

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/64133>

Please be advised that this information was generated on 2021-10-18 and may be subject to change.

Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen

Een overzicht

S.P.J. VAN ALPHEN, G.J.J.A. ENGELEN, Y. KUIN, J.J.L. DERKSEN

ACHTERGROND Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen vormen een relatief nieuw thema in de psychologie en psychiatrie.

DOEL Dit artikel beoogt na te gaan in hoeverre het DSM-concept 'persoonlijkheidsstoornis' bruikbaar is voor ouderen en wat er bekend is over beloop, manifestatie, prevalentie, (test)diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.

METHODE Literatuuronderzoek met behulp van PsychINFO, Medline en PubMed (jaargangen 1980-2003) met als trefwoorden 'personality disorders' en 'elderly'.

RESULTATEN Longitudinaal onderzoek tot op latere leeftijd is alleen verricht bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Grootschalige prevalentieonderzoeken zijn schaars en de prevalentiecijfers zijn weinig eenduidig. Complicerende diagnostische factor is de afwezigheid van leeftijds-specifieke criteria bij het gebruik van de DSM-IV-TR. Bestaande meetinstrumenten om persoonlijkheidspathologie in kaart te brengen zijn weinig geschikt voor ouderen en specifieke persoonlijkheidsvragenlijsten of -interviews voor ouderen zijn niet beschikbaar. De behandelingsvormen bestaan uit uiteenlopende farmacotherapeutische interventies alsmede verschillende psychotherapeutische benaderingen en ondersteunende begeleiding. Effectonderzoeken naar de verschillende behandelingsvormen ontbreken.

CONCLUSIE Een voorlopige conclusie is dat zowel een individuele als een groepsgerichte adaptatiebevorderende aanpak, eventueel gecombineerd met psychofarmaca bij ouderen tot de meest aangewezen behandel mogelijkheden behoren. Effectonderzoek zal dit in de toekomst uit moeten wijzen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)3, 145-156]

TREFWOORDEN ouderen, persoonlijkheidsstoornissen, diagnose, behandeling

Wetenschappelijk onderzoek naar de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is beperkt tot een aantal (inter)nationale onderzoeken (Agronin & Maletta 2000). In de literatuur is men het erover eens dat persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen onderbelicht zijn: er is sprake van een onderschatting van de ernst van het probleem (Abrams & Horowitz 1999; Agronin & Maletta 2000). Dit kan negatieve gevolgen hebben voor de behandeling, begelei-

ding en verzorging van ouderen met psychiatrische problematiek (Segal e.a. 2000).

In dit artikel wordt een literatuuroverzicht gegeven van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Hierbij zijn de volgende vragen gesteld: (1) In hoeverre is het concept 'persoonlijkheidsstoornis' in de klinische praktijk bruikbaar voor ouderen?; (2) Wat is er in de literatuur bekend over beloop, manifestatie en prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen?; (3) Waaruit bestaat

persoonlijkheidsonderzoek bij ouderen?; en (4) Welke behandel mogelijkheden zijn er?

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.

RESULTATEN

Het DSM-IV-TR-concept persoonlijkheidsstoornis

De concepten *persoonlijkheid* en *persoonlijkheidsstoornis* zijn lastig te definiëren. Costa & McCrae (1986) omschrijven het begrip *persoonlijkheid* op de volgende wijze: 'De persoonlijkheid is iemands karakteristieke stijl van denken, voelen en gedragen'. De definities zijn in de loop van de tijd veranderd en ook bestaan twijfels over de nogal abstracte omschrijving van het concept (Van den Brink & Van der Velden 1994).

Het concept *persoonlijkheidsstoornis* wordt in de DSM-IV-TR gedefinieerd als duurzame, inflexibele en onaangepaste patronen van waarnemen, omgaan met en denken over de omgeving en zichzelf. Deze patronen zijn stabiel en veroorzaken belangrijke beroepsmatige en sociale beperkingen, dan wel beperkingen op andere belangrijke terreinen. Het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid (American Psychiatric Association 2000).

Een aantal kanttekeningen moet worden geplaatst bij de operationalisering van de algemene diagnostische criteria in relatie tot ouderen (60 jaar en ouder). 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 'stabieliteit'. In hoeverre

moet het patroon van disfunctioneren gedurende de levensloop stabiel zijn? Reich e.a. (1989) 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 literatuuronderzoek 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 coping-mechanismen ten aanzien van deze verlieservaringen ontstaat een toename van pathologie op latere leeftijd. Daarnaast spelen de beperkingen op het gebied van 'beroepsmatig functioneren' een ondergeschikte rol, 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 e.a. 2000). Ook zijn de volgende cluster-B-kenmerken bij ouderen minder aan de orde: 'problemen in de werksituatie bij ouderen vanwege pensionering', impulsieve gedragsuitingen en DSM-criteria met betrekking tot herhaaldelijke vechtpartijen of geweldpleging evenals impulsiviteit op andere gebieden, zoals seksuele uitpattingen en roekeloos autorijden (Clarkin e.a. 1999), evenals ongepast verleidelijk seksueel en uitdagend gedrag. Cluster-C-criteria aangaande het vermijden van beroepsmatige activiteiten met sterk intermenselijke contacten en 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 e.a. 1994; Camus e.a. 1997; Devanand e.a. 2000; Vine & Steingart 1994). Het betreft in deze onderzoeken met name cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen. Recent wezen Condello e.a. (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 e.a. 2001; Coolidge e.a. 1994). De vraag blijft echter of persoonlijkheidspathologie nu een oorzaak of gevolg is van chronische depressieve problematiek en op welke wijze deze *state*- en *trait*-aandoeningen gemeten en geïnterpreteerd moeten worden teneinde een adequate differentiatie te kunnen maken tussen bijvoorbeeld een chronisch dysthyme stoornis en een depressieve persoonlijkheidsstoornis.

Etiologie en beloop

De etiologie van persoonlijkheidsstoornissen kan het beste worden begrepen vanuit een biopsychosociaal model. Uit tweelingonderzoek blijkt dat ongeveer vijftig procent van de gemeten persoonlijkheidstrekken aan genetische factoren moet worden toegeschreven (Livesly e.a. 1993). Terwijl de biologische factor als belangrijkste de-

terminant 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, en 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 ieder persoon op een bepaald moment in het leven ondervindt binnen zijn historisch en maatschappelijk kader, 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 & McCrae (1997) hebben uitvoerig onderzoek verricht naar de stabiliteit van vijf fundamentele karaktertrekken (de *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 (Helson e.a. 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 e.a. (2003) ver-

meldde 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 hypochondrische en depressieve klachten (Solomon 1981). Bij ouderen met een persoonlijkheidsstoornis waarbij de preoccupatie met controle over affecten en impulsen centraal staat (paranoïde, schizoïde, schizotypische en obsessief-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 follow-uponderzoeken verricht die wijzen op een afname van antisociale kenmerken op latere leeftijd (Black e.a. 1995). Verder is een aantal follow-uponderzoeken 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 stemmingsschommelingen en in samenhang hiermee tot een beter algemeen functioneren in staat zijn (McGlashan 1986; Paris e.a. 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, informatie-

bronnen en onderzoeksinstrumenten. Onderlinge vergelijkbaarheid is hierdoor nauwelijks mogelijk (Engelen 1999). Bij dit literatuuronderzoek zijn alleen onderzoeken 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 e.a. 1987; Molinari & Marmion 1993). Bij klinisch behandelde ouderen worden cijfers vermeld tussen de 7 en 61,5% (Casey & Schrodt 1989; Molinari & Marmion 1995). Bij een (poli)klinische onderzoekspopulatie ouderen met depressieve problematiek varieerden de percentages tussen de 10 en 65% (Abrams e.a. 1987; Camus e.a. 1997). Door Abrams & Horowitz (1999) is een meta-analyse verricht van 16 prevalentieonderzoeken in klinische of poliklinische settingen, 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 onderzoeken 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 (American Psychiatric Association 2000) suggereert dat de borderline en de

antisociale persoonlijkheidsstoornis minder vaak voorkomen op latere leeftijd. Bij de obsessief-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-sectioneel onderzoek van Coolidge e.a. (1992) is geconcludeerd dat bij ouderen de diagnoses schizoïde en obsessief-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 e.a. (1994) vermeldden hogere aantallen obsessief-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 leeftijdbias, 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 onderzoeken 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 de psychodynamische benadering van persoonlijkheid waarbij de nadruk ligt op de onbewuste dieptestructuur van de persoonlijkheid. Wij beperken ons tot de bespreking van enkele facetten van de descriptieve psychodiagnostiek, in het bijzonder de DSM-IV-TR.

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, levensfaseproblemen en grote interindividuele variabiliteit (Heeren 2001). Bij veroudering treedt een clustering van biologische en sociale veranderingen op, waarbij adequate coping-mechanismen van cruciaal belang zijn. Indien inadequate coping-mechanismen worden gehanteerd, leidt dit tot een verhoogde kans op psychopathologie (Van Alphen e.a. 2001; Sadavoy & Fogel 1992) 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, heteroanamnese, 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 persoonlijk-

TABEL 1 Nederlandstalige meetinstrumenten voor DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen

Zelfbeoordelingsvragenlijsten	Semi-gestructureerde interviews
Vragenlijst voor kenmerken van de persoonlijkheid – VKP (Duijsens e.a. 1993)	Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders – SIDP-IV (De Jong e.a. 1996)
Personality Diagnostic Questionnaire-IV – PDQ-IV (Akkerhuis e.a. 1996)	Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders – SCID-II (Weertman e.a. 1996)
Assessment DSM Persoonlijkheidsstoornissen versie DSM-IV – ADP-IV (Schotte & Doncker 1994)	International Personality Disorder Examination – IPDE (Diekstra & Duijsens 1996)
Millon Clinical Multiaxial Inventory III – MCMI-III (Millon 1994)	

heidsstoornissen 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 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 en de afname van semi-gestructureerde interviews neemt relatief veel tijd in beslag. Ook begripsproblemen zoals intellectueel, abstract of populair taalgebruik beperken het gebruik van deze meetinstrumenten bij ouderen (Mroczek e.a. 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 e.a. 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, informantgegevens, dossiergegevens en de ervaringen die de hulpverleners met de patiënt hebben. In een validiteitsonderzoek bleken LEAD-diagnoses te worden gekenmerkt door meer temporele stabiliteiten predictieve validiteit dan diagnoses verkregen met verschillende semi-gestructureerde interviews (Verheul e.a. 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 dossiergegevens beschikbaar zijn die aanwijzingen kunnen geven omtrent het chronische psychosociaal (dis)functioneren.

De vijf onderzoeken met de LEAD-procedure bleken echter te variëren in structuur van het klinisch interview, vereiste onafhankelijke initiële diagnoses, samenstelling van het expertteam en

duur van de observatieperiode. Daarnaast werden niet altijd informanteninterviews afgenomen (Wilberg e.a. 2000). Ook is de LEAD-standaard een tijdsintensieve procedure en operationele richtlijnen ontbreken voor de wijze waarop tegenstrijdige informatie moet worden verwerkt. Ook het gewicht dat moet worden toegekend aan de verschillende informatiebronnen is 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).

Behandeling

In een beperkt aantal publicaties komt de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen aan de orde. Het gaat doorgaans om gevalsbeschrijvingen waarin medicamenteuze en psychotherapeutische behandelingsvormen aan bod komen. Effectonderzoeken ontbreken tot op heden (Segal e.a. 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 onderzoeken 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 onderzoeken hebben zich niet specifiek gericht op de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen, maar op comorbide pathologie, zoals depressies, angststoornissen of psychosen. Met deze restrictie 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, benzodiazepi-

nen, stemmingsstabilisatoren (lithiumcarbonaat en anti-epileptica) en antidepressiva, in het bijzonder de selectieve serotonineheropnameremmers (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 e.a. 2000).

De Leo e.a. (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 e.a. 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 interpersoonlijk psychotherapie hebben volgens hen de voorkeur. Dit zijn immers behandelvormen met actuele gedragingen, dan wel relatieverhoudingen als aangrijpingspunt. 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 e.a. 1999). Een adaptatiebevorderende behandeling bij ouderen is vaak het meest aangewezen, al of niet ondersteund met farmacotherapie.

In de praktijk bestaat dit behandelingsstypen onder meer uit ondersteunende, individuele begeleiding of groepsgerichte deeltijdbehandeling.

Adviserende en ego-versterkende gesprekken, asertiviteitstrainingen, 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 of ambulante woonbegeleiding. 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 of instelling. 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) en de patiënten moeten zoveel mogelijk zichzelf kunnen zijn. 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 (Van Alphen 2002; Landesman 2003).

CONCLUSIE

'Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen' is een relatief jong thema in 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, persoonlijkheid(sstoornissen) 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. Tevens verdient het de voorkeur om een specifiek diagnostisch meetinstrument voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen te ontwikkelen, zodat ook een 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.

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 onder-

deel in de hulpverlening (Rose e.a. 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.

Mede wegens de toenemende vergrijzing moet het braakliggende terrein van de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen nodig ontgonnen worden. In Nederland is op dit moment 1 op de 7 personen 65 jaar of ouder. In 2020 zal dat bijna 1 op de 5 personen zijn (Centraal Bureau voor de Statistiek 2001). Daarnaast blijken ouderen binnen vrijwel alle zorgvoorzieningen en zorgsectoren de belangrijkste zorgvragers te zijn (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu 2002). Ouderen zullen dus in de toekomst een toenemend beroep doen op zowel de ggz-instellingen als op de somatische gezondheidszorg en de zorginstellingen moeten hier adequaat op kunnen inspelen.

✍ Met dank aan dr. P.J.M. van Alphen, psychiater te Sittard en mw. E.J.V. Dewaet, psychiater divisie Ouderen van de Mondriaan zorggroep te Heerlen.

LITERATUUR

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

Abrams, R.C., Alexopoulos, G.S., Spielman, L.A., e.a. (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., e.a. (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 dis-

orders in late life. In E. Rosowsky, R.C. Abrams & R.A. Zweig (Red.), *Personality disorders in older adults* (pp. 229-254). 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., e.a. (1996). PDQ-IV: vragenlijst voor persoonlijkheidskenmerken. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Alphen, S.P.J. van. (2002). Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: diagnostiek en behandeling. *Patient Care*, 12, 48-51.

Alphen, S.P.J. van, Engelen, G.J., Kuin, Y., e.a. (2001). Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: drie case-studies. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 32, 245-251.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, text revision* (4de, herziene versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Ames, A., & Molinari, V. (1994). Prevalence of personality disorders in community-living elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry and 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.

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.

Brink, W. van den, & van der Velden, K. (1994). Persoonlijkheidsstoornissen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (Red.), *Handboek psychopathologie. Deel 1* (pp. 351-384). Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.

Camus, V., de Mendonca Lima, C.A., Gaillard, M., e.a. (1997). Are personality disorders more frequent in early onset geriatric depression? *Journal of Affective Disorders*, 46, 297-302.

Casey, D.A., & Schrodt, C.J. (1989). Axis II diagnoses in geriatric inpatients. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 2, 87-88.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2001). *Bevolkingsprognose 2000-2050. Mndstat bevolking*, 49, 63-71.

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., e.a. (2003). Personality disorders and self-perceived quality of life in an elderly psychiatric outpatient population. *Psychopathology*, 36, 78-83.
- Coolidge, F.L., Burns, E.M., Nathan, J.H., e.a. (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. (1986). Longitudinal stability of adult personality. Personality stability and its implications for clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 6, 407-423.
- 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 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 Tests Publisher.
- Devanand, D.P., Turret, N., Moody, B.J., e.a. (2000). Personality disorders in elderly patients with dysthymic disorder. *American Journal of 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., e.a. (1993). *Dutch V&P. 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 and depression in the 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., e.a. (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.
- Jong, C.A.J. de, Derks, F.C.H., van Oel, C.J., e.a. (1996). *Gestructureerd interview voor de DSM-IV Persoonlijkheidsstoornissen (SIDP-IV)*. Sint Oedenrode: Novadic.
- Lampe, I.K., & Heeren, T.J. (1997). Veroudering en gedrag. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 676-678.
- 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.
- Livesley, W.J., Jang, K.L., Jackson, D.N., e.a. (1993). Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1826-1831.
- McGlashan, T.H. (1986). The Chestnut Lodge follow-up study. III. Long-term outcome of borderline personalities. *Archives of General Psychiatry*, 43, 20-30.
- Mezzich, J.E., Fabrega, H., Jr., Coffman, G.A., e.a. (1987). Comprehensively diagnosing geriatric patients. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 68-76.
- Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI III)*. Manual. Minneapolis: National Computer Systems.
- Molinari, V., Ames, A., & Essa, M. (1994). Prevalence of personality disorders in two geropsychiatric inpatient 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.
- 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. (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.
- Reich, J., Yates, W., & Nduaguba, M. (1989). Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24, 12-16.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2002). *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- 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. Sadavoy & 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 (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.
- Soloff, P.H. (1997). Special feature: 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., e.a. (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.
- 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, e.a. (Red.), *Handboek psychiatrische epidemiologie* (pp. 347-378). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Verheul, R., van den Brink, W., Spinhoven, Ph., e.a. (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.
- Watson, D.C., & Sinha, B.K. (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 e.a. 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., & Seidnitz, 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.

AUTEURS

S.P.J. VAN ALPHEN is psycholoog en werkzaam bij de Mondriaan Zorggroep, divisie Ouderen te Heerlen.

G.J.J.A. ENGELEN is psycholoog en divisiedirecteur bij de Mondriaan Zorggroep, divisie Ouderen te Heerlen.

Y. KUIN is psycholoog en werkzaam bij de sectie psychogerontologie van de KUN te Nijmegen.

J.J.L. DERKSEN is psycholoog en als hoogleraar verbonden aan de Vrije Universiteit van Brussel en als universitair hoofd-docent verbonden aan de sectie klinische psychologie van de KUN te Nijmegen.

Correspondentieadres: drs. S.P.J. van Alphen, psycholoog Mondriaan Zorggroep, divisie Ouderen/ambulant, Postbus 4436, 6401 CX Heerlen. Tel.: (045) 5736363.
E-mail: spj.vanalphen@wxs.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-10-2003.

SUMMARY

Personality disorders in the elderly. A review – S.P.J. van Alphen, G.J.J.A. Engelen, Y. Kuin, J.J.L. Derksen –

BACKGROUND Personality disorders in the elderly constitute a relative novel topic in psychology and psychiatry.

AIM To investigate whether the DSM-concept ‘personality disorder’ is applicable to the elderly and to find out what is known about the course, manifestation, prevalence, (test)diagnostics and treatment of personality disorders in the elderly.

METHOD The literature was reviewed with the help of PsychINFO, Medline and PubMed (volumes 1980-2003) using the key words ‘personality disorders’ and ‘elderly’.

RESULTS So far longitudinal research extending into later life has been done only on the anti-social personality disorder. There have been very few large-scale prevalence studies and the current prevalence figures are rather ambiguous. When the DSM-IV-TR is used, a complicating factor is the lack of age-specific criteria. The existing assessment instruments for detecting of personality disorders are not suited for the use with the elderly and no specific self-report questionnaires or interviews are available. Treatment consists of various pharmacotherapeutic interventions, several forms of psychotherapy and supportive therapy. There is a lack of effect studies on the various forms of treatment.

CONCLUSION A provisional view is that the most suitable of treatment for elderly persons includes both individual and group therapy aimed at personality adaption behaviour, possibly combined with pharmacotherapy. Future effect studies are needed to validate this view.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)3, 145-156]

KEY WORDS aged, personality disorders, diagnosis, therapy