geformuleerd (Mroczek, Hurt, & Berman, 1999) en wordt de testafname nogal eens gecompliceerd door sensorische en psychomotorische problemen (Overduin, 1999; Segal et al., 2000).

Het signaleren van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is niet alleen van belang voor epidemiologisch onderzoek, maar ook voor de klinische praktijk. De aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis kan een complicerende factor zijn voor zowel de psychische als somatische hulpverlening. Hoewel een aantal studies heeft laten zien dat patiënten met zowel een As-I als een As-II stoornis na behandeling van de As-I stoornis evenveel zouden verbeteren als patiënten met alleen een As-I stoornis (Cacciola et al., 1996; Dreesen et al., 1994) geldt dit wellicht niet voor patiënten met ernstige en/of meerdere persoonlijkheidsstoornissen (Andreoli, Bressot, Aapro, Tricot & Gognalons, 1989; Gradman, Thompson, & Gallagher-Thompson, 1999; Voorhoeve, 1997). Deze zijn vaak minder gemotiveerd voor een psychologische of psychiatrische behandeling onder meer door de egosyntone beleving van persoonlijkheidstrekken (De Leo, Scocco, & Meneghel, 1999; Segal et al., 2000).

Ook blijkt de therapietrouw veelal gering te zijn (Andreoli et al., 1989; De Leo et al., 1999; Voorhoeve, 1997). Overmatig gebruik van medicatie of weigering van medische zorg zijn voorbeelden van gedragingen en attitudes waaraan persoonlijkheidsproblematiek ten grondslag kan liggen (Van Alphen, 2002). Dit vereist een flexibele, duidelijke en diplomatieke opstelling van de hulpverlener. Ook worden betrouwbaarheid en empathisch vermogen van de hulpverlener als belangrijke kenmerken genoemd en met deze attitude kan vroegtijdige uitval in de hulpverlening worden voorkomen (Bögels & Arntz, 1996; Korrelboom, 2000).

Gezien het klinische belang een inschatting te kunnen maken van de aanwezigheid, aard en ernst van de persoonlijkheidsstoornis is een studie opgezet met als doel een instrument te ontwikkelen om de aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen vast te stellen.

Ondanks de eerder besproken bezwaren zijn de eenduidigheid in het gebruik van de term persoonlijkheidsstoornis, het veelvuldig gebruik van dit classificatiesysteem in de Geestelijke Gezondheidszorg en het ontbreken van een kwalitatief beter model de belangrijkste redenen de As-II classificatie van DSM-IV-TR te hanteren als uitgangspunt van dit instrument. Vraagstellingen in dit onderzoek zijn:

- Is het mogelijk een instrument te ontwikkelen dat voldoende betrouwbaar en valide is om als hulpmiddel te dienen in het diagnostische proces van een ambulante GGZ-instelling voor ouderen?
- In hoeverre is dit een kort en eenvoudig af te nemen screeningsinstrument bij patiënten van zestig jaar en ouder?

6.2 Methode

Respondenten

IN- EN EXCLUSIECRITERIA

De te interviewen patiënten moesten zestig jaar of ouder zijn en in aanmerking komen voor ambulante GGZ-hulpverlening. Exclusiecriteria waren: ernstige As-I stoornissen die in belangrijke mate het gedrag kunnen bepalen dan wel kleuren. Het betreft hier onder andere psychotische decompensaties of depressies die van zodanige ernst waren dat patiënten op dat moment niet in staat waren de vragen adequaat te beantwoorden. Ook patiënten die lijden aan cognitieve stoornissen ten gevolge van een organisch psychosyndroom werden voor dit onderzoek geëxcludeerd. Deze werden geobjectiveerd met behulp van een aangepaste versie van de Cambridge Cognitive Examination (Camcog; Derix et al., 1989). Verder werden zwakbegaafde ouderen uitgesloten van deelname aan het onderzoek alsmede patiënten waarbij één van de onderzoekers betrokken was (of was geweest) bij de diagnostiek en/of de hulpverlening, aangezien dit zou kunnen leiden tot vooringenomenheid bij de afname van het concept-instrument. Patiënten die ten gevolge van somatische redenen niet in staat waren deel te nemen aan het kaarteninterview werden eveneens geëxcludeerd voor dit onderzoek.

WIJZE VAN WERVING

Het onderzoek vond plaats in een ambulante GGZ-instelling voor ouderen (Mondriaan Zorggroep in Heerlen: zie verder bijlage III). De potentiële kandidaten voor het onderzoek zijn benaderd via hun hulpverlener, die aan de betreffende patiënt de bedoeling van het onderzoek heeft uitgelegd en hen verzocht om medewerking. Op deze wijze is het informed consent tot stand gekomen. In totaal is bij 159 patiënten het concept-instrument afgenomen in de thuissituatie. Bij 89 van hen heeft ten behoeve van de test-hertest betrouwbaarheid een tweede afname plaatsgevonden.

De informanten zijn geworven door aan de participerende patiënt te vragen of hij/zij bezwaar zou hebben dat de zoon of dochter ook bij het onderzoek betrokken zou worden. Gekozen is voor een homogene groep van informanten die betrouwbare informatie kunnen verschaffen. Gezien de reële kans dat er geen levenspartner (meer) beschikbaar is, ging de voorkeur uit naar volwassen kinderen als informant. Indien de patiënt hierin toestemde werd het betreffende familielid opgebeld en verzocht om de vragenlijst in te vullen en te retourneren. Op deze wijze hebben 96 patiënten minimaal één informant geleverd (50 patiënten 1 informant, 36 patiënten 2 informanten, 8 patiënten 3 informanten en 2 patiënten 4 informanten). De informant werd at random geselecteerd bij deelname van twee of meer informanten per patiënt.

EXTERN CRITERIUM

Uitgegaan is van de *algemene* diagnostische DSM-IV-TR criteria voor een persoonlijkheidsstoornis, resulterend in de classificatie wel of niet een persoonlijkheidsstoornis (PS). De procedure die leidt tot de DSM classificatie bevat bij de GGZ-instelling

waar het onderzoek is verricht een aantal waarborgen voor een verantwoord klinisch oordeel en komt deels overeen met de LEAD-standaard (Longitudinal, Expert and All Data; Spitzer, 1983).

In de onderzoekssetting is sprake van een team van ervaren intakekers waarbij iedere intake wordt verricht door twee professionals van verschillende disciplines (arts, psycholoog, sociaal psychiatrisch verpleegkundige). Hierbij wordt zowel de patiënt als een informant geïnterviewd volgens een vastgesteld protocol: de Checklist RIAGG Intake Ouderen (CRIO-95; Decates et al., 1995). De voorlopige DSM-classificatie die beide intakekers gezamenlijk opstellen wordt vervolgens in een multidisciplinaire stafbespreking getoetst en zo nodig bijgesteld. Na drie maanden hulpverlening wordt de eerder gestelde classificatie opnieuw getoetst in de eerste evaluatiebespreking. In dit onderzoek hebben, op een enkele uitzondering na, één of meer evaluatiebesprekingen plaatsgevonden over de geïnccludeerde patiënten.

KARAKTERISTIEKEN

Van de 159 patiënten was ongeveer eenderde man (N= 55; 35%) en tweederde vrouw (N=104; 65%); de gemiddelde leeftijd bedroeg 74 jaar (range= 61-91 jaar). In tabel 6.1 zijn de DSM-classificaties vermeld van de verschillende klinisch psychiatrische stoornissen in relatie tot de specifieke persoonlijkheidsstoornissen. De As-I stoornissen zijn ingedeeld in psychotische, stemmings- en angststoornissen alsmede aanpassingsstoornissen, V-codes en de categorie 'met de leeftijd samenhangende cognitieve achteruitgang'. Ernstige psychotische en depressieve problematiek waren op het moment van deelname aan het onderzoek (grotendeels) in remissie. In tabel 6.1 is alleen de eerste classificatie op As-I en As-II weergegeven. De V-code wordt omschreven als 'bijkomend probleem hetgeen een reden voor zorg kon zijn'. De categorie 'Overige As-I stoornis' bestaat in dit onderzoek uit een 'periodieke explosieve stoornis' en 'alcohol afhankelijkheid'.

Bij 71 van de 159 patiënten (45%) werd As-I pathologie vastgesteld en bij 59 patiënten (37%) werd een V-code dan wel de categorie 'met de leeftijd samenhangende cognitieve achteruitgang' geïnccludeerd. Geen psychische stoornis op As-I werd bij 29 patiënten (18%) vermeld. Het merendeel van het aantal As-I stoornissen bestond uit depressieve problematiek (65%), te weten de stemmingsstoornissen (N=36) en de aanpassingsstoornis met depressieve stemming (N=10).

Een As-II stoornis werd bij 81 patiënten (51%) geïnccludeerd. Indien uitgegaan wordt van de DSM-IV-TR clusterindeling hadden 19 van hen een cluster B-persoonlijkheidsstoornis, negen een cluster C-persoonlijkheidsstoornis en 53 een persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven (NAO). Cluster A persoonlijkheidsstoornissen ontbraken. Bij 71 patiënten (45%) werd geen persoonlijkheidsstoornis geïnccludeerd en bij zeven patiënten (4%) bleef de diagnose op de As-II uitgesteld. Opvallend is het hoge aantal persoonlijkheidsstoornissen NAO (60% van de As-II stoornissen).

Demografische gegevens over de informanten zijn niet geïnccludeerd.

Tabel 6.1 Verdeling As-I en As-II classificaties

	Psychotische stoornis	Stemmings stoornis	Angst stoornis	Somatoforme stoornis	Aanpassings stoornis	Overige As-I stoornis	V-code + Cog*	Geen As-I stoornis	Totaal
	N=4	N=36	N=3	N=6	N=20	N=2	N=59	N=29	N=159
Borderline PS		2	1			1	2	2	8
Theatrale PS		1		1			3		5
Narcistische PS		2			1		3		6
Ontwijkende PS		1							1
Afhankelijke PS		2		1	2		1	1	7
Obsessieve-compulsieve PS					1				1
PS NAO	2	15		3	9		12	12	53
As-II uitgesteld		1			1	1	3	1	7
Geen diagnose As-II	2	12	2	1	6		35	13	71

*In deze kolom zijn zowel de V-codes als de categorie 'met de leeftijd samenhangende cognitieve achteruitgang' vermeld.

Meetinstrument

De initiële itempool, in het vervolg de items van het concept-instrument genoemd, zijn tot stand gekomen met behulp van literatuuronderzoek (Van Alphen et al., 2004), N=1-studies (Van Alphen, Engelen, Kuin, Derksen & Van der Staak, 2001) en een Delphi-onderzoek (Van Alphen et al., 2003).

Het concept-screeningsinstrument heeft twee versies (patiëntinstrument en informantinstrument) bestaande uit elk drie onderdelen, te weten Habituëel gedrag (HAB), Biografische gegevens (BIO) en Observatie van actueel gedrag (OBS) (zie schema 6.1).

Bij HAB staan habituele gedragingen centraal die geacht worden de uitdrukking te zijn van een aantal persoonlijkheidseigenschappen. Bij BIO respectievelijk OBS worden belangrijke, terugkerende levensgebeurtenissen of levensbeslissingen alsmede actuele gedragingen gekoppeld aan de aan- of afwezigheid van persoonlijkheidspathologie. Zowel het patiëntinstrument als het informantinstrument bestaan uit 52 items met dezelfde inhoud (zie bijlage I en II).

De wijze van afname van het patiëntinstrument en informantinstrument is verschillend; bij de patiënten worden de items in de vorm van een kaarteninterview aangeboden, terwijl aan de informanten de items in een vragenlijstvorm zijn voorgelegd. Het kaarteninterview bestaat uit 35 kaarten waarop een bepaalde karaktereigenschap of levensgebeurtenis staat vermeld (de items van HAB en BIO). Aan de patiënt wordt gevraagd de tekst op de kaart hardop voor te lezen en vervolgens iedere kaart te rangschikken onder de keuzecategorieën *Ja*, *Weet niet (?)*, *Nee* en *Niet van toepassing (n.v.t.)*. Verondersteld werd dat een kaarteninterview voor ouderen als minder belastend wordt ervaren dan een schriftelijke vragenlijst. Op de zeventien items van OBS wordt na afloop van het interview door de onderzoeker gescoord. Bij het informantinstrument worden de items van zowel HAB, BIO als OBS door de informant ingevuld.

In tabellen 6.2a-c zijn per onderdeel (HAB, BIO en OBS) de patiënt-items van het concept-screeningsinstrument weergegeven. Per item wordt aangegeven op welk cluster van de DSM-IV-TR dit item betrekking heeft (kolom: As-II). Ook is het aantal 'neutrale' items (ntr) in deze kolom weergegeven. Deze 'neutrale' items zijn toegevoegd met als doel het interview voor de patiënt aangenamer te maken door de veelal indringende vragen af te wisselen met items zoals 'ik heb in mijn leven altijd mijn best gedaan'. Tevens is in de tabellen 6.2a-c de inhoudelijke overlap met een ander item vermeld (Overlap) evenals de herkomst van het item (Bron). Het betreft vier bronnen; items waarover voldoende consensus en instemming bestond bij het Delphi-panel (delphi.pos), items met onvoldoende consensus en/of instemming (delphi.neg), items die door het Delphi-panel zelf zijn gesuggereerd (delphi.sug) en items die zijn geconstrueerd en toegevoegd door de onderzoekers (onderzkr). Na aanpassingen op het gebied van zinsconstructie, stijl en vraagvorm zijn enkele van deze items opgesplitst in twee afzonderlijke items hetgeen is weergegeven in kolom 'Overlap'. Verder zijn in item 33 (tabel 6.2b) drie Delphi-items verwerkt met voldoende consensus en instemming.

Tabel 6.2a Onderdeel HAB van het concept-screeningsinstrument voor de patiënt

Habitueel gedrag (HAB)		As-II	Bron	Overlap
1.	Ik heb goede contacten met belangrijke, hooggeplaatste mensen	B	Delphi.pos	
2.	Ik vind ouder worden vervelend omdat ik minder aantrekkelijk word	B	Delphi.neg	
3.	Ik kom regelmatig te laat op afspraken	B	Delphi.neg	11
4.	Ik kan bijzonder goed met andere mensen omgaan	B	Onderzkr	
5.	Ik maak me vaak zorgen over mijn gezondheid	B/C	Delphi.pos	18
6.	De RIAGG-hulpverlener mag met de huisarts contact opnemen over mij	A	Delphi.sug	
7.	Ik ben vaak bezorgd over mijn geheugen	C	Onderzkr	
8.	Ik hoop dat anderen mijn problemen oplossen	C	Delphi.neg	
9.	Ik ben vaak bang om degenen die voor mij zorgen zoals familieleden of mijn partner, te verliezen	C	Onderzkr	
10.	Ik vind het erg vervelend om de RIAGG-hulpverlener te belasten met mijn eigen problemen	C	Onderzkr	
11.	Ik vergeet regelmatig afspraken	B	Delphi.neg	3
12.	Ik word vaak benadeeld door anderen	A	Delphi.sug	
13.	Ik ben meestal te vroeg op afspraken	C	Delphi.neg	
14.	Ik vind het moeilijk om voor mezelf op te komen	C	Delphi.sug	
15.	Ik kan me bijzonder goed inleven in andere mensen	B	Delphi.pos	
16.	Ik vind hulp van anderen overbodig	A	Delphi.neg	

Alg= algemene DSM-IV-TR criteria voor een As-II stoornis, A= DSM-cluster A-kenmerk, B= DSM-cluster B-kenmerk, C= DSM-cluster C-kenmerk.

Tabel 6.2b Onderdeel BIO van het concept-screeningsinstrument voor de patiënt

Biografische gegevens (BIO)		As-II	Bron	Overlap
17.	Ik heb in mijn leven altijd mijn best gedaan	Ntr	Onderzkrs	
18.	Ik heb gedurende mijn leven veel onduidelijke lichamelijke klachten gehad waarvoor ik bij de dokter ben geweest	B/C	Delphi.pos	5
19.	Ik heb wel eens tegen mijn familie of bekenden gezegd een einde aan mijn leven te willen maken	B	Delphi.pos	29
20.	Ik heb in het verleden veel alcohol gedronken	B/C	Delphi.pos	35
21.	Ik heb door ruzies in het verleden het contact verbroken met broers en/of zussen	Alg	Delphi.pos	
22.	Ik ben in het verleden opgenomen geweest in een psychiatrische instelling of rustoord wegens zenuwen	Alg	Delphi.pos	26
23.	Ik heb tijdens belangrijke momenten in mijn leven veel last gehad van zenuwen, spanningen of somberheid	Alg	Delphi.pos	
24.	Ik heb altijd hard gewerkt in mijn leven	Ntr	Onderzkrs	
25.	Ik ben wel eens in aanraking geweest met politie of justitie	B	Delphi.pos	
26.	Ik ben wel eens eerder in mijn leven behandeld door een psychiater/zenuwarts of psycholoog	Alg	Delphi.pos	22
27.	Ik heb vanwege ruzies het contact verbroken met één of meerdere kinderen	Alg	Delphi.pos	
28.	Ik heb regelmatig ernstige problemen met mijn echtgenoot/partner (gehad)	Alg	Delphi.pos	
29.	Ik heb wel eens een poging gedaan om een einde aan mijn leven te maken	Alg	Delphi.pos	19
30.	Ik heb goede jeugdherinneringen	Ntr	Onderzkrs	
31.	Ik ben wel eens verhuisd in mijn leven vanwege ruzies met de buurt	Alg	Delphi.pos	
32.	Ik heb tijdens mijn leven hooguit 1 kennis of vriend gehad	Alg	Delphi.pos	
33.	Ik ben regelmatig van baan gewisseld omdat ik ontevreden was over mijn werksituatie of ontslagen werd	Alg	Delphi.pos	
34.	Ik heb in mijn leven weinig belangstelling gehad voor seksueel contact	A	Delphi.pos	
35.	Ik heb in het verleden vaak gebruik gemaakt van zenuw-tabletten en/of slaaptabletten	Alg	Delphi.pos	20

Alg= algemene DSM-IV-TR criteria voor een As-II stoornis, A= DSM-cluster A-kenmerk, B= DSM-cluster B-kenmerk, C= DSM-cluster C-kenmerk, Ntr= neutrale items.

Tabel 6.2c Onderdeel OBS van het concept-screeningsinstrument voor de patiënt

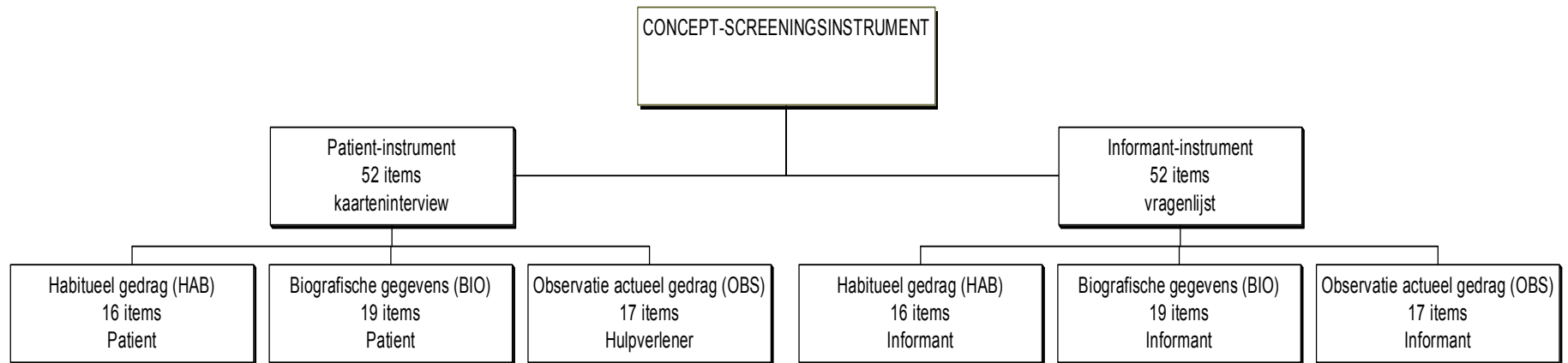
	Observatie van actueel gedrag (OBS)	As-II	Bron	Overlap
36.	Patiënt vertoont veel twijfels over de juiste antwoorden op de gestelde vragen	C	Onderzkr	
37.	Patiënt ziet er onverzorgd uit	A	Delphi.pos	38
38.	De eigen woning ziet er slecht verzorgd uit	A	Delphi.pos	37
39.	Patiënt draagt kleding die opvalt omdat deze niet past bij de leeftijd	B	Delphi.neg	
40.	Patiënt is onverschillig in het contact	A	Delphi.neg	
41.	Patiënt komt tijdens het interview herhaaldelijk terug op de vertrouwelijkheid van het gesprek	A	Delphi.pos	
42.	Patiënt is afstandelijk	A/B	Delphi.pos	43
43.	Patiënt heeft een afwerende houding	A/B	Delphi.pos	42
44.	Patiënt vertoont grensoverschrijdend gedrag	B	Delphi.sug	
45.	Patiënt speelt anderen uit zoals familieleden, kennissen, medebewoners of hulpverleners	B	Delphi.pos	
46.	Patiënt probeert de regie van het gesprek in handen te krijgen	B/C	Delphi.pos	
47.	Patiënt uit bedreigingen ten opzichte van de interviewer	B	Delphi.pos	
48.	Patiënt is overdreven onderdanig gedurende het interview	C	Delphi.sug	
49.	Patiënt vertelt met trots over eigen immoreel gedrag	B	Delphi.pos	
50.	Tijdens het interview vermijdt patiënt oogcontact	A/C	Delphi.neg	
51.	Patiënt geeft met nadruk aan dat partner of familielid bij het gesprek aanwezig moeten zijn	C	Delphi.neg	
52.	Patiënt gaat onmiddellijk over tot tutoyeren en vindt dat de hulpverlener dit ook moet doen	B	Delphi.sug	

Alg= algemene DSM-IV-TR criteria voor een As-II stoornis, A= DSM-cluster A-kenmerk, B= DSM-cluster B-kenmerk, C= DSM-cluster C-kenmerk.

Statistische analyses

De interne betrouwbaarheid is berekend met Cronbachs α . Spearman's Correlations (r_s) zijn gebruikt voor de test-hertest en interbeoordelaars betrouwbaarheid. Voor de criteriumvaliditeit zijn de schaalscores gerelateerd aan de DSM-IV-TR As-II classificatie. Ten einde te achterhalen wat de gezamenlijk voorspellende kracht van het instrument is voor het signaleren van een persoonlijkheidsstoornis, werd een logistische regressie-analyse uitgevoerd.

Schema 6.1 Structuur van het concept-screeningsinstrument



6.3 Resultaten

Datapreparatie

De antwoordmogelijkheden per item zijn *Ja*, *Weet niet (?)*, *Nee* en *Niet van toepassing (n.v.t.)*. Items met een relatief aanzienlijk aantal scores op 'n.v.t.' vielen bij de eerste analyses a-priori af. Het betreft vier items (item 21, 27, 28 en 33) over conflicten met familieleden of problemen met betrekking tot het arbeidsverleden (gemiddeld 35 keer per afname). Een viertal andere items (item 38, 41, 47 en 51) zijn geëxcludeerd omdat door bijna iedereen hetzelfde antwoord op deze items is gegeven waardoor geen onderscheid tussen personen kan worden gemaakt. Tevens zijn de drie 'neutrale' items uit de analyses weggelaten (item 17, 24 en 30). Vervolgens zijn alle antwoorden met een score op '?' omgecodeerd naar 'nee'. Hier werd ingeschat dat bij het merendeel van de patiënten een score op '?' niet als een specifiek c.q. pregnant kenmerk beschouwd kan worden. Overigens kwamen '?-scores' bij de eerste en tweede afname van het patiëntinstrument slechts in kleine aantallen voor (gemiddeld 12 keer per afname). De informanten daarentegen scoorden hierop in totaal 204 keer. Het relatief gering aantal ontbrekende antwoorden (gemiddeld 5 keer per afname) is, conform de item-mean imputation, per item omgecodeerd naar de antwoordkeuze waarop het meest is gescoord (Huisman, 1999).

Betrouwbaarheid

Over de onderdelen HAB, BIO en OBS is de *interne consistentie* berekend met behulp van Cronbachs α . Gebruikmakend van item-totaalcorrelaties (r_s) zijn de items geselecteerd waarbij in elk van de drie afnamen sprake is van een item-totaalcorrelatie groter dan .10. Het betreft de eerste en tweede afname bij de patiënt alsmede de scores op de vragenlijst van de informant (derde afname). Het eindresultaat wordt weergegeven in de tabellen 6.3a-c.

Tabel 6.3a Item-totaal correlaties en interne consistentie HAB

Item	Afname 1	Afname 2	Afname 3
	Patiënt N=159 Item-totaal	Patiënt N=89 Item-totaal	Informant N=96 Item-totaal
HAB 2	.30	.18	.34
HAB 5	.39	.41	.45
HAB 7	.40	.34	.24
HAB 8	.27	.23	.40
HAB 9	.35	.42	.23
HAB 12	.11	.22	.29
HAB 14	.25	.20	.17
Cronbachs α HAB	.57	.56	.57

Tabel 6.3b Item-totaal correlaties en interne consistentie BIO

Item	Afname 1	Afname 2	Afname 3
	Patiënt N=159 Item-totaal	Patiënt N=89 Item-totaal	Informant N=96 Item-totaal
BIO 18	.31	.29	.54
BIO 19	.50	.54	.44
BIO 22	.55	.52	.51
BIO 23	.51	.51	.53
BIO 26	.56	.56	.52
BIO 29	.56	.48	.39
BIO 32	.07	.29	.16
BIO 34	.32	.15	.18
BIO 35	.59	.70	.53
Cronbachs α BIO	.77	.77	.74

Tabel 6.3c Item-totaal correlaties en interne consistentie OBS

Item	Afname 1	Afname 2	Afname 3
	Patiënt N=159 Item-totaal	Patiënt N=89/87* Item-totaal	Informant N=96 Item-totaal
OBS 44	.37	.50/.62*	.49
OBS 45	.22	.35/.60*	.42
OBS 46	.38	.61/.57*	.42
OBS 49	.05	.21/.34*	.44
OBS 52	.20	.39/.38*	.06
Cronbachs α OBS	.46	.65/.72*	.59

*Tijdens de tweede afname van het patiëntinstrument waren twee onderzoekers aanwezig.

De interpretatie van de interne consistentie alsmede test-hertest en interbeoordelaars betrouwbaarheid is gebaseerd op Carmines & Zeller (1979).

Zeven van de zestien HAB-items hebben een item-totaalcorrelatie groter dan .10 en een matige interne consistentie. De negen BIO-items met een item-totaalcorrelatie groter dan .10 hebben een goede interne consistentie en de vijf OBS-items met item-totaalcorrelaties groter dan .10 hebben een matige interne consistentie. Vervolgens is bij deze 21 items van het patiëntinstrument de *test-hertest betrouwbaarheid* berekend met behulp van de somscores van de itemsets HAB, BIO en OBS. Dit geldt tevens voor de

interbeoordelaars betrouwbaarheid van het onderdeel OBS van het patiëntinstrument (tabel 6.4).

Voor de onderdelen HAB en BIO is de test-hertest betrouwbaarheid matig, ($r_s=.72$) respectievelijk uitstekend ($r_s=.89$) te noemen. De test-hertest alsmede de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van OBS is matig ($r_s=.62$ respectievelijk $r_s=.61$).

Tabel 6.4 Test-hertest en interbeoordelaars betrouwbaarheid per onderdeel patiënt-instrument

Onderdeel	Test-hertest N=89	Interbeoordelaars N=87
HAB	.72	-
BIO	.89	-
OBS	.62	.61

De correlaties tussen HAB, BIO en OBS (tabel 6.5) van het patiënt-instrument zijn over het algemeen laag ($0.02 < r_s < 0.41$). Het onderscheiden van HAB, BIO en OBS lijkt terecht te zijn; voor het informantinstrument geldt hetzelfde ($0.23 < r_s < 0.52$).

Tabel 6.5 Correlaties tussen de drie onderdelen van het patiënt- en informantinstrument

Onderdelen	Patiëntinstrument N=159 Item-totaal	Informantinstrument N=96 Item-totaal
HAB-BIO	.40	.51
HAB-OBS	.03	.24
BIO-OBS	.14	.34

Validiteit

De *criteriumvaliditeit* van de schaalscores is onderzocht bij zowel het patiëntinstrument als het informantinstrument. In tabel 6.6 is de DSM-IV-TR As-II classificatie wel of geen persoonlijkheidsstoornis gerelateerd aan de somscores van de itemsets met een matige tot goede interne betrouwbaarheid van HAB, BIO en OBS.

Tabel 6.6 Predictieve waarde per onderdeel HAB, BIO en OBS van het patiënt- en informantinstrument. Het betreft frequentieverdelingen van de schaa scores.

Itemscore			Itemscore		
Patiënt HAB	Geen PS	Wel PS	Informant HAB	Geen PS	Wel PS
0	3 (37.5%)	5 (62.5%)	0	15 (93.8%)	1 (6.3%)
1	16 (80.0%)	4 (20.0%)	1	8 (53.3%)	7 (46.7%)
2	15 (51.7)	14 (48.3%)	2	12 (60.0%)	8 (40.0%)
3	12 (50.0%)	12 (50.0%)	3	9 (47.4%)	10 (52.6%)
4	14 (46.7%)	16 (53.3%)	4	6 (46.2%)	7 (53.8%)
5	8 (32.0%)	17 (68.0%)	5	3 (50.0%)	3 (50.0%)
6	3 (23.1%)	10 (76.9%)	6	1 (33.3%)	2 (66.7%)
7		3 (100%)	7		1 (100%)
BIO	Geen PS	Wel PS	BIO	Geen PS	Wel PS
0	14 (70.0%)	6 (30.0%)	0	15 (88.2%)	2 (11.8%)
1	15 (71.4%)	6 (28.6%)	1	14 (77.8%)	4 (22.2%)
2	13 (56.5%)	10 (43.5%)	2	9 (56.3%)	7 (43.7%)
3	8 (38.1%)	13 (61.9%)	3	4 (33.3%)	8 (66.7%)
4	8 (47.1%)	9 (52.9%)	4	4 (50.0%)	4 (50.0%)
5	3 (20.0%)	12 (80.0%)	5	3 (33.3%)	6 (66.7%)
6	5 (33.3%)	10 (66.7%)	6	3 (50.0%)	3 (50.0%)
7	4 (26.7%)	11 (73.3%)	7	1 (25.0%)	3 (75.0%)
8	1 (33.3%)	2 (66.7%)	8		2 (100%)
9		2 (100%)	9	1 (100%)	
OBS	Geen PS	Wel PS	OBS	Geen PS	Wel PS
0	47 (52.2%)	43 (47.8%)	0	28 (62.2%)	17 (37.8%)
1	18 (52.9%)	16 (47.1%)	1	16 (59.3%)	11 (40.7%)
2	4 (20.0%)	16 (80.0%)	2	4 (44.4%)	5 (55.6%)
3	2 (28.6%)	5 (71.4%)	3	5 (71.4%)	2 (28.6%)
4		1 (100%)	4	1 (25.0%)	3 (75.0%)
5			5		1 (100%)

Ten aanzien van het patiëntinstrument blijkt dat er een samenhang is tussen HAB en de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis (PS). Patiënten die 0 of 1 scoren hebben waarschijnlijk geen PS echter patiënten met score 5, 6 of 7 waarschijnlijk wel.

Voor de score 2, 3 of 4 is er geen goede voorspelling te geven. Verder blijkt er een duidelijke samenhang tussen BIO en PS. Scores 0 en 1 duiden niet op een PS, scores 5 tot 9 duiden wel op een PS, en de tussenliggende scores geven geen indicatie over de aan- of afwezigheid van een PS. Ook kan worden gezien dat scores van 2 tot 4 van het onderdeel OBS op een PS duiden.

Ten aanzien van de informantversie blijkt dat de informanten score 0 op het onderdeel HAB duidt op de afwezigheid van een PS (tabel 6.6). Alle andere scores op dit onderdeel geven aan dat het niet duidelijk is of er sprake is van een PS. Het onderdeel BIO geeft zowel positieve als negatieve indicaties voor een PS, echter de indeling van hetzelfde onderdeel bij het patiëntinstrument is beter. Het onderdeel OBS is niet bruikbaar voor het voorspellen van een PS.

Ten einde te achterhalen hoe goed de voorspellende kracht van het instrument is, werd een logistische regressie (Tabachnick & Fidell, 1996) uitgevoerd waarmee onderzocht is of de classificatie PS of geen PS kan worden voorspeld met behulp van HAB, BIO en OBS.

De model-chi-square is 25.228 met 3 vrijheidsgraden. Dit geeft een significantie van .00 hetgeen betekent dat de drie predictoren gezamenlijk in staat zijn PS te voorspellen. Uit tabel 6.8 blijkt na een vervolgoetsing met behulp van de Wald-test (een functie van de regressiecoëfficiënt B en de bijbehorende standaard schattingsfout (S.E.)) dat alleen BIO significant is. HAB en OBS zijn net niet significant, hetgeen erop duidt dat ze de voorspelling voor een PS slechts weinig zullen verbeteren als ze aan BIO worden toegevoegd. De B-coëfficiënten van alle drie de schalen zijn positief. Dit betekent hoe hoger de schaalscore hoe groter de kans op een PS. Uit tabel 6.7 kan de voorspellende waarde van de drie subschalen gezamenlijk worden afgelezen. Hier blijkt dat zowel de *sensitiviteit* als de *specificiteit* 69.1% bedraagt: bij het patiëntinstrument komen zowel bij patiënten met als zonder een PS 69.1% van de classificaties op grond van de drie schaalscores overeen met de DSM-IV-TR As-II classificatie.

Bij het informantinstrument is OBS niet betrokken bij de logistische regressieanalyse omdat dit onderdeel op zichzelf geen bruikbare voorspellingen kon leveren. De model-chi-square voor de predictoren HAB en BIO van het informantinstrument is 13.787 met 2 vrijheidsgraden. Dit geeft een significantie van .00 hetgeen betekent dat deze twee predictoren gezamenlijk in staat zijn PS te voorspellen. Uit tabel 6.8 blijkt na een vervolgoetsing met de Wald-test dat alleen BIO significant is. De B-coëfficiënt van BIO is positief. Dit betekent hoe hoger deze schaalscore hoe groter de kans op het hebben van een PS. Uit tabel 6.7 kan tevens de *sensitiviteit* en de *specificiteit* van het informantinstrument worden afgelezen, te weten 45.0% respectievelijk 77.8%. HAB en BIO hebben een voorspellende waarde van 63.8% (tabel 6.7).

Gebruikersvriendelijkheid

Vrijwel alle patiënten hebben het interview met behulp van kaarten als niet belastend ervaren. Ook voor de hulpverlener blijkt het concept-screeningsinstrument praktisch in het gebruik: een korte instructie, overzichtelijk antwoordformulier en een gemiddelde afname duur van nog geen vijftien minuten. Het informantinstrument, bestaande uit een vragenlijst, had een gemiddelde afname tijd van elf minuten.

Tabel 6.7 Sensitiviteit/specifiteit patiënt- en informantinstrument

Patiënt	Geen PS (HAB/BIO/OBS)	Wel PS (HAB/BIO/OBS)	% correct
Geen PS (DSM-IV)	49	22	69.0
Wel PS (DSM-IV)	25	56	69.1
Totaal %			69.1
Informant	Geen PS (HAB/BIO)	Wel PS (HAB/BIO)	% correct
Geen PS (DSM-IV)	42	12	77.8
Wel PS (DSM-IV)	22	18	45.0
Totaal %			63.8

Tabel 6.8 Significantie van de onderdelen die bijdragen aan de criteriumvaliditeit voor het patiënt-en informantinstrument

Onderdeel	B patient	S.E.	Wald	Sig. patient	B informant	S.E.	Wald	Sig. Informant
HAB	.22	.11	3.76	.052	.21	.16	1.81	.179
BIO	.23	.08	7.73	.005	.26	.12	5.04	.025
OBS	.40	.21	3.66	.056				-

6.4 Discussie

Het in dit hoofdstuk gepresenteerde onderzoek naar de ontwikkeling van een screeningsinstrument voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen vond plaats in de context van de klinische praktijk. Literatuuronderzoek, casestudies en een Delphi-onderzoek vormden de eerste aanzet om te komen tot de probleemanalyse evenals structuur en inhoud van het concept-screeningsinstrument dat vervolgens onderzocht is op zijn psychometrische eigenschappen.

Zestien van de oorspronkelijke 52 items van het patiëntinstrument vormen een screeningsinstrument dat de Gerontologische Persoonlijkeitsstoornissen Schaal (GPS) wordt genoemd (zie bijlage IV). Met enige voorzichtigheid kan worden gesteld dat het screeningsinstrument voldoende betrouwbaar en valide is. Het betreft twee subschalen bestaande uit zeven HAB-items en negen BIO-items. De psychometrische eigenschappen van OBS blijken onvoldoende te zijn. Ook na verwijdering van OBS blijft de sensitiviteit en de specificiteit van HAB en BIO 69%, hetgeen redelijk is (Langbehn et al., 1999). De psychometrische eigenschappen van het informantinstrument zijn voorsnog ontoereikend; hoewel de specificiteit goed te noemen is (78%), is de sensitiviteit laag (45%).

De GPS kan als hulpmiddel dienen tijdens het psychodiagnostisch proces bij ouderen in de ambulante GGZ. Hierbij wordt gedacht aan een gefaseerde diagnostische intakeprocedure; tijdens de eerste fase kan met de GPS worden gescreend op de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis. Een score hoger dan vier op de GPS kan een indicatie zijn voor uitvoerig persoonlijkheidsonderzoek in de tweede fase waarbij gebruik kan worden gemaakt van de veelal meer tijds- en arbeidsintensieve zelfbeoordelingsvragenlijsten en semi-gestructureerde interviews. Nader onderzoek naar de persoonlijkheid is niet geïndiceerd bij een GPS-score lager dan twee.

De GPS wordt bij de patiënt mondeling afgenomen. Dit screeningsinstrument dient niet te worden afgenomen bij ouderen met ernstige depressieve en psychotische stoornissen dan wel cognitieve problematiek of zwakbegaafdheid aangezien de wijze waarop de patiënt de vragen beantwoordt ofwel te veel door het toestandsbeeld worden beïnvloed ofwel door intelligentieverval c.q. -deficit niet begrepen worden. Bij HAB dient bij het invullen van de scores rekening te worden gehouden met de interpretatie van geobjectiveerde somatische aandoeningen. Dit betreft de items 'Ik maak me vaak zorgen over mijn gezondheid', 'Ik hoop dat anderen mijn problemen oplossen', 'Ik ben vaak bang om degenen die voor mij zorgen zoals familieleden of mijn partner, te verliezen'. Waarschijnlijk zullen ouderen met klinisch aantoonbare somatische ziekten eerder fout-positief op deze items scoren. De voorlopige normering van scores ten aanzien van HAB bij patiënten in de ambulante GGZ is: score 0-1 betreft een negatieve score voor een persoonlijkheidsstoornis, bij score 2-4 is de interpretatie van deze scores onduidelijk en score 5-7 wijst op een persoonlijkheidsstoornis. Bij BIO betekent een score 0-1 geen persoonlijkheidsstoornis, score 2-4 is onduidelijk en score 5-9 duidt op de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis. Indien de GPS-score van één of beide subschalen hoger is dan score 4 wordt een *vermoeden* van een persoonlijkheidsstoornis gesteld. Uitvoerig persoonlijkheidsonderzoek is dan aangewezen.

De GPS is gebaseerd op de algemene diagnostische criteria van de DSM-IV-TR (APA, 2000). De diagnose persoonlijkheidsstoornis kan tot op heden niet met de GPS worden gesteld, evenmin kunnen uitspraken worden gedaan op DSM-clusterniveau of type van de persoonlijkheidsstoornis. Aangezien de huidige normering is gebaseerd op één valideringsstudie verdient het voorsnog de voorkeur om met de GPS een vermoedelijke diagnose 'persoonlijkheidsstoornis' te stellen.

De huidige status van het instrument bepaalt grotendeels de praktische bruikbaarheid

van de GPS. Het instrument verkeert nu nog in een onderzoeksfase waarbij naast de huidige normering eveneens een voorlopige definiëring wordt gehanteerd ten aanzien van het duurzame patroon van denken, voelen en handelen in relatie tot de items van HAB. De DSM-IV-TR laat nogal wat ruimte over daar waar het gaat over een 'stabiel' patroon. De temporele stabiliteit is in de reeds bestaande instrumenten op uiteenlopende manieren geoperationaliseerd (Verheul, Van den Brink, Spinhoven & Haringsma, 2000). Een periode van minimaal vijf jaar is hierin geen uitzondering waarbij de kenmerken onafgebroken aanwezig moeten zijn (VKP, SIDP-IV en SCID-II), terwijl volgens de IPDE geen positieve score kan worden gegeven wanneer het gedrag of de trek gedurende ten minste vijf jaar afwezig is geweest. Beoogd is bij HAB uit te gaan van een stabiel patroon van minimaal vijf jaar en dat terug gaat naar tenminste het begin van de ouderdom (zestig jaar of ouder).

De twee subschalen HAB en BIO van de GPS vertonen zowel een aantal overeenkomsten als verschillen. Bij HAB komen enkele gerontologische thema's aan de orde, zoals somatische en cognitieve achteruitgang evenals verlieservaringen op relationeel gebied (Van Alphen et al., 2001). De opzet van BIO is minder specifiek voor de doelgroep. Het betreft hier meer algemene aspecten van persoonlijkheidsstoornissen, zoals veelvuldige GGZ-interventies in het verleden. Zowel HAB als BIO meten aspecten van chronisch instabiel gedrag hetgeen een wezenlijk kenmerk is van persoonlijkheidsstoornissen (APA, 2000). De wijze waarop dit gedrag in kaart wordt gebracht is echter verschillend. Bij HAB wordt instabiel gedrag *subjectief* gemeten; aan betrokkene wordt gevraagd in hoeverre deze items op hem of haar van toepassing zijn. BIO daarentegen heeft een meer *objectief* karakter. Met behulp van deze items wordt aan de hand van eerdere levensgebeurtenissen de (in)stabiliteit van betrokkene in kaart gebracht.

In dit onderzoek blijkt OBS onvoldoende betrouwbaar en valide om in de klinische praktijk gebruikt te worden. Een verklaring hiervoor is dat de OBS-items tijdelijke, aan verandering onderhevige gedragscomponenten meten in plaats van duurzame gedragspatronen hetgeen bij persoonlijkheidstrekken cruciaal is. De psychometrische eigenschappen van het informantinstrument blijken eveneens ontoereikend en thans minder geschikt voor praktisch gebruik. Naast de eerdergenoemde beperkingen van de OBS-items zijn de HAB-items geconstrueerd en geformuleerd vanuit de belevingswereld van de patiënt. Voor de informant kan dit een belemmering vormen bij het invullen van de vragenlijst. Hoewel uit een recent artikel van Klein (2003) blijkt dat zowel patiënten als informanten unieke informatie kunnen leveren en dat hierdoor beide bronnen van informatie van belang zijn bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen, is veelal sprake van een geringe overeenkomst van scores tussen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en informanten (Bernstein et al., 1997; Dreessen et al., 1998; Ferro & Klein, 1997).

Een aantal beperkingen is te noemen ten aanzien van de constructie en validering van het concept-instrument hetgeen in meer of mindere mate ook gevolgen heeft gehad voor de GPS. In de formulering van een aantal items, zoals 'Ik heb goede contacten met

belangrijke, hooggeplaatste mensen' en 'Ik ben regelmatig van baan gewisseld omdat ik ontevreden was over mijn werksituatie of ontslagen werd' komen meerdere onderwerpen per item aan de orde hetgeen invloed heeft op de validiteit van deze items.

Gekozen is voor het DSM-IV-TR concept persoonlijkheidsstoornis als extern criterium. Een algemeen aanvaard extern beoordelingscriterium of gouden standaard voor persoonlijkheidsstoornissen bleek niet voor handen. Dit conceptuele probleem is een cruciale beperking geweest bij het valideringsonderzoek. Een gebruikelijke methode bij de validiteit van As-II meetinstrumenten is het vergelijken van de meetuitkomsten tussen twee instrumenten met (nagenoeg) dezelfde meetpretentie (Verheul et al., 2000). Het meten van deze convergente validiteit bleek in dit onderzoek echter niet mogelijk aangezien een specifiek As-II meetinstrument voor ouderen ontbreekt en, zoals eerder besproken, het huidige As-II meetinstrumentarium in relatie tot ouderen een aantal wezenlijke tekortkomingen vertoont. In dit onderzoek zijn voor het extern criterium aspecten van de LEAD-standaard (Spitzer, 1983) gehanteerd om vervolgens te komen tot een consensusdiagnose.

Hoewel in dit onderzoek sprake was van een bruikbare verdeling ten aanzien van de aan- of afwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis (51% vs 45%) bleek de onderzoekspopulatie op DSM-clusterniveau niet representatief te zijn. Het cluster A was niet vertegenwoordigd, het cluster B was oververtegenwoordigd (24%) en het cluster C was ondervertegenwoordigd (11%) en veruit het merendeel bestond uit NAO-classificaties (65%). Uit literatuuronderzoek blijkt dat de cluster B persoonlijkheidsstoornissen minder vaak voorkomen op latere leeftijd en dat bij ouderen zowel de cluster A als C- persoonlijkheidsstoornissen prevaleren vergeleken met jongere volwassenen (Van Alphen et al., 2004). Mogelijke redenen voor de niet representatieve clusterverdeling in de onderzoekspopulatie zijn de gebondenheid aan één ambulante onderzoekssetting, weigering van deelname aan het onderzoek of tot de exclusiecriteria behorende psychiatrische toestandsbeelden, zoals floride psychosen of ernstige stemmingsstoornissen. Het ontbreken van de cluster A-persoonlijkheidsstoornissen kan van invloed zijn geweest op de validering van het concept-screeningsinstrument aangezien tien van de 52 items geconstrueerd zijn om cluster A kenmerken te detecteren.

Vervolgonderzoek omtrent de psychometrische kwaliteiten van de GPS in een (poli)klinische setting is aangewezen, bestaande uit meerdere validiteitstudies verdeeld over een aantal landelijke regio's. Verder is uitbreiding van de huidige items binnen HAB en BIO van belang ten einde de interne consistentie en validiteit van de GPS te verbeteren. Tevens dient onderzocht te worden of het informantinstrument (deels) in de praktijk gebruikt kan worden.

In het psychometrisch onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van het screeningsinstrument is gekozen voor een traditionele benadering. Een alternatieve benadering is de stapsgewijze logistische regressie. In het navolgende is gebruik gemaakt van verschillende methoden voor forward selection (zie Tabachnick & Fidell, 1996) zoals geïmplementeerd in Statistical Product and Service Solutions (SPSS). Elk van de gebruikte methoden leverde dezelfde resultaten op. Met forward selection is op

een exploratieve wijze gezocht naar een zo klein mogelijke set items waarmee de criteriumvariabele 'PS' voorspeld kan worden. De resultaten van deze analyse zijn weergegeven in tabel 6.9. Deze benadering meet geen betrouwbaarheid maar zoekt alleen naar items waarmee de criteriumvariabele voorspeld kan worden. Uit tabel 6.9 blijkt dat met de vier geselecteerde items (volgens de forward selection methode zou het toevoegen van items niet tot betere voorspellingen leiden) 72% van de patiënten correct geclassificeerd worden. De model-chi-square is 33.671 met 4 vrijheidsgraden hetgeen leidt tot een significantie van .000. Als dit een confirmatieve analyse was geweest met de vier geselecteerde items als predictoren, zou dit betekend hebben dat deze vier items gezamenlijk in staat zijn om PS te voorspellen. De vier items zijn op een exploratieve wijze gezocht uit de totale set van items waardoor er het risico van kapitalisatie bestaat (wie zoekt zal vinden). De resultaten zouden dus eigenlijk in een nieuwe steekproef van patiënten gekruisvalideerd moeten worden om zo hun werkelijke voorspellende waarde te kunnen bepalen. De coëfficiënt B is voor elke van de items positief. Dit betekent hoe hoger de score op elk item, hoe groter die kans dat de patiënt een persoonlijkheidsstoornis heeft. Elk item is significant, maar ook voor de B's en hun significanties geldt dat deze eigenlijk in een nieuwe steekproef van patiënten gekruisvalideerd moeten worden.

6.9 Voorspelbaarheid alsmede significante waarden van vier items van het patiëntinstrument

Patiënt	Geen PS	Wel PS	% correct	Patiënt	B	S.E.	Wald	Significantie
Geen PS	50	21	70.4	Item 7	.81	.37	4.72	.030
Wel PS	21	60	74.1	Item 12	.95	.43	4.99	.026
Totaal %			72.4	Item 23	1.10	.42	6.77	.009
				Item 44	1.48	.62	5.72	.017

Interessant is het om na te gaan waarom juist deze vier items een voorspellende kracht hebben die gelijkwaardig is aan de voorspellende kracht van de schalen die eerder met behulp van betrouwbaarheidsanalyses zijn geconstrueerd.

6.5 Literatuur

Agronin, M.E., & Maletta, G. (2000). Personality disorders in late life. Understanding and overcoming the gap in research. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 4-18.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (3th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (4th ed. textual revision)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

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.

Bernstein, D.P., Kasapis, C., Bergman, A., Weld, E., Mitropoulou, V., Horvath, T., Klar, H.M., Silverman, J., & Siever, L.J. (1997). Assessing axis II disorders by informant interview. *Journal of Personality Disorders, 11*, 158-167.

Bögels, S., & Arntz, A. (1996). Persoonlijkheidsstoornissen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (Red.). *Handboek psychopathologie. Deel 3* (pp. 242-264). Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.

Cacciola, J.S., Alterman A.I., & Rutherford, M.J. Alterman, A.I., McKay, J.R., & Snider, E.C. (1996). Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 184*, 234-239.

Carmines, E.G., & Zeller, R.A. (1979). *Reliability and validity assessment*. London: SAGE.

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.

Decates, M.S., Engelen, D.S.A., Engelen, G.J.J.A., Engels, J.H.B., Fincken, H.S.M., Mastenbroek, J.M.A. & Peeters, M.S.H. (1995). *CRIO-95. Een kwaliteitsinstrument voor de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen*. Maastricht: RINO Zuid-Nederland.

De Leo, D., Scocco, P., & Meneghel, G. (1999). Pharmacological and psychotherapeutic treatment of personality disorders in the elderly. *International Psychogeriatrics, 11*, 191-206.

Derix, M.M.A., Hofstede, A.B., Teunisse, S., Hijdra, A., Walstra, G.J., Weinstein, H.C. & Gool, W.A. (1989). CAMDEX-N: de Nederlandse versie van de Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 22*, 143-150.

Dreessen, L., Arntz, A., Luttels, C., & Sallaerts, S. (1994). Personality disorders do not influence the results of cognitive behaviour therapies for anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry, 35*, 265-274.

Dreessen, L., Hildebrand, M., & Arntz, A. Patient-informant concordance on the Structured Clinical Interview for DSM-III-r personality disorders (SCID-II). (1998). *Journal of Personality Disorders, 12* (2), 149-161.

Ferro, T., & Klein, D.N. (1997). Family history assessment of personality disorders: concordance with direct interview and between pairs of informants. *Journal of Personality Disorders, 11* (2), 123-136.

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.

Huisman, M. (1999). Simple and effective methods to treat missing item responses. *Kwantitatieve Methoden, 62*, 57-78.

- Jongedijk, R.A. (2001). Psychiatrische diagnostiek en het DSM-systeem. Een kritisch overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 309-319.
- Klein, D.N. (2003). Patients' versus informants' reports of personality disorders predicting 7½-year outcome in outpatients with depressive disorders. *Psychological Assessment*, 15, 216-222.
- Korrelboom, K. (2000). Dimensies in de behandeling van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen: aangrijpingspunt, context en therapeutische eenheid. *Directieve Therapie*, 20, 206-215.
- Langbehn, D.R., Pfohl, B.M., Reynolds, S., Clark, L.A., Battaglia, M., Bellodi, L., Cadoret, R., Grove, W., Pilkonis, P., & Links, P. (1999). The IOWA Personality disorder screen: development and preliminary validation of a brief screening interview. *Journal of Personality Disorders*, 13, 75-89.
- Molinari, V., Kunik, M.E., Mulsant, B., & Rifai, A.H. (1998). The relation between patient, informant, social worker, and consensus diagnoses of personality disorder in elderly depressed inpatients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 136-143.
- 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.
- Reich, J., Yates, W., & Nduaguba, M. (1988). Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24, 12-16.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (1996). *Using Multivariate Statistics*. New York: Harper Collins College Publishers
- Sadavoy, J. (1987). Character disorders in the elderly: An overview. In J. Sadovoy & M. Leszcz (Red.). *Treating the elderly with psychotherapy: The scope for change in later life* (pp. 175-229). Madison, CT: International Universities Press.
- 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.
- Spitzer, R.L. (1983). Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24, 399-411.
- Teunisse, R.J. (1990). Het verloop op lange termijn van de borderline persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 32, 473-485.
- Van Alphen, S.P.J. (2002). Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: diagnostiek en behandeling. *Patient Care*, 48-51.
- 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.

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 voor Gerontologie en Geriatrie*, 34, 208-214.

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. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 32, 245-251.

Verheul, R., Van den Brink, W., Spinhoven, Ph., & Haringsma, R. (2000). Richtlijnen voor klinische diagnostiek van DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 409-422.

Voorhoeve, J.N. (1997). Indicatiestelling en behandelingsmodaliteiten bij persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 170-184.

HOOFDSTUK 7

DE OVEREENKOMST TUSSEN HET PATIËNT- INFORMANTOORDEEL EN INFORMANTEN ONDERLING*

* Een eerdere versie van dit hoofdstuk is gepubliceerd als: Van Alphen, S.P.J., Rettig, A.M., Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., & Derksen, J.J.L. (2005). Patiënt-informant overeenkomst op de Gerontologische Persoonlijkeitsstoornissen Schaal (GPS). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 613-617.

7.1 Inleiding

Informant informatie is als diagnostische bron onmisbaar bij patiënten met oordeel- en kritiekstoornissen, zoals bij dementiele problematiek en bij persoonlijkheidsstoornissen (APA, 2004; Jorm, 1996; Zarit & Zarit, 1998). Deze informatiebron heeft zowel een verifiërende als een aanvullende functie tijdens het psychologisch en psychiatrisch onderzoek. De informant kan doorgaans beter dan de patiënt een objectief beeld geven over de patiënt (Kolar, Funder, & Colvin, 1996) met daarbij een betere weergave van de dagelijkse omgang met de patiënt (Funder, 2001). Nadelen van deze informatiebron zijn dat een informant vaak geen deel zal uitmaken van alle situaties waarin de patiënt verkeert (Funder, 2001). Ook is het aannemelijk dat bij de informant in meer of mindere mate sprake is van selectieve perceptie en dat een betrouwbaar informantoordeel mede afhankelijk is van de kwaliteit en duurzaamheid van de patiënt-informantrelatie (zie ook § 6.1).

De kwaliteit en duurzaamheid van de patiënt-informantrelatie is doorgaans gerelateerd aan de soort informant, zoals kinderen, partner, collega's of vrienden. Specifiek onderzoek naar kinderen als informant bij persoonlijkheidsonderzoek ontbreekt. Bij partners daarentegen zijn aanwijzingen gevonden dat het oordeel van de levensgezel vaak positief uitvalt. Echtparen ervaren zichzelf zo sterk als twee-eenheid dat ze nogal eens van 'wij' spreken. Na een jarenlange relatie kan een zogenaamde cognitieve onderlinge afhankelijkheid ontstaan die rechtevenredig toeneemt met de stabiliteit en de intimiteit van de relatie (Smith & Mackie, 2000). Vanuit deze redenatie stelde Ickes (1993) al eerder dat partners als informant onbetrouwbare informatie kunnen geven.

Onderzoek naar de informatie tussen vrienden, familie en collega's als informant is verricht door Malloy, Albright, Kenny en Agastein (1997). Zij onderzochten de mate van consensus over de beoordeling van een persoon zowel binnen als tussen eerdergenoemde drie groepen. De groep van familieleden had niet alleen onderling de grootste mate van consensus maar ook de grootste mate van consensus met de persoon zelf ($r = .43$). De consensus tussen collega's en de persoon ($r = .35$) evenals de vrienden en de persoon ($r = .34$) was beduidend lager.

De overeenkomst tussen patiënt- en informant informatie in een psychiatrische populatie bij ouderen met persoonlijkheidsproblematiek bestaat, voor zover bekend, uit slechts twee studies. In een studie ($N=23$) met de Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II) was sprake van een goede overeenkomst ($k = .78$) tussen oudere patiënten en informanten (Vine & Steingart, 1994). Molinari, Kunik, Mulsant en Rifai (1998) daarentegen toonden met de Personality Assessment Form (PAF) een aanzienlijk lagere patiënt-informantovereenkomst aan ($N=20$; $k < .30$).

Ook bij jongvolwassenen zijn dit soort studies in aantal beperkt. Ready en Clark (2002) stellen dat patiënt- en informantovereenkomst systematisch lager is bij patiëntenpopulaties. Uit een studie ($N=60$) van Dowson (1992) is de totale correlatie tussen het patiënt- en informantgedeelte van de Personality Diagnostic Questionnaire Revised (PDQ-R) $.48$. Walters, Moran, Choudhury, Lee en Mann (2004) vermeldden met de Standardized Assessment of Personality (SAP), een meetinstrument gebaseerd op het

oordeel van informanten, een lage overeenkomst met de SCID-II ($k=.30$) die bij 57 psychiatrische patiënten werd afgenomen. Bernstein et al. (1997) onderzochten de patiënt-informantovereenkomst bij 62 psychiatrische patiënten met behulp van de Structured Interview for DSM-III Personality Disorders (SIDP). De overeenkomst bleek laag indien categoriaal werd geëvalueerd (M kappa= .32) en matig indien dimensionale scores werden gehanteerd (M interclass $r=.45$). Gelijksortige uitkomsten worden ook beschreven door Riso et al. (1994) met de Personality Disorder Examination (PDE) (M kappa= .07; M interclass $r=.35$) en door Dreessen, Hildebrand en Arntz (1998) waarbij met de SCID-II een gemiddelde interclass correlatie van .28 werd gevonden voor de dimensionale scores op de persoonlijkheidsstoornissen.

Zoals eerder met een Delphi-onderzoek is aangetoond (hoofdstuk 5) is informantinformatie in de klinische praktijk een belangrijke informatiebron ten behoeve van de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. In deze studie wordt met behulp van de Gerontologische Persoonlijkheidsstoornissen Schaal (GPS) de patiënt- en informantovereenkomst onderzocht bij ouderen die worden behandeld in een ambulante GGZ-instelling en waarbij de kinderen van betrokkenen als informant participeerden. De onderzoeksvragen zijn:

- Wat is de mate van overeenkomst tussen de informatie van de patiënt en de informant?
- Wat is de mate van overeenkomst tussen twee informanten?

7.2 Methode

Respondenten

IN- EN EXCLUSIECRITERIA EN WIJZE VAN WERVING

In totaal hebben 96 patiënten van een ambulante GGZ-instelling voor ouderen (Mondriaan Zorggroep in Heerlen) één of meer informanten geleverd voor dit onderzoek (N=153). Vanuit de reguliere ambulante GGZ-intake werden bij de patiënten de DSM-IV-TR As-I en As-II classificaties (APA, 2000) gesteld. De exclusiecriteria waren: patiënten met ernstige psychische stoornissen die in belangrijke mate het gedrag kunnen bepalen dan wel kleuren, zoals psychotische decompensaties of depressies van zodanige ernst dat patiënten op dat moment niet in staat waren de vragen adequaat te beantwoorden. Ook patiënten met cognitieve stoornissen werden voor dit onderzoek geëxcludeerd. Gekozen is voor een homogene groep van familieleden als informant die betrouwbare informatie kan verschaffen. Mede gezien de reële kans dat er bij een deel van de patiënten geen levenspartner (meer) beschikbaar is, ging de voorkeur uit naar 'volwassen kinderen' als informant. Indien de patiënt hierin toestemde werd het betreffende familielid opgebeld en verzocht tot deelname. De informanten zijn geworven door aan de participerende patiënt te vragen in hoeverre één of meer kinderen als informant bij het onderzoek betrokken mogen worden.

KARAKTERISTIEKEN

Van de 96 patiënten van zestig jaar en ouder werd bij 39 van hen (41%) een DSM As-II stoornis geclassificeerd waarvan 24 (62%) een cluster B-persoonlijkheidsstoornis, 6 (15%) een cluster C-persoonlijkheidsstoornis en 9 (23%) een persoonlijkheidsstoornis NAO. Cluster A persoonlijkheidsstoornissen ontbraken. Bij 57 (59%) patiënten werd geen persoonlijkheidsstoornis geclassificeerd.

In deze studie hebben 50 patiënten één informant geleverd en 46 patiënten hebben minimaal twee informanten geleverd (36 patiënten 2 informanten, 8 patiënten 3 informanten en 2 patiënten 4 informanten). Verdere demografische gegevens over de informanten zijn niet geïnventariseerd.

Meetinstrument

Voor dit onderzoek is de Gerontologische Persoonlijkheidsstoornissen Schaal (GPS) als meetinstrument gebruikt (Van Alphen, Engelen, Kuin, Hoijsink & Derksen, 2004). De GPS (16 items) is een screeningsinstrument in ontwikkeling ten behoeve van de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen en is gebaseerd op de *algemene* diagnostische criteria van de DSM-IV-TR (APA, 2000).

In tabel 7.1 zijn de items evenals antwoordmogelijkheden van de GPS weergegeven. Dit instrument bestaat uit de subschalen Habitueel gedrag (HAB) en Biografische gegevens (BIO) en wordt bij de patiënt in de vorm van een gestructureerd interview afgenomen (patiëntinstrument). Tevens is er een item-identieke schriftelijke versie, bestemd voor de informant (informantinstrument). De antwoordmogelijkheden voor deze schriftelijke versie zijn: *Ja, Nee, ?* of *N.v.t.*

Statistische analyses

De overeenkomst tussen de patiënt en informant en de overeenkomst tussen de informanten onderling zijn met Spearmans correlaties (r_s) berekend. Deze correlaties zijn verricht over de totale GPS-score en over de scores per subschaal.

7.3 Resultaten

Datapreparatie

Voor de wijze van datapreparatie ten aanzien van de patiëntversie wordt verwezen naar hoofdstuk 6 (§ 6.3).

Bij de informantversie zijn de scores op ‘?’ omgecodeerd naar ‘nee’. Hier werd ingeschat dat het merendeel van de informanten een score op ‘?’ niet als een specifiek c.q. pregnant kenmerk van de patiënt beschouwden. De informanten (N=96) scoorden in totaal 204 keer op het ‘?’. Het relatief gering aantal ontbrekende antwoorden, in totaal gemiddeld 5 keer bij zowel patiënten als informanten is, conform de item-mean imputation, per item omgecodeerd naar de antwoordkeuze waarop het meest is

gescoord (Huisman, 1999). Voor de berekening van de patiënt-informantovereenkomst werd de informant at random geselecteerd bij deelname van twee of meer informanten per patiënt. Ten behoeve van de berekening van de overeenkomst tussen de eerste (N=46) en de tweede informant (N=46) zijn de scores op N.v.t, ? of ontbrekende antwoorden (in totaal in 182 keer) omgecodeerd naar Nee (0). Ook hier is de rationale gehanteerd dat het in deze gevallen niet om een saillant kenmerk van de patiënt ging.

Tabel 7.1 de zestien items van de GPS (patiëntinstrument)

Habitueel gedrag (HAB)		Nee	Ja
1.	Ik vind ouder worden vervelend omdat ik minder aantrekkelijk word	0	1
2.	Ik maak me vaak zorgen over mijn gezondheid	0	1
3.	Ik ben vaak bezorgd over mijn geheugen	0	1
4.	Ik hoop dat anderen mijn problemen oplossen	0	1
5.	Ik ben vaak bang om degenen die voor mij zorgen zoals familieleden of mijn partner, te verliezen	0	1
6.	Ik word vaak benadeeld door anderen	0	1
7.	Ik vind het moeilijk om voor mezelf op te komen	0	1
Biografische gegevens (BIO)		Nee	Ja
1.	Ik heb gedurende mijn leven veel onduidelijke lichamelijke klachten gehad waarvoor ik bij de dokter ben geweest	0	1
2.	Ik heb wel eens tegen mijn familie of bekenden gezegd een einde aan mijn leven te willen maken	0	1
3.	Ik ben in het verleden opgenomen geweest in een psychiatrische instelling of rustoord wegens zenuwen	0	1
4.	Ik heb tijdens belangrijke momenten in mijn leven veel last gehad van zenuwen, spanningen of somberheid	0	1
5.	Ik ben wel eens eerder in mijn leven behandeld door een psychiater/ zenuwarts of psycholoog	0	1
6.	Ik heb wel eens een poging gedaan om een einde aan mijn leven te maken	0	1
7.	Ik heb tijdens mijn leven hooguit 1 kennis of vriend gehad	0	1
8.	Ik heb in mijn leven weinig belangstelling gehad voor seksueel contact	0	1
9.	Ik heb in het verleden vaak gebruik gemaakt van zenuwtabletten en/of slaaptabletten	0	1

Correlaties

De Spearman's correlations tussen patiënten en informanten (N=96) is bij HAB .41 en bij BIO .66. De totale correlatie op de GPS is .64.

De Spearman's correlations tussen twee informanten (N=46) is bij HAB .52 en bij BIO .62. De totale correlatie op de GPS is .66. Dat de correlatie op de GPS hoger uitvalt dan die op de afzonderlijke subschalen houdt vermoedelijk verband met de mate van samenhang tussen HAB en BIO ($r_s=.51$) bij het informantinstrument (zie verder § 6.3).

7.4 Discussie

Uit dit onderzoek met de GPS blijkt een matige tot redelijke overeenkomst (HABrs=.41, BIORs=.67 en GPSrs=.64) tussen de patiënt- en informantcores (Carmines & Zeller, 1979). Deze onderzoeksresultaten vallen hoger uit vergeleken met studies die zijn verricht met de PDQ-R (Dowson, 1992), SIDP (Bernstein et al., 1997), PDE (Riso et al., 1994), SCID-II (Dreessen et al., 1998) en SAP (Walters et al., 2004). Alleen de studie van Vine en Steingart (1994) laat een nog hogere overeenkomst tussen patiënten en informanten zien. De overeenkomst tussen twee informanten is matig tot redelijk (HABrs=.52, BIORs=.62 en GPSrs=.66). Het bovenstaande dient met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden aangezien de huidige psychometrische eigenschappen van de GPS nog verder onderzocht dienen te worden.

Desalniettemin blijkt dat BIO vergeleken met HAB hoger correleert tussen zowel de patiënt en informant als de informanten onderling. Dit heeft bij BIO vermoedelijk te maken met een meer eenduidige beschrijving van gedragingen c.q. concrete gebeurtenissen uit het verleden. Factoren die aan een relatief lagere overeenstemming bij HAB ten grondslag kunnen liggen zijn: verschillen in beleving van persoonlijkheidseigenschappen tussen de patiënt en informant, ontkenning alsmede neiging tot sociaal wenselijke antwoorden van de patiënt en enige kleuring als gevolg van psychische toestandsbeelden bij de patiënt.

Eerder verrichte studies hebben laten zien dat de diagnostische overeenkomst van het patiënt- en informantoordeel samenhangt met de kwaliteit van de patiënt-informantrelatie en de afwezigheid van persoonlijkheidspathologie bij de informant. Daarbij verdient het de voorkeur om aan de informant alleen die vragen te stellen die verwijzen naar observeerbare dan wel interpersoonlijke kenmerken. De beoordeling van minder duidelijk observeerbare, intrapsychische kenmerken, zoals stemming en zelfperceptie, is waarschijnlijk diagnostisch minder valide (Verheul, Van den Brink, Spinhoven & Haringsma, 2000). Dit is een aannemelijke verklaring voor de lagere correlaties tussen het patiënt-informantoordeel bij HAB. Deze items zijn met name gericht op zelfperceptie, zoals overmatig bezorgd zijn, afhankelijkheid, subassertiviteit en achterdocht (zie tabel 7.1).

Antwoordpatronen door de patiënten als gevolg van ontkenning, sociaal wenselijk gedrag of 'cry for help' lijken in dit onderzoek niet zozeer voor de hand te liggen; er waren geen significante verschillen in de hoogte van de scores tussen de patiënten en

informanten. Mogelijke kleuring van antwoorden als gevolg van licht depressieve of andere psychische toestandsbeelden is echter, met name bij HAB, niet geheel uit te sluiten.

In dit onderzoek is een aantal methodologische beperkingen te noemen. De demografische gegevens van de informanten zijn summier. Factoren die niet in kaart zijn gebracht, zoals de leeftijd van de kinderen, geboortevolgorde of woonplaats zouden mogelijk van invloed kunnen zijn op de scores van de GPS. Verder is niet uitgesloten dat bij de werving van informanten een selectiebias is opgetreden; de patiënt leverde de informanten aan waarbij de mogelijkheid bestaat dat de kinderen met wie het contact minder goed verloopt niet werden geïnccludeerd voor deze studie. Ook over de patiëntenpopulatie is een kanttekening te plaatsen; bij de groep ouderen met een persoonlijkheidsstoornis blijkt dat alleen cluster B- en C-persoonlijkheidsstoornissen zijn vertegenwoordigd in deze studie.

Met dit empirisch onderzoek is in Nederland een eerste stap gezet naar de overeenkomst tussen het patiënt- en informantoordeel bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen met een specifieke groep informanten (volwassen kinderen). Vervolgonderzoek naar de relatie tussen specifieke thema's en de mate van betrouwbaarheid van het informantoordeel bij persoonlijkheidsdiagnostiek is aangewezen. Verder is onderzoek naar de mate van overeenkomst tussen verschillende groepen van informanten in relatie tot de patiënt van belang met daarbij aandacht voor de kwaliteit en duurzaamheid van de patiënt-informantrelatie.

7.5 Literatuur

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (4th ed. textual revision)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychological Association. (2004). *Guidelines for psychological practise with older adults*, 59, 236-260.

Bernstein, D.P., Kasapis, C., Bergman, A., Weld, E., Mitropoulou, V., Horvath, T., Klar, H.M., Silverman, J., & Siever, L.J. (1997). Assessing axis II disorders by informant interview. *Journal of Personality Disorders*, 11, 158-167.

Carmines, E.G., & Zeller, R.A. (1979). *Reliability and validity assessment*. London: SAGE.

Dowson, J.H. (1992). Assessment of DSM-III-R personality disorders by self-report questionnaire: The role of informants and a screening test for co-morbid disorders (STCPD). *British Journal of Psychiatry*, 161, 344-352.

Dreessen, L., Hildebrand, M., & Arntz, A. (1998). Patient-informant concordance on the Structured Clinical Interview for DSM-III-r personality disorders (SCID-II). *Journal of Personality Disorders*, 12, 149-161.

Funder, D.C. (2001). *The personality puzzle*. New York/London: W.W. Norton & Company.

- Huisman, M. (1999). Simple and effective methods to treat missing item responses. *Kwantitatieve Methoden*, 62, 57-78.
- Jorm, A.F. (1996). Assessment of cognitive impairment and dementia using informant reports. *Clinical Psychology Review*, 16 (1), 51-73.
- Kolar, D.W., Funder, D.C., & Colvin, C.R. (1996). Comparing the accuracy of personality judgements by the self and knowledgeable others. *Journal of Personality*, 64, 311-337.
- Malloy, T.E., Albright, L., Kenny, D.A., & Agastein, F. (1997). Interpersonal perception and meta perception in non overlapping social groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 390-398.
- Molinari, V., Kunik, M.E., Mulsant, B., & Rifai, A.H. (1998). The relation between patient, informant, social worker, and consensus diagnoses of personality disorder in elderly depressed inpatients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 136-143.
- Ready, R.E., & Clark, L.A. (2002). Correspondence of psychiatric patient and informant ratings of personality traits, temperament, and interpersonal problems. *Psychological Assessment*, 14, 39-49.
- Riso, L.P., Klein, D.N., Anderson, R.L., Ouimette, P.C., & Lizardi, H. (1994). Concordance between patients and informants on the Personality Disorder Examination. *American Journal of Psychiatry*, 151, 568-573.
- Smith, E.R. & Mackie, D.M. (2000). *Social psychology*. Philadelphia: Psychological press.
- Van Alphen, S.P.J., Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., Hoijtink, H.J.A., & Derksen, J.J.L. (2004). Constructie van een schaal voor de signalering van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 35, 170-179.
- Verheul, R., Van den Brink, W., Spinhoven, Ph., & Haringsma, R. (2000). Richtlijnen voor klinische diagnostiek van DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 409-422.
- Vine, R.G., & Steingart, A.B. (1994). Personality disorder in the elderly depressed. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 392-398.
- Walters, P., Moran, P., Choudhury, P., Lee, T., & Mann, A. (2004). Screening for personality disorder: a comparison of personality disorder assesment by patients and informants. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(1), 34-39.
- Zarit, S.H., & Zarit, J.M. (1998). *Fundamentals of assessment and treatment*. New York: Guilford press.

HOOFDSTUK 8

SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Deze dissertatie gaat over de ontwikkeling, betrouwbaarheid en validiteit van een screeningsinstrument voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Dit instrument is bestemd voor ouderen die worden verwezen naar de ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (aGGZ).

De belangrijkste reden voor dit onderzoek was het feit dat de afwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis de prognose van een behandeling in positieve zin beïnvloedt en dat het aantonen van een persoonlijkheidsstoornis een therapeutische 'fausse route' helpt te voorkomen (Andreoli, Bressot, Aapro, Tricot & Gognalons, 1989; Gradman, Thompson, & Gallagher-Thompson, 1999; Segal, Coolidge, & Rosowsky, 2000). Vanuit het gegeven dat specifieke instrumenten voor het vroegtijdig opsporen van persoonlijkheidspathologie bij ouderen ontbreken, is een onderzoekstraject ontwikkeld om te komen tot een voor dit doel geschikt screeningsinstrument. Gekozen is voor een pragmatische aanpak. Met behulp van casestudies en opeenvolgende schriftelijke vragenronden bij ervaringsdeskundigen is allereerst een aantal diagnostische knelpunten geïnterpreteerd. Daarnaast hebben deze klinici de structuur van het instrument beoordeeld en heeft er een iteminventarisatie plaatsgevonden. Voorts is dit concept-instrument onderzocht op zijn psychometrische kwaliteiten in een aGGZ-instelling voor ouderen. In dit laatste hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen samengevat. Vervolgens komen de voornaamste methodologische knelpunten aan de orde en worden enkele richtlijnen gegeven voor toekomstig onderzoek.

8.1 Conclusies

In *hoofdstuk 2* werd een overzicht gegeven van de belangrijkste knelpunten en dilemma's bij het verrichten van persoonlijkheidsdiagnostiek. Na bestudering van zes persoonlijkheidsmodellen leek een multidimensionale in plaats van een unidimensionale vorm van diagnostiek voor de hand te liggen waarbij perspectieven uit meerdere theoretische kaders worden geïntegreerd. Als belangrijkste knelpunt bij persoonlijkheidsdiagnostiek werd het ontbreken van een gouden standaard genoemd. Ook de integratie en praktische toepassing van zowel de verschillende theoretische benaderingen als de hiervan afgeleide meetinstrumenten compliceren de multidimensionale benadering. Deze instrumenten meten doorgaans uiteenlopende persoonlijkheidsconstructen. Op descriptief niveau bleek de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition Textual Revision (DSM-IV-TR) (APA, 2000) het meest gebruikte classificatiesysteem. Dit a-theoretische systeem biedt voordelen in de communicatie tussen klinici. Tevens bleek een goede onderlinge vergelijkbaarheid van onderzoeksresultaten bij zowel persoonlijkheidsdiagnostiek als empirisch-wetenschappelijk onderzoek een pluspunt. In de toekomstige DSM-V verdient het echter wel aanbeveling om de huidige categoriale classificatie aan te vullen met een dimensionale classificatie. Een dimensionaal classificatiesysteem levert meer precieze informatie over de ernst van de pathologie en de gegevens over de overige pathologische persoonlijkheidstrekken blijven door deze fijnmazige diagnostische benadering behouden.

Vervolgens werd ingegaan op de belangrijkste aspecten bij de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Het literatuuronderzoek, in *hoofdstuk 3* weergegeven, leverde uiteenlopende visies op ten aanzien van het duurzame en stabiele beloop van persoonlijkheidsstoornissen. Zo concludeerden Reich, Yates en Nduaguba (1988) dat bij een aantal specifieke persoonlijkheidsstoornissen sprake is van een afname na het dertigste levensjaar en weer een toename van pathologie na het vijftigste levensjaar. Longitudinaal onderzoek werd echter alleen verricht bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis waarbij een afname van antisociale kenmerken op latere leeftijd wordt vermeld. Uit de literatuurstudie bleek tevens dat het DSM-persoonlijkheidsstoornissen-concept bij ouderen lastig is te hanteren omdat de As-II criteria en daarvan afgeleide meetinstrumenten onvoldoende zijn toegespitst op ouderen. Elementen van de LEAD-standaard (Spitzer, 1983) werden aangedragen als hulpmiddel bij persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen. 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, informantengegevens, dossiergegevens en de ervaringen die de hulpverleners met de patiënt hebben. Effectstudies naar de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen ontbraken. Vooralsnog leek een individuele of groepsgerichte adaptatiebevorderende aanpak, eventueel gecombineerd met psychofarmaca, het meest aangewezen.

In de volgende twee hoofdstukken werd het onderzoeksthema vanuit de praktijk belicht. In *hoofdstuk 4* werd aan de hand van drie casestudies het effect van leeftijdsspecifieke stressoren geïllustreerd bij ouderen met een persoonlijkheidsstoornis die in behandeling waren bij een aGGZ-instelling. Belangrijke leeftijdsspecifieke stressoren waren verlies van gezondheid, relaties en autonomie. Deze ouderen ondervonden extra moeilijkheden met het hanteren van spanningen als gevolg van inadequate copingstijlen. Deze casestudies illustreerden dat tekortschietende copingstrategieën bij het ondervinden van verlieservaringen een psychische stoornis kunnen luxeren of verergeren.

Het in *hoofdstuk 5* gepresenteerde Delphi-onderzoek bevestigde het belang om in de ouderenpsychiatrie persoonlijkheidsdiagnostiek te verrichten; de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis is niet alleen van invloed op de behandeling van een DSM-As-I stoornis maar ook op de gedragsadvisering aan (niet-)professionele hulpverleners. De Delphi-panelleden waren van oordeel dat de DSM-IV-TR As-II criteria en de daarvan afgeleide assessment-instrumenten te weinig zijn toegespitst op ouderen met als gevolg dat deze instrumenten niet goed bruikbaar zijn in de klinische praktijk. Ook was er consensus over het uitgangspunt de DSM-IV-TR As-II criteria zodanig te herformuleren in het nieuw te ontwikkelen instrument dat deze expliciet van toepassing zouden zijn op ouderen. Het Delphi-panel onderschreef de relevantie van vier informatiebronnen ten behoeve van persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen. Deze bronnen zijn: biografische gegevens, hetero-anamnestiche informatie, gedragsobservaties en reacties die de

hulpverlener bij zichzelf waarneemt. Herleidbaar tot deze informatiebronnen werden concept-items geïnventariseerd. Het panel achtte in totaal 25 van de 44 potentiële items relevant voor de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.

In de navolgende hoofdstukken stond empirisch onderzoek centraal. In *hoofdstuk 6* werd het 52-items tellende concept-screeningsinstrument, bestaande uit een patiënt- en een informantgedeelte, onderzocht op zijn psychometrische kwaliteiten in een populatie van 159 patiënten in de leeftijd van 61 tot 92 jaar van een aGGZ-instelling en bij 96 informanten. Geconcludeerd werd dat bij zestien items van het patiëntgedeelte zowel de sensitiviteit als de specificiteit redelijk waren (circa 70%). Deze zestien items van het patiëntgedeelte werden omgedoopt tot een screeningsinstrument: de Gerontologische Persoonlijkheidsstoornissen Schaal (GPS). Het betreft de subschalen Habitudeel gedrag (HAB; 7 items) en Biografische gegevens (BIO; 9 items). De GPS is gebaseerd op de algemene diagnostische criteria van de DSM-IV-TR (APA, 2000) en met dit instrument kan een vermoeden op de aan- of afwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis worden vastgesteld. De interne consistentie van HAB bleek matig (Cronbachs $\alpha=.57$) en van BIO was deze goed (Cronbachs $\alpha=.77$). De test-hertest betrouwbaarheid bij HAB was matig ($rs=.72$) en bij BIO zeer goed ($rs=.89$). Ten aanzien van de praktische bruikbaarheid werd geconcludeerd dat de GPS als psychodiagnostisch hulpmiddel kan dienen bij ouderen in de aGGZ. De GPS is door artsen, psychologen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen binnen vijf minuten af te nemen en kent een eenvoudige interpretatie van de scores. De zestien items van het informantgedeelte daarentegen hadden een lage sensitiviteit (45%) en een goede specificiteit (78%). Gezien de lage sensitiviteit is vooralsnog de meerwaarde van het informantgedeelte als een op zichzelf staand psychodiagnostisch instrument beperkt.

In *hoofdstuk 7* is een studie beschreven naar de mate van overeenkomst tussen het patiënt- en informantoordeel (N=96) en het oordeel van twee informanten (N=46). Deze studie is verricht met de GPS. De patiënt-informantconcordantie was matig tot redelijk (HABrs=.41, BIOrs=.67 en GPSrs=.64) en de overeenkomst tussen twee informanten redelijk tot goed (HABrs=.52, BIOrs=.62, GPSrs=.66). Uit dit onderzoek bleek dat BIO vergeleken met HAB hoger correleerde tussen zowel de patiënt en informant als de informanten onderling. Dit heeft bij BIO wellicht te maken met een meer eenduidige beschrijving van gedragingen c.q. concrete gebeurtenissen uit het verleden. De uitkomsten van deze studie geven aan dat het de voorkeur verdient om aan de informant alleen die vragen te stellen die verwijzen naar observeerbare dan wel interpersoonlijke kenmerken. De beoordeling van minder duidelijk observeerbare, intrapsychische eigenschappen, zoals stemming en zelfperceptie, zijn diagnostisch minder valide.

8.2 Methodologische knelpunten

Het theoretisch construct 'persoonlijkheidsstoornis' is van een hoog abstractieniveau,

heeft geen echt betrouwbare en valide gouden standaard noch een eenduidige, algemeen geaccepteerde theorie. Ook in deze studie bleek dit een cruciaal obstakel. Daarbij komt dat de manifestatie van persoonlijkheidspathologie bij ouderen op een aantal punten verschilt vergeleken met jongere volwassenen, uitgaande van de zogenaamde heterotypische continuïteit (Caspi & Bem, 1990; Kagan, 1969). Deze hypothese gaat ervan uit dat het onderliggende persoonlijkheidsconstruct weliswaar gedurende de levensloop constant blijft maar dat de daaruit voortvloeiende gedragsuitingen variabel zijn ten aanzien van de levensfase en situationele context. Heterotypische continuïteit heeft consequenties voor de huidige DSM-IV-TR As-II criteria die voornamelijk zijn gebaseerd op de gedragingen van jongere volwassenen. Bij ouderen zullen als gevolg van ouderwordingsprocessen of omgevingsgerelateerde veranderingen bepaalde As-II-criteria in mindere of juist in meerdere mate van belang zijn. Het ontbreken van leeftijdsgelateerde wegingcoëfficiënten bij de As-II-criteria is niet alleen in de dagelijkse praktijk voor klinici een diagnostisch obstakel maar ook empirisch-wetenschappelijk gezien het belangrijkste knelpunt bij de validering van een As-II meetinstrument voor ouderen.

In dit onderzoek was eveneens sprake van een aantal specifieke knelpunten ten aanzien van het Delphi-onderzoek en het psychometrisch onderzoek. De Delphi-techniek is toegepast als hulpmiddel bij de totstandkoming van de structuur en inhoud van het concept-screeningsinstrument. 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 (Powell, 2003). Bij deze methode zijn twee kanttekeningen te plaatsten. Ten eerste kent de Delphi-techniek geen eenduidige methodiek; er worden in de literatuur velerlei varianten beschreven over de vorm en inhoud van deze techniek evenals de statistische operationalisering van het begrip 'consensus' (Greatorex & Dexter, 2000; Mullen, 2003). Ten tweede is de validiteit van deze methode sterk afhankelijk van de representativiteit van het panel. Met behulp van drie intermediairen is in dit onderzoek veel aandacht besteed aan de selectie. De intermediairen waren landelijk bekende en erkende experts uit de academische wereld van de psychiatrie en gerontopsychologie. Geen van hen was echter werkzaam in een aGGZ-instelling voor ouderen. Daarom werden ook vijf namen van deskundigen gegenereerd uit dit werkveld ten einde de representativiteit van het panel te optimaliseren. De representativiteit van dit panel zou uiteraard optimaal zijn geweest voor de Nederlandse (a)GGZ voor ouderen als alle geronto-psychologen en ouderenpsychiaters waren geënquêteerd.

Bij de analyses van de betrouwbaarheid en validiteit van het concept-screeningsinstrument is gekozen voor een traditionele benadering: betrouwbare (interne, test-hertest, interbeoordelaars) schalen zijn gebruikt om de criteriumvariabele (de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis) te voorspellen. Hierbij zijn twee statistische maten gehanteerd, te weten de betrouwbaarheid (Cronbachs α) en de item-totaalcorrelatie (Carmines & Zeller, 1979). De criteriumvaliditeit is berekend door de schaalcores te vergelijken met de DSM-IV-TR classificatie (APA, 2000) als criterium.

Het eerste knelpunt in deze studie is dat de validering van de GPS niet is gebaseerd op een DSM-IV As-II meetinstrument maar op een consensusdiagnose waarbij werd uitgegaan van de DSM-IV-TR (APA, 2000). Een gebruikelijke methode bij de validiteit van As-II meetinstrumenten is het vergelijken van de meetuitkomsten tussen twee instrumenten met (nagenoeg) dezelfde meetpretentie. Het meten van deze convergente validiteit bleek niet mogelijk omdat een specifiek As-II meetinstrument voor ouderen ontbreekt en het huidige As-II meetinstrumentarium in relatie tot ouderen een aantal wezenlijke tekortkomingen vertoont. In dit onderzoek zijn voor het extern criterium aspecten van de LEAD-standaard (Spitzer, 1983) gehanteerd om vervolgens te komen tot een consensusdiagnose. Een tweede knelpunt is de onderzoekspopulatie. Hoewel in dit valideringsonderzoek sprake was van een bruikbare verdeling ten aanzien van de aan- of afwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis bleek deze op DSM-clusterniveau niet representatief te zijn. Het cluster A was niet vertegenwoordigd, het cluster B was oververtegenwoordigd, het cluster C was ondervertegenwoordigd en veruit het merendeel bestond uit NAO-classificaties. Het ontbreken van de cluster A-persoonlijkheidsstoornissen kan van invloed zijn geweest op de validering van het screeningsinstrument.

Ten einde de patiënt-informantconcordantie met behulp van de GPS te meten zijn Spearman's correlaties verricht. Knelpunt in dit onderzoek is dat bij de werving van informanten wellicht een selectiebias is opgetreden; de patiënt leverde de informanten aan waarbij de mogelijkheid bestaat dat de kinderen met wie het contact minder goed verliep niet werden geïnccludeerd voor deze studie. Ook in dit onderzoek is een kanttekening te plaatsten bij de patiëntenpopulatie; bij de groep ouderen met een persoonlijkheidsstoornis blijkt dat alleen cluster B- en C-persoonlijkheidsstoornissen zijn vertegenwoordigd in deze studie.

Een tweetal suggesties is aan te dragen om het extern criterium bij de validering van een As-II meetinstrument bij ouderen te verbeteren. De meest voor de hand liggende suggestie is longitudinaal onderzoek naar het beloop van de DSM As-II criteria. Dit impliceert echter langdurig, tijdrovend en kostbaar onderzoek. Een 'second best' alternatief is cross-sectioneel onderzoek met behulp van logistische regressieanalyses (Tabachnick & Fidell, 1996) of de Item Respons Theorie (IRT; Lord, 1980). Met deze statistische analyses kan transversaal worden onderzocht welke As-II criteria in welke levensfase en context van belang zijn om in een assessment-instrument voor persoonlijkheidsstoornissen te worden opgenomen (Van Alphen, Engelen, Kuin & Derksen, geaccepteerd).

Ter verbetering van onderzoek naar de convergente validiteit van persoonlijkheidsvragenlijsten bij ouderen kunnen met de Delphi-techniek bij bestaande vragenlijsten profielen van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen worden opgesteld. Hierbij kan gedacht worden aan de NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1992) aangezien deze vragenlijst slechts uit zestig items bestaat, de vragen over het algemeen helder en eenduidig geformuleerd zijn. Bovendien is deze vragenlijst gebaseerd op een gedegen dimensionaal model dat in vijf factoren een maximum aan persoonlijkheidsvariantie beschrijft. De NEO-FFI is een verkorte versie van de internationaal veel

gebruikte Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992). In navolging van Hofstee (1999) kan aan deskundigen op het gebied van persoonlijkheids-pathologie bij ouderen worden verzocht een bepaalde persoonlijkheidsstoornis in gedachte te nemen en deze op de NEO-FFI te beschrijven. Voorts worden de afwijkingsscores ten opzichte van het schaal midden per schaal en type persoonlijkheidsstoornis berekend. Deze scores kunnen vervolgens dienen als NEO-FFI-profielen bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.

8.3 Richtlijnen voor toekomstig onderzoek

Studies naar de betrouwbaarheid en validiteit van psychologische meetinstrumenten worden veelvuldig verricht, mede door het gegeven dat gestandaardiseerde meetmethoden veelal een betrouwbaar diagnostisch hulpmiddel zijn. Deze instrumenten bieden de clinicus houvast, staan garant voor systematiek en vereenvoudigen de communicatie over de resultaten. Met dit onderzoek is een voorlopig screeningsinstrument voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen tot stand gekomen. Deze studie werd methodologisch gezien vooral gecompliceerd doordat psychometrisch onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen een ontoegankelijke weg leek naar een braakliggend terrein. Allereerst is gepoogd met behulp van literatuuronderzoek, casestudies en een Delphi-methode een pad aan te brengen om vervolgens met empirisch onderzoek een start te maken met de terreinontginning. Verder empirisch onderzoek is echter essentieel naar het potentieel van dit instrument.

Daarnaast behoeft het aantal items van de GPS uitbreiding ten einde de huidige interne betrouwbaarheid en validiteit van het instrument verder te verbeteren. Dit geldt ook voor het informantinstrument waarbij tevens onderzocht dient te worden of het huidige informantonderdeel (deels) in de praktijk bruikbaar is. Onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de GPS in zowel (poli)klinische GGZ-instellingen voor ouderen als in de Verpleeg & Verzorgingssector (V & V) is hierbij aangewezen.

Onderzoek naar het gebruik van de GPS in de huisartsenpraktijk is eveneens wenselijk. Hier wordt gedacht aan een variant van een zogenaamde 'mental status test' zoals de Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). De GPS dient dan als een eerste objectieve ondersteuning voor de presentatie van klinische verschijnselen en/of interpersoonlijke gedragingen van de patiënt. Tevens kan de GPS als hulpmiddel dienen voor de huisarts voor een doorverwijzing naar een (a)GGZ of eerstelijns psychologenpraktijk.

Gezien het grote aandeel van cognitieve stoornissen bij ouderen in zowel de V & V als in de GGZ, is verder onderzoek naar de combinatie van deze DSM As-I stoornissen met As-II stoornissen aangewezen. De GPS zou afgenomen kunnen worden bij ouderen met lichte cognitieve en amnestische stoornissen met intact oordeel- en kritiekvermogen. Bij het in kaart brengen van de persoonlijkheid in relatie tot het actuele (probleem)gedrag van patiënten met ernstige cognitieve stoornissen met verminderd ziektebesef- en/of

inzicht is eveneens vervolgonderzoek aangewezen naar de bruikbaarheid van het informantgedeelte van de GPS.

Tot slot behoeft de in hoofdstuk 1 geïntroduceerde stelling dat persoonlijkheidsstoornissen klinisch een feit zijn, empirisch een fictie en theoretisch een chaos (Derksen, 1993) een gerontologische benaderwijze.

In de *klinische praktijk* is het vóórkomen van persoonlijkheidspathologie bij ouderen een gegeven, zij het met doorgaans andere gedragsmanifestaties vergeleken met jongere volwassenen. 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 ofwel onveranderd ofwel blijkt er een toename van rigide gedrag en achterdocht. Ook kan bij de cluster A persoonlijkheidsstoornissen op latere leeftijd sprake zijn van toegenomen zelfverwaarlozing, bizar gedrag en sociale isolatie zonder positief psychotische fenomenologie (Van Alphen & Engelen, 2005). In hoeverre op cognitief en structureel niveau observeerbare of meetbare persoonlijkheidsveranderingen plaatsvinden is onduidelijk. Verder onderzoek is niet alleen noodzakelijk naar de cognitieve en psychodynamische processen bij ouderen maar ook naar de biogenetisch bepaalde persoonlijkheidskenmerken en temperamentfactoren. *Empirisch onderzoek* naar persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is niet altijd een op de werkelijkheid berustende weergave van feiten. Naast het ontbreken van een gouden standaard, meer specifiek een geriatrische subclassificatie van de DSM, zijn er vertekeningen door het gebruik van verschillende onderzoeksmethoden, -bronnen en -instrumenten. *Gerontologische theorievorming* omtrent persoonlijkheidsconstructen is marginaal en dient onder meer gevoed te worden door longitudinaal onderzoek.

Bovenal hebben persoonlijkheidsstoornissen in al haar facetten een *dynamisch beloop*. Dit blijkt niet alleen uit de veranderende fenomenologie gedurende de levensloop (Zweig & Hillman, 1999) maar ook uit een bijzonder besluit tijdens de recent gehouden 157th Annual Meeting van de American Psychiatric Association (APA) in New York. De APA is namelijk voornemens om in de DSM-V, die in 2011 vermoedelijk zal verschijnen, de As-II niet te laten terugkomen (Rinne, 2004). Persoonlijkheidsstoornissen zullen worden ondergebracht bij de As-I stoornissen. Hiermee wordt grotendeels teruggekomen op de structuur van DSM-I en -II (APA, 1952; APA, 1968). Het DSM-concept 'persoonlijkheidsstoornis' blijft vooralsnog aan verandering onderhevig en is derhalve nog volop in ontwikkeling.

8.4 Literatuur

American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (1th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (2th ed.)*. Washington DC: Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (4th ed. textual revision)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

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.

Carmines, E.G., & Zeller, R.A. (1979). *Reliability and validity assessment*. London: SAGE.

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.

Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI), professional manual*. Psychological Assessment Resources Inc.

Derksen, J.J.L. (1993). *Handboek persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). 'Mini Mental State'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

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.

Greatorex, J., & Dexter, T. (2000). An accessible analytical approach for investigating what happens between the rounds of a Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1016-1024.

Hofstee, W.K.B. (1999). Big-five-profielen van persoonlijkheidsstoornissen. *De psycholoog*, 381-384.

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.

Lord, F.M. (1980). *Applications of item response theory to practical testing problems*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Mullen, P.M. (2003). Delphi: myths and reality. *Journal of Health Organization and Management*, 17, 37-52.

Powell, C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*, 41 (4), 376-382.

Reich, J., Yates, W., & Nduaguba, M. (1988). Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24, 12-16.

Spitzer, R.L. (1983). Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24, 399-411.

Rinne, T. (2004). Highlights APA-congres live vanuit New York. *Continuüm psychiatrie*, 2, 5.

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.

Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (1996). *Using Multivariate Statistics*. New York: Harper Collins College Publishers

Van Alphen, S.P.J., & Engelen, G.J.J.A. (2005). Reaction to 'Personality disorder masquerading as dementia: a case of apparant Diogenes syndrome'. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 189-190.

Van Alphen, S.P.J., Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., Derksen, J.J.L. The relevance of a geriatric sub-classification of personality disorders in de DSM-V. Geaccepteerd als Editorial in *International Journal of Geriatric Psychiatry*.

Zweig, R., & Hillman, J. (1999). Personality disorders in older adults: A review. In E. Rosowsky, R.C Abrams & R.A. Zweig (Red.). *Personality disorders in older adults* (pp. 31-53). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

SUMMARY

This thesis describes the development, reliability and validity of a screening instrument to detect personality disorders in older adults. This instrument is intended to be used in the elderly who are referred to the ambulatory department of old age psychiatry.

The main reason for this research is the fact that the absence of a personality disorder influences the prognosis of therapy in a positive way. Besides that, the indication of a personality disorder helps in avoiding a therapeutic 'fausse route' (Andreoli, Bressot, Aapro, Tricot & Gognalons, 1989; Gradman, Thompson, & Gallagher-Thompson, 1999; Segal, Coolidge, & Rosowsky, 2000). However there is a lack of specific tools for the assessment of personality disorders in older adults at an early stage. Therefore we designed a screening instrument that serves this purpose.

In the first part of the thesis several case studies are described. This is followed by Delphi-rounds in which the opinion of experts is presented. These experts have assessed the structure of the draft-instrument and an item inventory has taken place. This draft-screening instrument has been tested on its diagnostic accuracy in an ambulatory department of old age psychiatry (Mondriaan Hospital, Heerlen, the Netherlands).

This summary describes the most important findings followed by a description of the main methodological bottlenecks.

Conclusions

Chapter 2 deals with the most important bottlenecks and dilemmas for diagnosing personality disorders. After studying six different personality models, a multi-dimensional instead of a uni-dimensional approach was proposed, integrating perspectives from different theoretical models. The most important problem is the lack of a golden standard. Moreover, the integration and practical application of both the different theoretical models and several diagnostic instruments complicate this multidimensional approach. Usually, these instruments measure diverse personality constructs. On a descriptive level, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition Textual Revision (DSM-IV-TR) (APA, 2000) is the most used classification system. This a-theoretical system offers advantages in the communication between clinicians. Besides, the DSM can be used as a suitable mutual comparability of study results in both personality diagnostics as well as in scientific research. However, it is recommended that in future DSM-V the current categorical classification will be completed by a dimensional classification. A dimensional classification system provides more detailed information about the seriousness of the pathology. Moreover, information about the other pathological personality traits will remain intact by a dimensional diagnostic approach.

In a review the most important aspects of diagnostics and treatment of personality disorders in older adults were lined out (*Chapter 3*). This yielded varying visions about the enduring pattern and stability of personality disorders. Reich, Yates and Nduaguba (1988) concluded that in a number of specific personality disorders a decrease of pathology can be observed after the age of thirty, and later followed by an increase of pathology can be observed after the age of fifty. However, the only longitudinal study performed, studied the antisocial personality disorder, showing a decrease of antisocial symptoms at an advanced age. In our study it was shown that the DSM-personality-disorders-concept is difficult to apply to the elderly; the Axis-II criteria and instruments based on it are inadequately fit for the elderly. Elements of the LEAD-standard (Spitzer, 1983) were brought up as a tool for personality diagnostics in older adults. The LEAD-standard uses different longitudinal data in order to reach a consensus-diagnosis. These longitudinal data are selected from various sources, such as observational data, biographic data, informant data and individual clinical experiences with the patient. The effect of treatment of personality disorders in older adults has never been studied. So far, both individual and group therapy, aimed at personality adaptation behavior, possibly in combination with pharmacotherapy, seem to be the most effective.

In *chapter 4* the effect of age specific stress factors in older adults with a personality disorder was illustrated by three case studies. These older adults were treated in an ambulatory department of old age psychiatry. Main age-related stress factors were loss of health, relations and autonomy. These patients had additional problems in coping with stressors, caused by inadequate coping styles. The three case reports illustrated that failing coping strategies with regard to age-related stress factors, can cause or worsen psychiatric disorders.

The Delphi research that was presented in *chapter 5* confirmed the importance of performing personality diagnostics in old age psychiatry. The presence of a personality disorder does not only influence the treatment of a DSM-axis-I disorder, but it also influences the behavioral advise to (non)-professional assistants. The opinion of the Delphi panel was that the DSM-IV-TR axis-II criteria and assessment were not sufficiently adapted to older adults, and therefore not useful in clinical practice. Secondly, consensus was reached on the following basic principle: using DSM-IV-TR criteria with regard to the construction of the new instrument, the Delphi panel agreed to adapt these criteria in such a way that they explicitly can be applied to older adults. The experts subscribed the relevance of four sources of information: biographical information, informant information, behavioral observations and reactions that the practitioner observes in himself. An item inventory took place on the basis of these sources of information. The panel considered 25 out of 44 potential items as relevant in the diagnostics of personality disorders in older adults.

In *chapter 6*, the diagnostic accuracy of the draft-screening instrument of 52 items

(consisting both of a patient part and an informant part) was tested. We included 159 patients of an ambulatory department of old age psychiatry (age 61-92 years) and 96 informants. In conclusion 16 items of the patient part had a reasonable score on both sensitivity and specificity (around 70%). These 16 items of the patient part formed a screening instrument: the Gerontological Personality disorders Scale (GPS). The GPS was divided into two subscales: Habitual behavior (HAB; 7 items) and Biographic information (BIO; 9 items). The GPS was based on the general diagnostic criteria of the DSM-IV-TR (APA, 2000). Using this instrument, an assumption of the absence or presence of a personality disorder can be made. The internal consistency of HAB was moderate (Cronbachs $\alpha=.57$) and of BIO good (Cronbachs $\alpha=.77$). The test-retest reliability of HAB was moderate ($r_s=.72$) and of BIO very good ($r_s=.89$). With regard to the practical utility the GPS can be used as a tool in diagnostics in an ambulatory department of old age psychiatry. The GPS can be applied by doctors, psychologists and nurses and takes less than five minutes, and has an uncomplicated interpretation of scores. The 16 items of the informant part, on the other hand, had a low sensitivity (45%) and a fairly high specificity (78%). Therefore usefulness of the informant part as a separate screening instrument is limited.

The concordance between the patient judgment and the informant judgment (N=96) and the judgment of two informants (N=46) by using the GPS was described in *Chapter 7*. The patient-informant concordance was moderate to fair (HABrs=.41, BIOrs=.67 en GPSrs=.64) and the agreement between two informants fair to good (HABrs=.52, BIOrs=.62, GPSrs=.66). This study showed that BIO in comparison to HAB had a higher correlation between both patient and informant as well as between the informants. This could be caused by a more univocal description of behavior, or actual events from the past. The results of this study indicate that it is preferable that informants are only be asked questions that relate to observable or interpersonal characteristics. The judgment of less observable, intrapsychological characteristics, such as mood and self-perception is less important as far as the diagnosis is concerned.

Methodological limitations

The theoretical construct 'personality disorder' has a high level of abstraction, has neither a real reliable and valid golden standard, nor a univocal, generally accepted theory. This was a crucial obstacle in the described study. Moreover, the manifestation of personality pathology in older adults differs from younger adults on several points. Kagan (1969) and Caspi & Bem (1990) explained this by the so-called heterotypical continuity. This means that personality constructs will remain the same during the course of life, but that the resulting behavioural patterns can vary when related to the phase of life and the situational context. Heterotypical continuity has its consequences for the current DSM-IV-TR axis-II criteria, as these are mainly based on the behavioral conduct of younger adults. In older adults, certain axis-II-criteria will be more or less importance as a result

from aging processes or changes related to their environment. The lack of age-related weighing coefficients in the axis-II-criteria is not only a diagnostic obstacle in daily practice of clinicians, but also from a scientific point of view it is the most important bottleneck with regard to the criterion validity of an axis-II assessment instrument for older adults.

In this thesis a number of specific bottlenecks regarding the Delphi-research and the psychometric research were brought up. The Delphi-technique has been applied as a tool for the construction of the draft-screening instrument. The application of this method is recommended whenever there is insufficient information available about a subject. It is a relatively efficient method with a reasonable quality level (Powell, 2003). This method comes with two major concerns. First of all the Delphi-technique has no univocal methodology. In literature many variants can be found with regard to the form and content of this technique, as well as the way the concept of 'consensus' is statistically brought into practice (Greatorex & Dexter, 2000; Mullen, 2003). Secondly, the validity of this method strongly depends on the representativeness of the panel. In this research, a lot of attention was given to the selection of the panel by using three intermediaries. The intermediaries were nationally known and recognized experts from the Dutch academic world of psychiatry and geropsychology. None of them worked in an ambulatory department of old age psychiatry. Therefore also five names of experts in this field were generated in order to optimize the representativeness of the panel. Of course, the representativeness would have been optimal for the Dutch ambulatory departments of old age psychiatry when all geropsychologists and geriatric psychiatrists had been approached.

Concerning the analyses of the reliability and validity of the draft-screening instrument, a traditional approach was chosen: reliable (internal, test-retest, interrater) scales have been used to predict the criterion validity (the presence or absence of a personality disorder). We first calculated the internal consistency by Cronbachs α and the item total correlation (Carmines & Zeller, 1979). Next to this the test-retest and interrater reliability have been calculated by Spearmans correlations. The criterion validity has been calculated by comparing the scale scores to the DSM-IV-TR classification (APA, 2000). The first obstacle in this study is the fact that measurement validity of the GPS is not based on a DSM-IV axis-II assessment instrument, but on a consensus diagnosis using the criteria of the DSM-IV-TR (APA, 2000). A frequently used method for determining the validity of axis-II assessment instruments is the comparison between two instruments that have an (almost) identical measuring pretension. Calculating this 'convergent validity' turned out to be impossible, as a specific axis-II assessment instrument for older adults does not exist. Besides that, the current axis-II assessment in relation to older adults has a number of essential shortcomings. In this study, aspects of the LEAD standard (Spitzer, 1983) have been applied to the axis II diagnosis (independent criterion). A second obstacle is the research population itself. Although there was a usable distribution between the presence and absence of a personality disorder (51% vs 45%), the research population on DSM cluster personality disorders turned out not to be

representative. Cluster A personality disorders were not represented, cluster B personality disorders were relatively over-represented (24%), cluster C personality disorders were relatively under-represented (11%) and the vast majority was diagnosed as personality disorder NOS (65%). The lack of cluster A personality disorders may have influenced the validity of the screening instrument.

In order to measure the patient-informant concordance of the GPS, Spearman's correlations have been applied. During the recruitment of informants a selection bias cannot be excluded. Patients provided their own informants, which could have resulted in a positive selection of minded relatives. Another note can be added to the patient population; in the group of older adults who suffer from a personality disorder only cluster B- and C- personality disorders turned out to be present in this study.

Two suggestions to improve the criterion validity of an axis-II assessment instrument for the elderly can be made. With regard to the independent criterion the most obvious solution is longitudinal research into the course of the DSM axis-II criteria. However, this implicates time-consuming and expensive research. A second best solution would be cross-sectional research, using regression analyses or the Item Response Theory (IRT; Lord, 1980). These statistical analyses would make it possible to perform a transversal study to determine which Axis II criteria during which course and context of life are important enough to be included in the proposed geriatric sub-classification (Van Alphen, Engelen, Kuin & Derksen, in press).

Besides that, applying the Delphi technique on existing assessment instruments may improve profiles of personality disorders for the elderly. One of the possibilities is the NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1992), considering this instrument only counts 60 items, which are in general clear and well formulated. On top of this, this instrument is based on a thorough dimensional model that describes a maximum of personality variance by using five factors. The NEO-FFI is an abridged version of the internationally wide used Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992). Experts in the field of personality pathology in older adults can be asked to mention a certain personality disorder and describe this on the NEO-FFI. Subsequently the deviation scores in relation to the scale-middle per scale and type of personality disorder are calculated (Hofstee, 1999). Afterwards, these scores can give us NEO-FFI-profiles in the diagnostics of personality disorders in older adults.

Future research

Reliability and validity of psychological assessment instruments are frequently studied, partly due to the fact that standardized measuring methods are often a reliable diagnostic tool. These instruments offer the clinician something to hold on to. They ensure a system and they simplify communication. A temporary screening instrument for detecting personality disorders in older adults is the result of this research. This study is methodologically seen mainly complicated by the theoretical construct 'personality disorder'. Psychometric research of personality disorders in the elderly seemed to be an

inaccessible road that leads to fallow lands. First of all, the method of literature search, case reports and a Delphi-method was used for creating a path; secondly psychometric research was used in order to start cultivating the grounds. However, further research is necessary in order to determine the potential of this instrument.

It is necessary to extend the number of items of the GPS to improve the current internal reliability and criterion validity of the instrument. This also applies to the informant instrument; a study on the practical utility of the informant part (or parts of it) is also necessary. In all this, reliability and validity studies of the GPS, in outpatients and clinical patients as well as the elderly staying in nursing homes, are of essential importance.

Research into the application of the GPS in a General Practitioners' practice is also desirable. This could implicate a variant of a so-called 'mental status test' like the Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). The GPS will then serve as a first objective tool for the detection of clinical symptoms and/or interpersonal behavior of the patient. At the same time the GPS can serve as a tool in case a General Practitioner refers a patient to a (ambulatory) department of old age psychiatry.

Considering the high prevalence of cognitive disorders in older adults in both the nursing homes as well as in the mental health care institutions, further research into these DSM axis-I disorders in combination with axis-II disorders is necessary. This may include applying the GPS to older adults that suffer from mild cognitive and amnesic disorders and have intact executive functions. Further research into the utility of the informant part of the GPS is also needed on the field of studying personality and the actual (problematic) behavior of patients that suffer from severe cognitive disorders combined with a decreased understanding of their illness.

Finally, the statement that personality disorders are clinically a fact, empirically a fiction and theoretically a chaos (Derksen, 1993), needs a gerontological approach.

In *clinical practice* the prevalence of personality pathology in the elderly is a fact, though the behavioral manifestation differs from that of younger adults. Older adults that suffer from an antisocial, borderline, histrionic or narcissistic personality disorder often show a decline in aggressive and impulsive behavior and an increase in hypochondriac and depressive symptoms. Also passive-aggressive and toxicomaniac behavior seem to be more prominent at an advanced age. In older adults with a paranoid, schizoid, schizotypal or obsessive-compulsive personality disorder, behavioural patterns either stay unchanged, or there is an increase in rigid behaviour and suspicion. Nevertheless, in cluster A personality disorders at an advanced age there could be an increase in self-neglect, bizarre behaviour and social isolation, without any positive psychotic phenomenology, in accordance with the symptoms of the Diogenes syndrome (Van Alphen & Engelen, 2005).

It is unclear to what extent observable or measurable personality changes take place on the cognitive and psychodynamic level. Further research is not only necessary into the cognitive and psychodynamic processes of the elderly, but it is also needed into

personality traits and temperament factors that are biogenetically determined. *Empirical research* into personality disorders of the elderly is not always a reflection of true facts. Next to the absence of a golden standard, more specifically a geriatric sub-classification of the DSM, there is also a bias caused by the use of different research methods, research sources and research instruments. *Gerontological development of a theory* concerning personality constructs is marginal and needs to be founded by, among other things, longitudinal research.

Above all personality disorders have a *dynamic course*, in all their aspects. This cannot only be concluded from the changing phenomenology during the course of life (Zweig & Hillman, 1999) but also from a remarkable decision made during the recently organized 157th Annual Meeting of the American Psychiatric Association (APA) in New York. The fact is that the APA has the intention to exclude the axis-II from the DSM-V, which will probably be published in 2011 (Rinne, 2004). Personality disorders will be classified under the axis-I-disorders. This way, the structure of the DSM-I and DSM-II (APA, 1952; APA, 1968) will return for a great part. For the time being the DSM concept of 'personality disorder' will still be subject to change and continue to stay in a state of flux.

DANKWOORD

De ingrediënten voor een dissertatie zijn niet alleen een scherpe probleemstelling, het uitvoeren van data-analyses en het afleiden van nieuwe inzichten en/of opvattingen maar ook een aanzienlijke frustratietolerantie, strategisch denken en een coöperatieve, motiverende alsmede een stimulerende omgeving op mentaal, vakinhoudelijk evenals pragmatisch gebied. Promoveren is geen individuele verdienste. Dank gaat daarom uit naar allen die hebben bijgedragen aan dit resultaat, in het bijzonder naar de onderstaande personen.

Als eerste wil ik drs. Noud Engelen bedanken voor zijn steun. Noud, jij bent vanaf 1996 gestart met dit onderzoek, vervolgens hebben we als duo van 1998 tot 2002 hard aan dit project gewerkt en de laatste jaren ben ik solo verder gegaan. Als adviseur bleef je zeer betrokken; ik kon altijd een beroep op je doen en je hebt tot en met de laatste zin van dit proefschrift meegedacht. Naast de inhoudelijke bijdragen heb ik veel van je geleerd op het procesmatige gebied van het onderzoek. Daarbij ben je tot het uiterste gegaan om dit onderzoek ook op financieel gebied te ondersteunen. Ik hoop dat onze samenwerking ook in de toekomst nog de nodige wetenschappelijke vruchten afwerpt.

Prof. dr. Jan Derksen ben ik bijzonder erkentelijk als promotor van deze dissertatie. Jan, dank voor je vasthoudendheid, je coaching en opbouwende kritiek waardoor ik doorgaans weer voldoende energie en moed had om aan een herziene versie te beginnen. Voorts hoop ik dat we samen deze onderzoekslijn verder kunnen uitwerken. Ook mijn co-promotor, dr. Yolande Kuin wil ik bedanken voor onder meer haar precisie en alertheid op enig 'ageism'. Yolande, ik zal me in ieder geval verder inzetten om de klinische geronto-psychologie kleurrijk neer te zetten binnen mijn onderwijsactiviteiten.

Prof. dr. Herbert Hoijtink ben ik dankbaar voor zijn statistische inbreng. Hij was altijd bereid om mee te denken en wist een uitermate positieve wending aan dit onderzoek te geven. Herbert, mijn beeldvorming over statistici is door jou in positieve zin bijgesteld.

Mijn collega's van de divisie Ouderen/ambulant van de Mondriaan Zorggroep (SMZG) in Heerlen hebben op velerlei manieren hun interesse getoond en medewerking verleend. De actieve inzet, flexibiliteit en het geduld bij de data-verzameling is hiervan een voorbeeld. Ik wil daarbij in het bijzonder drs. Sylvia Heijnen-Kohl en Angela Rutten bedanken voor de afname van het concept-instrument. Tevens dank ik drs. Tanja Zwarts (vakbibliotheek SMZG) voor haar zoektochten in 'de wereld van de vakliteratuur' en Jan Meinster (ICT opleidingen SMZG) voor zijn inzet ten behoeve van de lay-out. Collega drs. Judith Tummers zal de estafettestok van mij overnemen. Judith, ik ben erg

ingenomen met het feit dat jij het onderzoek met de GPS voortzet en heb alle vertrouwen dat je deze loop tot een goed einde zult brengen.

Mijn paranimfen Ivo de Wit en Willem Fennis; bedankt voor de sociaal steunende factor. Ivo, ik ben er trots op dat wij al vanaf de lagere school vrienden zijn. Of je nu in Sittard woont of in New York, het gaat niet ten koste van de kwaliteit van onze vriendschap. Willem, bedankt voor de spoedvergaderingen tot in de vroege ochtend waardoor deze wetenschappelijk proeve een geheel nieuwe dimensie kreeg.

Mijn ouders wil ik in het bijzonder noemen. Het cliché dat zij altijd voor mij klaar staan en mij door dik en dun steunen is hier echt op zijn plaats! Mam, op velerlei manieren leefde je mee met het onderzoek en als katholiek schakelde je daarbij zelfs het bovenaardse in om dit proces tot een goed einde te brengen. Hier het resultaat. Pap, bedankt voor je inhoudelijke suggesties en originele ideeën. Jouw dissertatie in 1982 is een belangrijke drijfveer geweest voor mijn wens om te promoveren. Ook mijn broer Dick wil ik vermelden voor zijn betrokkenheid in vooral niet-psychologische thema's.

Tot slot wil ik Annick bedanken voor haar steun en vertrouwen in mij. Lieve Annick, jij hebt alle onderzoeksperikelen tot in den treuren aangehoord. Deze werden slechts deels gecompenseerd door de etentjes waarmee de ups in de aanloop naar dit proefschrift werden gevierd. Pas getrouwd en nu allebei gepromoveerd wordt het de hoogste tijd meer in het leven toe te laten.

CURRICULUM VITAE

De auteur van dit proefschrift werd op 12 september 1970 in Nijmegen geboren. Na het behalen van het V.W.O. diploma (Serviam R.K. scholengemeenschap, Sittard) startte hij met de studie psychologie aan de Radboud Universiteit Nijmegen. In 1996 ronden hij deze opleiding af met als afstudeerrichting psychogerontologie. Zijn scriptie-onderwerp betrof een historische en klinische inventarisatie van het syndroom van Ganser. Na zijn stage bij de RIAGG Westelijke Mijnstreek te Sittard heeft hij een aantal maanden als psycholoog aldaar gewerkt. Vanaf 1997 is hij werkzaam bij de divisie Ouderen van de Mondriaan Zorggroep in Heerlen. Binnen deze divisie verricht hij hoofdzakelijk psychodiagnostiek, consultaties en psychologische behandelingen. Ook behoort wetenschappelijk onderzoek tot zijn takenpakket en in dit kader heeft hij samen met drs. G.J.J.A. Engelen een studie verricht naar de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Verder verzorgt hij cursussen voor nascholing in de GGZ en (post)doctoraal onderwijs. Sinds 2004 staat hij geregistreerd als gz-psycholoog en is hij als hoofddocent van het keuzeblok ouderen verbonden aan de GZ-opleiding regio Zuid-Nederland.

PUBLICATIES

Artikelen

Van Alphen, S.P.J., & Van Alphen, P.J.M. (1996). Honderd jaar syndroom van Ganser. *Patient Care (editie voor huisartsen)*, 23, 33-36.

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. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 32, 245-251.

Van Alphen, S.P.J. (2002). Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: diagnostiek en behandeling. *Patient Care (editie voor huisartsen)*, 29, 48-51.

Van Alphen, S.P.J., & Van Alphen, P.J.M. (2002). Syndroom of symptoom van Ganser? *Patient Care (editie voor psychiaters en neurologen)*, 1, 5-8.

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 voor Gerontologie en Geriatrie*, 34, 208-214.

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.

Van Alphen, S.P.J., Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., Hoijtink, H.J.A., & Derksen, J.J.L. (2004). Constructie van een schaal voor de signalering van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 35, 170-179.

Van Alphen, S.P.J. (2005). De oudere patiënt met een persoonlijkheidsstoornis. *Bijblijven*, 21, 39-44.

Van Alphen, S.P.J., Rettig, A.M., Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., & Derksen, J.J.L. (2005). Patiënt-informant overeenkomst op de Gerontologische Persoonlijkheidsstoornissen Schaal (GPS). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 613-617.

Van Alphen, S.P.J., Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., Derksen, J.J.L. The relevance of a geriatric sub-classification of personality disorders in de DSM-V. Geaccepteerd als Editorial in *International Journal of Geriatric Psychiatry*.

Van Alphen, S.P.J. Diagnostische aspecten omtrent persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Submitted in *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*.

Van Alphen, S.P.J., Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., Hoijtink, H.J.A., & Derksen, J.J.L. A preliminary study of the diagnostic accuracy of the Gerontological Personality disorders Scale (GPS). Submitted in *International Journal of Geriatric Psychiatry*.

Letters

Engelen, G.J.J.A., & Van Alphen, S.P.J. (1998). Reactie op: De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen kritisch bekeken. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *40*, 177-180.

Van Alphen, S.P.J., Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., Derksen, J.J.L., & Van der Staak, C.P.F. (2002). De diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen. Antwoord aan Kat. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, *33*, 28-29.

Van Alphen, S.P.J., & Engelen, G.J.J.A. (2005). Reaction to 'Personality disorder masquerading as dementia: a case of apparant Diogenes syndrome'. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *20*, 189-190.

Abstracts

Van Alphen, S.P.J., & Engelen, G.J.J.A. (2001). The concept and prevalence of personality disorders in the elderly (oral). Tenth congress of the International Psychogeriatric Association in Nice (F).

Van Alphen, S.P.J., Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., Derksen, J.J.L., & Van der Staak, C.P.F. (2002). De diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen (oral). Zesde nationaal gerontologie congres in Veldhoven.

Van Alphen, S.P.J., Ypma, J., & Vromen, M.A.M. (2002). Ouderen met persoonlijkheidsstoornissen: een lastige groep (oral). Elfde Wenckebach symposium in Heerlen.

Van Alphen, S.P.J., Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., & Derksen, J.J.L. (2003). The assessment of personality disorders in the elderly. Achtste International Society for the Study of Personality Disorders in Florence (I).

Van Alphen, S.P.J., Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., Hoijtink, H.J.A., & Derksen, J.J.L. (2004). Screening van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen (oral). Zevende nationaal gerontologie congres in Ede.

Rettig, A.M, Van Alphen, S.P.J. & Kuin, Y. (2004). Informantinformatie ten behoeve van de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen (poster). Zevende nationaal gerontologie congres in Ede.

Titulaer, R., Van Alphen, S.P.J., & Kuin, Y. (2004). Behandeling van psychische stoornissen bij ouderen met persoonlijkheidsproblematiek? (poster). Zevende nationaal gerontologie congres in Ede.

Van Alphen, S.P.J. (2005). Eens een persoonlijkheidsstoornis, altijd een persoonlijkheidsstoornis? (oral). Geriatriedagen in Noorwijkerhout.

Van Alphen, S.P.J. (2005). Knelpunten bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen (oral). 28^{ste} winter meeting van de Belgische vereniging voor Gerontologie en Geriatrie in Oostende (B).

Van Alphen, S.P.J. (2006). Diagnostiek bij ouderen. De standaard- en niet-standaard situaties (oral). Curriculum Persoonlijkheidsstoornissen in Amsterdam.

BIJLAGEN

BIJLAGE I

Instructie en items concept-screeningsinstrument (patiënt)

Instructie

Dit is een interview. De bedoeling van het interview is om inzicht te krijgen in uw karakter, 'de aard van het beestje'. Het interview bestaat uit twee delen. Het eerste deel gaat over uw karaktereigenschappen en het tweede deel gaat over gebeurtenissen in het leven. Ik mag U niet helpen bij het beantwoorden van de vragen en er zijn geen goede of foute antwoorden.

Deel I: Habitueel gedrag (HAB)

We zullen nu beginnen met een aantal vragen over uw karakter. U ziet hier drie gele kaartjes met daarop de woorden 'Ja', '?' en 'Nee' (aanwijzen). Hier ziet U een stapel witte kaarten. Ik geef U zo dadelijk een voor een deze kaarten. Op iedere kaart staat een bepaalde karakterbeschrijving. Graag zou ik willen weten of deze karakterbeschrijving bij U hoort.

Als de eigenschap op U betrekking heeft legt U de kaart onder 'Ja' (voorbeeld). Wanneer de karaktereigenschap helemaal niet op U betrekking heeft legt U de kaart onder 'Nee' (voorbeeld). Als U niet zeker weet of de eigenschap bij U hoort legt U de kaart onder '?' (voorbeeld). U kunt nu beginnen. Wilt U de zin op de kaart hardop voorlezen?

Items Habitueel gedrag

1. Ik heb goede contacten met belangrijke, hooggeplaatste mensen
2. Ik vind ouder worden vervelend omdat ik minder aantrekkelijk word
3. Ik kom regelmatig te laat op afspraken
4. Ik kan bijzonder goed met andere mensen omgaan
5. Ik maak me vaak zorgen over mijn gezondheid
6. De RIAGG-hulpverlener mag met de huisarts contact opnemen over mij
7. Ik ben vaak bezorgd over mijn geheugen
8. Ik hoop dat anderen mijn problemen oplossen
9. Ik ben vaak bang om degenen die voor mij zorgen zoals familieleden of mijn partner, te verliezen
10. Ik vind het erg vervelend om de RIAGG-hulpverlener te belasten met mijn eigen problemen
11. Ik vergeet regelmatig afspraken
12. Ik word vaak benadeeld door anderen
13. Ik ben meestal te vroeg op afspraken
14. Ik vind het moeilijk om voor mezelf op te komen
15. Ik kan me bijzonder goed inleven in andere mensen
16. Ik vind hulp van anderen overbodig

Na beëindiging door de patiënt van het onderdeel Habitueel Gedrag U heeft de eerste serie kaarten nu onderverdeeld. Een aantal kaarten ligt onder het vraagteken. Probeer U nog eens deze kaarten onder te brengen bij 'Ja' of 'Nee'.

Deel II: Biografische gegevens (BIO)

De volgende kaarten die ik aan U voorleg gaan over bepaalde gebeurtenissen in het leven. Ik wil graag weten of deze levensgebeurtenissen op U van toepassing zijn.

U kunt antwoorden met 'Ja', '?', 'Nee' en 'Niet van toepassing'. De kaart kan onder 'Niet van toepassing' worden gelegd wanneer de vraag niet door U beantwoord kan worden. Bijvoorbeeld vragen die gaan over gebeurtenissen met eigen kinderen en U zou geen kinderen hebben.

Items Biografische gegevens

17. Ik heb in mijn leven altijd mijn best gedaan
18. Ik heb gedurende mijn leven veel onduidelijke lichamelijke klachten gehad waarvoor ik bij de dokter ben geweest
19. Ik heb wel eens tegen mijn familie of bekenden gezegd een einde aan mijn leven te willen maken
20. Ik heb in het verleden veel alcohol gedronken
21. Ik heb door ruzies in het verleden het contact verbroken met broers en/of zussen
22. Ik ben in het verleden opgenomen geweest in een psychiatrische instelling of rustoord wegens zenuwen
23. Ik heb tijdens belangrijke momenten in mijn leven veel last gehad van zenuwen, spanningen of somberheid
24. Ik heb altijd hard gewerkt in mijn leven
25. Ik ben wel eens in aanraking geweest met politie of justitie
26. Ik ben wel eens eerder in mijn leven behandeld door een psychiater/zenuwarts of psycholoog
27. Ik heb vanwege ruzies het contact verbroken met één of meerdere kinderen
28. Ik heb regelmatig ernstige problemen met mijn echtgenoot/partner (gehad)
29. Ik heb wel eens een poging gedaan om een einde aan mijn leven te maken
30. Ik heb goede jeugdherinneringen
31. Ik ben wel eens verhuisd in mijn leven vanwege ruzies met de buurt
32. Ik heb tijdens mijn leven hooguit 1 kennis of vriend gehad
33. Ik ben regelmatig van baan gewisseld omdat ik ontevreden was over mijn werksituatie of ontslagen werd
34. Ik heb in mijn leven weinig belangstelling gehad voor seksueel contact
35. Ik heb in het verleden vaak gebruik gemaakt van zenuwtabletten en/of slaaptabletten

Na beëindiging door de patiënt van het onderdeel Biografische gegevens U heeft de tweede serie kaarten nu onderverdeeld. Een aantal kaarten ligt onder het vraagteken. Probeer U nog eens deze kaarten onder te brengen bij 'Ja' of 'Nee'.

Deel III: Observatie van actueel gedrag (OBS)

Dit onderdeel wordt na afloop van het interview door de clinicus/onderzoeker ingevuld. De score mogelijkheden zijn 'Ja', '?', 'Nee' en 'Niet van toepassing'.

Items Observatie van actueel gedrag

36. Patiënt vertoont veel twijfels over de juiste antwoorden op de gestelde vragen
37. Patiënt ziet er onverzorgd uit
38. De eigen woning ziet er slecht verzorgd uit
39. Patiënt draagt kleding die opvalt omdat deze niet past bij de leeftijd
40. Patiënt is onverschillig in het contact
41. Patiënt komt tijdens het interview herhaaldelijk terug op de vertrouwelijkheid van het gesprek
42. Patiënt is afstandelijk
43. Patiënt heeft een afwerende houding
44. Patiënt ert vertoont grensoverschrijdend gedrag
45. Patiënt speelt anderen uit zoals familieleden, kennissen, medebewoners of hulpverleners
46. Patiënt probeert de regie van het gesprek in handen te krijgen
47. Patiënt uit bedreigingen ten opzichte van de interviewer
48. Patiënt is overdreven onderdanig gedurende het interview
49. Patiënt vertelt met trots over eigen immoreel gedrag
50. Tijdens het interview vermijdt Patiënt oogcontact
51. Patiënt geeft met nadruk aan dat partner of familielid bij het gesprek aanwezig moeten zijn
52. Patiënt gaat onmiddellijk over tot tutoyeren en vindt dat de hulpverlener dit ook moet doen

BIJLAGE II

Instructie en items concept-screeningsinstrument (informant)

Instructie

De bedoeling van deze vragenlijst is om inzicht te krijgen in het karakter van uw vader/moeder.

De lijst bestaat uit drie delen. Het eerste deel gaat over karaktereigenschappen, het tweede deel gaat over gebeurtenissen in het leven en het derde onderdeel gaat over het huidige gedrag van uw vader/moeder.

Het is belangrijk dat alle vragen beantwoord worden. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het is niet de bedoeling de vragen samen met betrokkene in te vullen. Wij zijn geïnteresseerd in uw mening. U kunt bij de beantwoording kiezen uit meestal drie, soms vier, mogelijkheden 'Ja', '?', 'Nee' en 'n. v. t'.

Ja	Betekent dat de uitspraak in het algemeen op uw vader/moeder van toepassing is.
Nee	Betekent dat de uitspraak in het algemeen niet van toepassing is op uw vader/moeder
?	Gebruik deze antwoordmogelijkheid alleen als het voor U onmogelijk is een keuze tussen 'Ja' en 'Nee' te maken
N. v. t.	Niet van toepassing. Deze antwoordmogelijkheid staat maar bij enkele uitspraken. Bijvoorbeeld vragen over het arbeidsverleden terwijl betrokkene nooit gewerkt heeft.

Kruis altijd één van de vier mogelijkheden aan 'Ja', '?', 'Nee' of 'n. v. t.'.

Items Habituëel gedrag

1. Zegt veel goede contacten te hebben met belangrijke, hooggeplaatste mensen
2. Vindt ouder worden vervelend omdat hij/zij minder aantrekkelijk wordt
3. Komt regelmatig te laat op afspraken
4. Is onaangenaam in het contact met anderen
5. Maakt zich vaak onnodig zorgen over zijn/haar gezondheid
6. De RIAGG-hulpverlener mag van hem/haar met de huisarts contact opnemen over hem/haar
7. Is vaak erg bezorgd over zijn/haar geheugen
8. Verwacht van anderen dat ze zijn/haar problemen oplossen
9. Is vaak bang om degenen die voor hem/haar zorgen zoals familieleden of partner, te verliezen
10. Vindt het erg vervelend dat hij/zij de RIAGG-hulpverlener belast met eigen problemen
11. Vergeet regelmatig afspraken
12. Vindt dat hij/zij vaak benadeeld wordt door familieleden, kennissen, medebewoners of hulpverleners
13. Is meestal te vroeg op afspraken
14. Vindt het moeilijk om voor zichzelf op te komen
15. Kan zich bijzonder goed inleven in andere mensen
16. Vindt hulp van anderen overbodig

Items Biografische gegevens

17. Heeft in zijn/haar leven altijd zijn/haar best gedaan
18. Heeft gedurende het leven veel onduidelijke lichamelijke klachten gehad waarvoor hij/zij vaak de dokter heeft bezocht
19. Heeft wel eens tegen de familie gezegd een einde aan zijn/haar leven te willen maken
20. Heeft tijdens zijn/haar leven veel alcohol gedronken
21. Heeft door ruzies in het verleden het contact verbroken met broers en/of zussen
22. Is in het verleden opgenomen wegens overspannenheid in een herstellingsoord of rustoord
23. Heeft tijdens belangrijke momenten in het leven veel last gehad van zenuwen, spanningen of somberheid
24. Heeft altijd hard gewerkt in zijn/haar leven
25. Is wel eens in aanraking geweest met politie of justitie voor andere zaken als verkeersovertradingen
26. Is eerder in het leven behandeld voor zenuwen door een psychiater/zenuwarts of psycholoog
27. Heeft vanwege ruzies het contact verbroken met één of meerdere kinderen
28. Heeft regelmatig ernstige problemen met zijn/haar echtgenoot/partner (gehad)
29. Heeft wel eens een poging gedaan om een einde aan zijn/haar leven te maken
30. Heeft goede jeugdherinneringen
31. Is wel eens verhuisd in zijn/haar leven vanwege ruzies met de buurt
32. Heeft tijdens zijn/haar leven hooguit 1 kennis of vriend gehad
33. Is in het verleden regelmatig van baan gewisseld omdat hij/zij ontevreden was over de werksituatie of ontslagen werd
34. Heeft in zijn/haar leven weinig belangstelling gehad voor seksueel contact
35. Heeft in het verleden vaak gebruik gemaakt van zenuwtabletten en/of slaaptabletten

Items Observatie van actueel gedrag

36. Vertoont veel twijfels over de juiste antwoorden op de vragen die U stelt
37. Verzorgt zichzelf slecht
38. Verzorgt de woning slecht
39. Draagt kleding die opvalt omdat deze niet past bij de leeftijd
40. Is onverschillig in het contact met U
41. Vindt vertrouwelijkheid overdreven belangrijk
42. Is afstandelijk
43. Heeft een afwerende houding
44. Vertoont vaak grensoverschrijdend gedrag
45. Speelt anderen tegen elkaar uit (familieleden, kennissen, medebewoners of hulpverleners)
46. Probeert de regie van het gesprek in handen te houden
47. Uit regelmatig bedreigingen tegen anderen
48. Is onderdanig
49. Vertelt met trots over eigen gedragingen in het verleden die U erg fout vindt
50. Vermijdt oogcontact
51. Laat anderen tijdens het gesprek het woord doen
52. Zegt snel 'je' of 'jij' tegen anderen

BIJLAGE III

Divisie Ouderen van de Mondriaan Zorggroep in Heerlen

De Stichting Mondriaan Zorggroep (SMZG) is een instelling voor geestelijke gezondheidszorg in Oostelijk Zuid-Limburg (OZL) met 37 locaties, waarvan een aantal ook buiten de hoofdregio.

De SMZG telt 1358 medewerkers en is onderverdeeld in de divisies Kortdurende Zorg, Langdurende Zorg, Kinderen & Jeugdigen, Ouderen, Verslavingszorg alsmede het Management en Proces ondersteunend Bedrijf (MPB).

De divisie Ouderen heeft 186 medewerkers. Zij heeft de ambitie om een “dynamische, uitdagende en toekomstgerichte” organisatie te zijn. Daarbij staan interne en externe samenwerking en dienstverlening hoog in het vaandel.

De doelgroep van de divisie Ouderen wordt gevormd door mensen van 65 jaar of ouder met psychische, psychiatrische dan wel gedragsproblemen. Ook patiënten jonger dan 65 jaar kunnen een beroep doen op de divisie wanneer hun problematiek op het competentieterrein van de divisie ligt. Gedacht kan worden aan preseniele dementering ofwel gecombineerde somatische en psychiatrische problemen. Ook familieleden en mantelzorgers van bovengenoemde patiënten vormen de doelgroep. Tenslotte kunnen ook professionele zorgverleners en instellingen een beroep doen op de divisie voor advies en ondersteuning. Ook levert de divisie op commerciële basis producten op het terrein van onderwijs, coaching en training.

De divisie ouderen heeft drie hoofdgroepen van functies: *ambulante/poliklinische functies*, *klinische functies* en een functie *beschermd wonen*.

In principe worden alle behandelingen (ambulant, deeltijd en klinisch) verricht door een team van 35 professionals bestaande uit onder meer medici, psychologen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Binnen de kliniek is verder een team van vaktherapeuten actief, waaronder ergotherapeuten en fysiotherapeuten.

De divisie levert vrijwel alle GGZ-producten op het terrein van hulpverlening, dienstverlening en preventie. Binnen de klinische setting zijn er vijf afdelingen met in totaal tachtig bedden beschikbaar. Ook is er een voorziening voor deeltijdbehandeling.

Er is sinds de start van de divisie in 2001 hard gewerkt aan het leggen van goede interne en externe verbindingen alsmede aan een optimale logistiek. Een en ander heeft ervoor gezorgd dat er sprake is van een complete zorglijn voor ouderen zonder schotten. Dit heeft geleid tot een situatie waarbij geen wachtlijsten bestaan van zowel nieuwe patiënten als ook interne doorstromingen, zonder dat er sprake is van overcapaciteit.

Het aantal aanmeldingen bij de divisie neemt jaarlijks toe. Sinds 1993 bedraagt dit gemiddeld 10% per jaar.

Verder heeft de divisie liaisons met instellingen voor verpleging en verzorging. Zo zijn er joint ventures met drie verzorgingshuizen en één verpleeghuis. Hier levert de divisie Ouderen GGZ-expertise op medisch, psychiatrisch en psychologisch terrein terwijl de instellingen huisvesting en zorg bieden aan een groep patiënten met chronische, maar laagcomplexe psychiatrische problematiek.

BIJLAGE IV

De Gerontologische Persoonlijkeitsstoornissen Schaal (GPS)

Habitueel gedrag (HAB)		Nee	Ja
1.	Ik vind ouder worden vervelend omdat ik minder aantrekkelijk word	0	1
2.	Ik maak me vaak zorgen over mijn gezondheid	0	1
3.	Ik ben vaak bezorgd over mijn geheugen	0	1
4.	Ik hoop dat anderen mijn problemen oplossen	0	1
5.	Ik ben vaak bang om degenen die voor mij zorgen zoals familieleden of mijn partner, te verliezen	0	1
6.	Ik word vaak benadeeld door anderen	0	1
7.	Ik vind het moeilijk om voor mezelf op te komen	0	1

Biografische gegevens (BIO)		Nee	Ja
1.	Ik heb gedurende mijn leven veel onduidelijke lichamelijke klachten gehad waarvoor ik bij de dokter ben geweest	0	1
2.	Ik heb wel eens tegen mijn familie of bekenden gezegd een einde aan mijn leven te willen maken	0	1
3.	Ik ben in het verleden opgenomen geweest in een psychiatrische instelling of rustoord wegens zenuwen	0	1
4.	Ik heb tijdens belangrijke momenten in mijn leven veel last gehad van zenuwen, spanningen of somberheid	0	1
5.	Ik ben wel eens eerder in mijn leven behandeld door een psychiater/zenuwarts of psycholoog	0	1
6.	Ik heb wel eens een poging gedaan om een einde aan mijn leven te maken	0	1
7.	Ik heb tijdens mijn leven hooguit 1 kennis of vriend gehad	0	1
8.	Ik heb in mijn leven weinig belangstelling gehad voor seksueel contact	0	1
9.	Ik heb in het verleden vaak gebruik gemaakt van zenuwtabletten en/of slaaptabletten	0	1

Personalia

Naam.....
 Geboortedatum.....

Instructie

Het patiëntgedeelte van de GPS bestaat uit twee subschalen, te weten Habituueel gedrag en Biografische gegevens. De beide subschalen worden bij de oudere patiënt afgenomen met de volgende instructie:

Dit is een kort interview en duurt ongeveer 5 minuten. De bedoeling van dit interview is inzicht te krijgen in uw karakter. U kunt op de vragen antwoorden met Ja of Nee. Zijn de volgende uitspraken op U van toepassing:

Dit screeningsinstrument dient niet te worden afgenomen indien sprake is van ernstige depressieve en psychotische stoornissen dan wel cognitieve problematiek of zwakbegaafdheid.

N.B. Bij de subschaal Habituueel gedrag (HAB) is het duurzame patroon van *denken, voelen en handelen* van belang.

Omcirkel de antwoorden op de vragen om vervolgens per schaal de totaalscore te berekenen.

Normering

Allereerst wordt gescoord per subschaal en vervolgens worden beide subschalen beoordeeld ten einde een vermoeden uit te spreken over de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis.

Totaalscore Habituueel gedrag (HAB-schaal)

Score 0-1	negatieve score
Score 2-4	onduidelijk
Score 5-7	positieve score

Totaalscore Biografische gegevens (BIO-schaal)

Score 0-1	negatieve score
Score 2-4	onduidelijk
Score 5-9	positieve score

Vermoeden van persoonlijkheidsstoornis indien:

Positieve score HAB-schaal óf positieve score BIO-schaal

Interpretatie

De GPS is een screeningsinstrument voor de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen en is gebaseerd op de algemene diagnostische criteria van de DSM-IV-TR (APA, 2000). Dit instrument kan dienen als indicatie voor voortgezet psychodiagnostisch onderzoek. Indien de GPS-score voldoet aan een *vermoeden* van een persoonlijkheidsstoornis is uitvoerig persoonlijkheidsonderzoek aangewezen. De diagnose persoonlijkheidsstoornis kan niet met de GPS worden gesteld.

Dit proefschrift is gefinancierd door de Stichting Mondriaan Zorggroep in Heerlen

Mondriaan Zorggroep



Dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt door het Fonds Psychische Gezondheid, Utrecht.



**Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.
Een bijdrage aan de ontwikkeling van een screeningsinstrument.**

S.P.J. van Alphen

1. Persoonlijkheidsstoornissen hebben een heterotypisch beloop met als gevolg dat het huidige DSM As-II concept voor ouderen niet geschikt is (dit proefschrift).
2. Cross-sectioneel onderzoek met behulp van een logistische regressieanalyse is een pragmatische oplossing om de As-II criteria van de DSM-IV TR aan te passen aan levensfasegerelateerde aspecten van persoonlijkheidspathologie (dit proefschrift).
3. De bestaande Nederlandstalige As-II meetinstrumenten zijn doorgaans weinig bruikbaar voor ouderen (dit proefschrift).
4. Bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen verdient het de voorkeur om aan de informant alleen vragen te stellen over (interpersoonlijke) gedragingen van de patiënt. In dit kader zijn vragen over intrapsychische eigenschappen diagnostisch minder valide (dit proefschrift).
5. Mijn persoonlijk NEO-FFI-scoreprofiel met een gemiddeld Neuroticisme, lage Extraversie, gemiddelde Openheid en Altruïsme alsmede hoge Consciëntieusheid laat bij een herbest vijftig jaar later een toename zien op de factoren Altruïsme en Consciëntieusheid en een afname op Neuroticisme, Extraversie en Openheid (dit proefschrift).
6. Door de toenemende concurrentie in de gezondheidszorg als gevolg van de introductie van de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) wordt egocentrisch en agressief gedrag positief bekrachtigd in plaats van een collegiale en zorgverlenende attitude (Derksen, J.J.L. 2005. *De Volkskrant*).
7. De wooninrichting is onlosmakelijk verbonden met iemands persoonlijkheid waardoor het verrichten van huisbezoeken in de ambulante GGZ van onmisbare diagnostische waarde is (Gosling, S.D., Ko, S.J., & Mannarelli, T. 2003. *Journal of personality and social psychology*).
8. In plaats van het syndroom van Ganser, een atypische dissociatieve stoornis, dient eerder gesproken te worden van het symptoom van Ganser, met 'vorbeïreden' als pathognomonisch verschijnsel. (Van Alphen, S.P.J., & Van Alphen, P.J.M. 2002. *Patient Care*).
9. Nu gebleken is dat het orakel van Delphi gebaseerd is op geomorfologische en chemische processen kan de eeuwenoude gedachte dat de bedwelming van priesteres Pythia een mythe betreft naar het rijk der fabelen worden verwezen.
10. In de GGZ blijkt het gewicht van het dossier een 'huis-, tuin- en keukenmethode' om persoonlijkheidspathologie bij ouderen te veronderstellen. Met de introductie van het elektronisch patiënten dossier dient daarom de weegschaal vervangen te worden door een kilobytemeter.
11. De instandhouding van de monarchie wordt gevoed door haar significante bijdrage aan de soapindustrie.
12. Promoveren heeft veel gemeen met het uitlopen van een marathon; de aanhouder wint.