

Gestandaardiseerd meten van persoonlijkheids-stoornissen bij ouderen

Rossi, Gina; Debast, Inge; van Alphen, Sebastiaan

Published in:

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie

DOI:

[10.36613/tgg.1875-6832/2020.02.03](https://doi.org/10.36613/tgg.1875-6832/2020.02.03)

[10.36613/tgg.1875-6832/2020.02.03](https://doi.org/10.36613/tgg.1875-6832/2020.02.03)

Publication date:

2020

Document Version:

Final published version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Rossi, G., Debast, I., & van Alphen, S. (2020). Gestandaardiseerd meten van persoonlijkheids-stoornissen bij ouderen: De huidige stand. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, *51*(2), 1-10. [10.36613/tgg.1875-6832/2020.02.03]. <https://doi.org/10.36613/tgg.1875-6832/2020.02.03>, <https://doi.org/10.36613/tgg.1875-6832/2020.02.03>

Copyright

No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form, without the prior written permission of the author(s) or other rights holders to whom publication rights have been transferred, unless permitted by a license attached to the publication (a Creative Commons license or other), or unless exceptions to copyright law apply.

Take down policy

If you believe that this document infringes your copyright or other rights, please contact openaccess@vub.be, with details of the nature of the infringement. We will investigate the claim and if justified, we will take the appropriate steps.

Gestandaardiseerd meten van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen

De huidige stand

Auteurs: Gina M. P. Rossi, Inge Debast, Sebastiaan P. J. van Alphen

Samenvatting

De dubbele vergrijzing in Europa is een enorme uitdaging voor de gezondheidszorg. Oudere personen met een persoonlijkheidsstoornis vormen bovendien een extra belasting doordat ze meer somatische en psychiatrische co-morbiditeit vertonen dan diegenen zonder persoonlijkheidsstoornis. Bovendien ervaren ze ook een mindere levenskwaliteit dan personen zonder een persoonlijkheidsstoornis. In schril contrast daarmee staat het gebrek aan empirisch onderzoek naar het construct persoonlijkheidsstoornis bij ouderen, het zeer beperkte instrumentarium dat voorhanden is om een diagnose te stellen, het niet afgestemd zijn van criteria van classificatiesystemen zoals DSM op de ouderencontext en het gebrek aan leeftijdsneutraliteit van vaak gebruikte instrumenten om persoonlijkheidsstoornissen te meten. In antwoord daarop is in Nederland en België gestart met de ontwikkeling en validering van leeftijdsspecifieke instrumenten enerzijds en wordt anderzijds de mogelijke toepassing van de alternatieve dimensionale-hybride DSM-5 classificatie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen onderzocht. Deze recente ontwikkelingen, en hoe deze toe te passen voor gepersonaliseerde diagnostiek bij ouderen, worden besproken. Tot slot adviseren we een gefaseerde testdiagnostiek waarbinnen deze instrumenten, samen met metingen van adaptieve persoonlijkheidskenmerken of meer specifieke testen, bijdragen aan een diagnostiek die enerzijds waar mogelijk de belasting van de oudere patiënt beperkt en die anderzijds toch voldoende omvattend is om het diagnostisch proces uit te voeren op basis van een gepersonaliseerde benadering.

Standardized assessment of personality disorders in older adults: State-of-the-art.

Abstract

The double ageing evolution in Europe is a tremendous challenge for health care. Older adults with a personality disorder place an additional burden: they have more somatic and psychiatric co-morbidity than those without a personality disorder. Moreover, they experience less quality of life than individuals without personality disorders. This is in sharp contrast to the dearth of empirical research concerning the construct of personality disorders in later life, the very limited amount of available diagnostic tools, criteria of classification systems like DSM not being attuned to the elderly context and the lack of age-neutrality of popular instruments to measure personality disorders. Therefore, in the Netherlands and Belgium a start was made to develop and validate age-specific instruments and to examine the applicability of the alternative dimensional-hybrid DSM-5 classification of personality disorders in older adults. These recent developments and how to apply them for a personalized assessment in older adults will be discussed. Finally, we advise a phased test-based diagnostic approach in which the above-mentioned instruments, combined with measures of adaptive features or more specific tests, can contribute to an assessment optimizing the balance between restricting the load for the older patient and still being sufficiently comprehensive to result in a personalized approach of the diagnostic process.

Kernwoorden: alternatief DSM-5 model persoonlijkheidsstoornissen, GPS, HAP, klinische ouderenpsychologie, persoonlijkheidspathologie

Keywords: Alternative DSM-5 model for personality disorders, Clinical geropsychology, GPS, HAP, Personality pathology

Inleiding

In tegenstelling tot andere psychische stoornissen, is er tot vandaag weinig aandacht besteed aan persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.¹ Door de hoge lijdensdruk voor het individu en de samenleving, zullen deze personen een groot beroep doen op de gezondheidszorg. De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is hoog. In de algemene bevolking is deze 13%, bij poliklinische patiënten 33%² en bij klinische patiënten kan dit oplopen tot zelfs 80%.³ In het algemeen, ervaren personen met persoonlijkheidsstoornissen in de levensloop meer fysieke gezondheidsproblemen en consumeren ze in verhouding meer (geestelijke) gezondheidszorg dan personen zonder een persoonlijkheidsstoornis. Bovendien heeft de aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen een zeer ongunstig effect op de levenskwaliteit. Zo ervaren ouderen met persoonlijkheidsstoornissen in vergelijking met anderen uit hun cohort zelf minder levenskwaliteit en reageren ze sterker op prototypische stressoren voor de oudere leeftijd zoals het verlies van een partner.⁴ Daarbij worden op oudere leeftijd kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis niet alleen geassocieerd met somatische comorbiditeit, maar ook met suïcidale ideatie en cognitieve achteruitgang.⁵ Een Amerikaanse nationale survey naar alcoholgebruik en daaraan gerelateerde condities bevestigt dat bij ouderen de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis samengaat met een lagere levenskwaliteit, meer invaliditeit, en meer somatische en psychische ziekten.⁶ Persoonlijkheidsstoornissen hebben kortom een enorme impact op de gezondheidszorg. Het is dus zeer belangrijk persoonlijkheidspathologie zo spoedig mogelijk te herkennen zodat behandeling kan worden gestart. Vroegdetectie, bij voorkeur met gestandaardiseerde instrumenten, is bijgevolg uitermate belangrijk, maar de complexiteit van de problematiek op oudere leeftijd bemoeilijkt de diagnostiek.

Doel van dit overzichtsartikel is een weergave van de stand van zaken over diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen, in het bijzonder welke instrumenten kunnen worden ingezet om persoonlijkheidsstoornissen gestandaardiseerd te meten. Het valide meten van een construct vereist kennis over het construct in de doelgroep. Dit overzicht start daarom met een korte uiteenzetting van het 'construct' persoonlijkheidsstoornis op latere leeftijd en licht het tekort aan onderzoek en gebrek aan kennis over de ouderencontext toe. We vervolgen met een kritische bespreking van zowel leeftijdsspecifieke als leeftijdsgenerieke instrumenten voor persoonlijkheidsstoornissen. Leeftijdsspecifieke instrumenten zijn enerzijds sterk in het belichten van de gerontologische context, maar kunnen niet doorheen de levensloop ingezet worden. De standaard leeftijdsgenerieke instrumenten zijn anderzijds vaak niet valide toepasbaar voor diagnostiek bij ouderen door een gebrek aan leeftijdsneutraliteit van de items, vooral wanneer ze persoonlijkheidsstoornissen categoriaal benaderen.

Classificatiesystemen zijn momenteel in een overgang van een categoriaal naar een dimensionaal paradigma voor persoonlijkheidsstoornissen. We bespreken derhalve het alternatieve DSM-5 model voor persoonlijkheidsstoornissen waarbij dimensionele onaangepaste trekken en gradaties in ernst van persoonlijkheidsfunctioneren centraal staan. We belichten meer specifiek hoe instrumenten gebaseerd op deze dimensionele benadering inzetbaar zijn bij ouderen. Tot slot wordt op basis van de huidige wetenschappelijke inzichten een voorstel gepresenteerd van gefaseerde persoonlijkheidsdiagnostiek voor ouderen.

Onderzoek naar het 'construct' persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen

Hoewel een review studie¹ reeds in 2011 aangaf dat levensloop perspectieven een cruciale rol spelen in het begrijpen van psychopathologie en meer specifiek persoonlijkheidsstoornissen, blijven persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen toch een vrij onontgonnen onderzoeksdomein. Zo resulteerde een systematische review van bestaande literatuur van 2011 tot juli 2014 in PubMed en PsycInfo met gebruik van de termen persoonlijkheid, ouderen, ouder worden, oudere volwassenen, diagnoses en behandeling slechts in 39 hits.² Het gebrek aan onderzoek naar het construct bemoeilijkt uiteraard het meten omdat het construct op zich nog verduidelijking vraagt.

Ook in het in Nederland en België meest gebruikte internationale classificatiesysteem, DSM-5,⁷ zijn nergens leeftijdsspecifieke

criteria voor ouderen met persoonlijkheidsstoornissen opgenomen. Enerzijds geeft het DSM-hoofdstuk rond persoonlijkheidsstoornissen op pagina 851 wel een mogelijkheid rekening te houden met levenstransities of gebeurtenissen die op oudere leeftijd persoonlijkheidsproblematiek kunnen beïnvloeden: *'Een persoonlijkheidsstoornis kan verergeren na het verlies van belangrijke steunende personen (zoals de partner) of een verandering in omstandigheden die de betrokkene tot dan toe stabiel hielden (zoals een baan)*'. Anderzijds voorziet het classificatiesysteem niet in de mogelijkheid dat een persoonlijkheidsstoornis op latere leeftijd ontstaat.⁸

Leeftijdsspecifieke instrumenten

Het gebrek aan kennis over het construct bij ouderen staat in schril contrast met de grote behoefte vanuit de praktijk aan instrumenten die degelijke diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen mogelijk maken. Deze gevoelde noodzaak werd reeds aangetoond door een Delphi-studie met Nederlandse en Belgische experts uit ouderenspsychiatrie en klinische ouderenspsychologie in 2003.⁹

Deze studie verschaftte ook kennis over de opzet en afname van een leeftijdsspecifiek screeningsinstrument, de Gerontologische Persoonlijkheidsstoornissen Schaal (GPS).¹⁰ De GPS dient om in een eerste fase, bijvoorbeeld bij intake in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), te screenen naar de mogelijke aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis op basis van 16 items (7 items peilen habituele gedragingen en 9 vragen naar specifieke biografische gegevens). De GPS-items kunnen zowel door de patiënt zelf (items in eerste persoon) als door een informant (items in derde persoon) worden beantwoord. Een score van meer dan 4 is een indicatie voor uitvoeriger onderzoek naar persoonlijkheidspathologie. In de oorspronkelijke valideringsstudie in de ambulante GGZ was er goede diagnostische validiteit voor de zelfrapportageversie met een sensitiviteit en specificiteit van 70%, bij informanten was de specificiteit 78% maar de sensitiviteit slechts 48%.¹¹ Wanneer, zoals bij screenen, de detectie van een persoonlijkheidsstoornis het hoofdoel is, is een hoge sensitiviteit vereist. Daarom is gebruik van de informanterversie minder aan te raden in deze setting. In de huisartsenpraktijk lijkt echter de informanterversie (in tegenstelling tot de zelfrapportageversie) wel goed inzetbaar, met een sensitiviteit van 78% en een specificiteit van 65% mits een score van 3 of meer als cutoff wordt gebruikt.¹² Recent is een valideringsstudie met de GPS afgerond in de klinische geriatrie die goede resultaten geeft voor de informanterversie met een sensitiviteit van 91% en een specificiteit van 67%.¹³ De GPS verschaft echter geen informatie over het type persoonlijkheidsstoornis ofwel specifieke onaangepaste trekken.^{10, 11} Hiervoor kan de Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst (HAP; Barendse en Thissen, 2006) ingezet worden. Deze informantenvragenlijst, bestaande uit 62 vragen, is gevalideerd en genormeerd voor het screenen naar trekken geassocieerd met persoonlijkheidspathologie bij ouderen in verpleeghuizen, GGZ-instellingen en eerstelijnspsychologenpraktijken.¹⁴ De psychometrische kenmerken (interne betrouwbaarheid, test-hertestbetrouwbaarheid, factorstructuur en concurrente validiteit) van de 10 inhoudsschalen zijn goed.¹⁵ De schalen zijn: sociaal afzijdig gedrag, onzeker gedrag, kwetsbaarheid in de omgang, somatiserend gedrag, wanordelijk gedrag, rigide gedrag, perfectionistisch gedrag, moeilijk in de omgang, zelfingenomen gedrag, en grillig en impulsief gedrag. Verder zijn er vier controleschalen om de validiteit van de antwoorden na te gaan (positieve en negatieve beoordelingstendens, instemmingstendens en inconsistente antwoorden). Doordat de HAP wordt ingevuld door een informant (iemand die de persoon goed kent), kan de test ook afgenomen worden wanneer zelfbeoordeling niet mogelijk is door bijvoorbeeld ernstige problemen met cognitie. Zo kunnen bij mensen met dementie met behulp van de HAP de premorbide persoonlijkheidskenmerken in kaart worden gebracht om zo gepersonaliseerde omgangsadviezen te geven aan mantelzorgers of zorgprofessionals. In september 2019 is de HAP versie 2 gelanceerd.¹⁶ Een recente ontwikkeling is dat zowel premorbide (HAP) als actuele gedragskenmerken (HAP-t) kunnen worden gemeten. Bij premorbide gedragskenmerken peilt men de persoonlijkheid van de patiënt voordat deze beïnvloed werd door een psychische of neurologische stoornis, bij actuele gedragskenmerken gaat het om de tegenwoordige tijd. Aangezien experts in een Delphi-studie de inhoudsschalen als leeftijdsneutraal beoordeelden,¹⁷ zijn nu ook normen beschikbaar voor volwassen patiënten vanaf 18 jaar.¹⁸ In deze zelfde studie¹⁷ beoordeelden de experts dat de HAP-items ook inhoudelijk relevant zijn voor DSM-criteria, en daarom is nu ook een scoringsmethode ontwikkeld om DSM-5-persoonlijkheidsstoornissen te signaleren waarbij per stoornis de volgende uitkomsten worden gegeven: contra-indicatie, geen indicatie, kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis, indicatie voor een persoonlijkheidsstoornis.¹⁸ Deze nieuwe scoringsmethoden dienen wel nog empirisch gevalideerd te worden.

Met het onderzoek naar de GPS en de HAP nemen de onderzoekers in Nederland en België een pioniersrol in, aangezien dit vooralsnog de enige instrumenten zijn die specifiek gericht zijn op ouderen.

Leeftijdsgenerieke instrumenten toegepast bij ouderen

Cruciale vraag is in hoeverre leeftijdsgenerieke instrumenten voldoende leeftijdsneutraal zijn om in de ouderenzorg toegepast te kunnen worden. De huidige DSM-5-criteria voor persoonlijkheidsstoornissen zijn deels leeftijdsspecifiek.⁷ De criteria voor persoonlijkheidsstoornissen zijn namelijk ontwikkeld bij jongere volwassenen en derhalve niet afgestemd op de levenssituaties en ervaringen van ouderen. Dit maakt dat het hierop gebaseerde instrumentarium niet geschikt is om persoonlijkheidsstoornissen te classificeren bij ouderen. Neem als voorbeeld criterium 2 van de schizoïde persoonlijkheidsstoornis 'kiest bijna altijd voor solitaire activiteiten'. Bij jongere volwassenen verwijst dit criterium correct naar de onmogelijkheid om zich te engageren in interpersoonlijke relaties vanuit onthechting. Bij ouderen echter is het kiezen van solitaire activiteiten niet altijd veroorzaakt door persoonlijkheidspathologie, maar kan het ook zijn dat bijvoorbeeld somatische problemen leiden tot beperkte sociale activiteiten. Een grootschalige empirische studie bevestigde dat door de unieke beroepsmatige, economische, sociale en/of historische context van ouderen de kans dat een criterium voor persoonlijkheidsstoornissen op hen van toepassing is, niet gelijk is aan de kans van jongere volwassenen. Dit resulteerde in problemen bij het diagnosticeren van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: 29% van de criteria betrof een meetfout waardoor de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis niet correct kon worden vastgesteld.¹⁹

Voor het diagnosticeren van persoonlijkheidsstoornissen zien we de DSM-categorieën niet als standaard. We raden ze voor de klinische praktijk zelfs af en adviseren eerder een dimensionale aanpak. Momenteel worden de categoriale DSM-classificaties echter veelvuldig toegepast in het kader van zorgstandaarden, richtlijnen, financiering door zorgverzekeraars, effectmetingen enzovoorts. Standaard wordt in de klinische praktijk voor het classificeren van persoonlijkheidsstoornissen een gestructureerd klinisch interview voor persoonlijkheidsstoornissen, de SCID-5-P²⁰ afgenomen (de SCID-5-P is wat vroeger het Gestructureerd Klinisch Interview voor DSM-IV As-II Persoonlijkheidsstoornissen, SCID-II, werd genoemd). Dit instrument is echter nog niet onderzocht op leeftijdsneutraliteit. Omdat eerder onderzoek bij dit type interviews meetfouten vaststelde bij ouderen,¹⁹ adviseren we bij Nederlandstalige oudere patiënten afname van de ADP-IV (Assessment van DSM Persoonlijkheidsstoornissen-IV).²¹ Deze zelfrapportagelijst met 79 items kan relatief snel afgenomen worden ten behoeve van het in kaart brengen van persoonlijkheidskenmerken van de tien DSM-5-persoonlijkheidsstoornissen. De items van deze test vertonen geen meetfouten bij oudere volwassenen: een empirische studie toonde de leeftijdsneutraliteit van de items aan. Volwassenen in drie leeftijdsgroepen (18-34, 35-39 en 60-75 jaar) met een vergelijkbare mate van persoonlijkheidspathologie hadden dezelfde kansen om aan te geven dat items op hen van toepassing waren.²² De items verwijzen naar kenmerken die aanwezig zijn in de vroege volwassenheid en zich uiten in verschillende persoonlijke en sociale situaties, maar de onderzochte beoordeelt de items op basis van het eigen levensperspectief. Door de evaluatie van de eigen levensloop verkrijgt men dus een meer leeftijdsneutraal perspectief. Bovendien brengt deze vragenlijst zowel categoriaal als dimensionaal leeftijdsneutraal persoonlijkheidsstoornissen in kaart. De aanwezigheid van een persoonlijkheidskenmerk wordt gescoord op een schaal van 1 (helemaal oneens) tot 7 (helemaal eens). Een voorbeeld van een item is "Van karakter ben ik een echte piekeraar en zorgenmaker". Bovendien geeft de onderzochte de mate van disfunctionaliteit voor elk item aan op een schaal van 1 (helemaal niet) tot 3 (zeer zeker). Dimensionale diagnostiek wordt verkregen door een optelling van criteriumscores (scores van items die een bepaalde stoornis meten). Ten behoeve van categoriale diagnostiek stelt het scoringsalgoritme een score van meer dan 4 op een item in combinatie met een disfunctionaliteitsscore van meer dan 1 voor om aan een criterium te voldoen. Een categoriale diagnose wordt vervolgens bekomen op basis van het DSM-5-afkappunt voor de stoornis, zo dienen bijvoorbeeld voor de paranoïde persoonlijkheidsstoornis vier of meer criteria aanwezig te zijn.²³

Het alternatieve model voor persoonlijkheidsstoornissen (AMP), dat ter verdere ontwikkeling en onderzoek wordt voorgesteld in DSM-5,⁷ beschrijft persoonlijkheidsstoornissen op basis van gradaties in niveau van persoonlijkheidsfunctioneren (criterium A) en door dimensionale onaangepaste trekken (criterium B). Meer concreet meet criterium A twee dimensies, een zelf-dimensie waarbij de elementen identiteit en zelfsturing aangeven hoe een persoon zichzelf ervaart en een interpersoonlijke dimensie die zich richt op empathie en intimiteit als elementen. Criterium B omvat de persoonlijkheidsstijl in termen van 25 lagere-orde, klinisch relevante persoonlijkheidskenmerken of trekfacetten die laden op vijf hogere-ordedomijnen (met name negatieve affectiviteit, afstandelijkheid, antagonisme, ongeremdheid en psychoticisme). Dit AMP is

klinisch meer bruikbaar voor het diagnosticeren van een persoonlijkheidsstoornis dan de klassieke categoriale DSM-benadering op basis van matig of ernstig persoonlijkheidsfunctioneren op twee of meer elementen van criterium A.²⁴ Afkappunten voor criterium B van het AMP laten eventueel ook wel het vaststellen van specifieke categoriale persoonlijkheidsstoornissen toe, waardoor het een hybride model is (combinatie dimensionaal-categoriaal). Wij raden de dimensionale benadering aan voor gepersonaliseerde diagnostiek: de beschrijving op basis van niveau van persoonlijkheidsfunctioneren en aanwezige onaangepaste trekken kan helder uitgelegd worden aan zowel patiënten als hun omgeving en is informatief voor de behandeling omdat de persoon achter de psychische stoornis beter begrepen kan worden door het identificeren van de meest opmerkelijke persoonlijkheidsaspecten.²⁵ waarvan vier van de vijf schalen inhoudelijk overeenstemmen met criterium A: De schalen zelfcontrole en identiteitsintegratie sluiten aan bij de zelf-dimensie en de schalen relationele capaciteiten en sociale concordantie stemmen overeen met de interpersoonlijke dimensie.²⁶ Verder meet de SIPP-SF verantwoordelijkheid. Items staan op een vierpuntsschaal van 'volledig mee oneens' tot 'volledig mee eens'. Hogere scores duiden op een beter functioneren. De schalen correleren sterk met de GPS^{10,11} een indicator van leeftijds specifieke persoonlijkheidspathologie. De SIPP-SF is bovendien leeftijdsneutraal, de constructvaliditeit is bevestigd (met de vijf factoren, namelijk zelfcontrole, identiteitsintegratie, relationele capaciteiten, sociale concordantie en verantwoordelijkheid) en de test is in staat om ongeacht de leeftijd veranderingen in het niveau van persoonlijkheidsfunctioneren waar te nemen.²⁷ De SIPP-SF is bijgevolg geschikt voor het meten van behandel-effecten. Recent werd de bruikbaarheid ook aangetoond bij ambulante oudere patiënten, waarbij de vragenlijst personen met en zonder persoonlijkheidsstoornis succesvol van elkaar differentieerde.²⁸

Onaangepaste persoonlijkheidstrekkende (de vijf domeinen en 25 lagere orde facetten van criterium B) kunnen gediagnosticeerd worden met de DSM-5- persoonlijkheidsvragenlijst (PID-5-NL).²⁹ Hoewel studies naar de PID-5-NL-zelfrapportage bij ouderen vooralsnog beperkt zijn, is er toch empirische ondersteuning voor het gebruik. Het instrument is leeftijdsneutraal: bij slechts dertig van de 220 items (13.6%) hadden ouderen versus jongeren met dezelfde mate van het facet een verschillende kans op antwoorden,³⁰ wat beduidend lager is dan de grens van 25%, waarboven een instrument niet meer leeftijdsneutraal is.³¹ Er dient wel opgemerkt te worden dat vier van 25 facetten onvoldoende leeftijdsneutraal zijn, namelijk 'sociale teruggetrokkenheid', 'aandacht zoeken', 'rigide perfectionisme' en 'ongewone overtuigingen en ervaringen'. De vijf-factorenstructuur werd ook empirisch bevestigd³² en deze factoren correleren in sterke mate met de GPS^{10,11} die bij ouderen screent naar de aanwezigheid van een DSM-persoonlijkheidsstoornis. Nadeel is de relatief lange afnametijd met 220 items. Vooral bij klinische populaties, waarbij ouderen meer fysieke beperkingen en multi-morbiditeit vertonen vergeleken met de relatief meer vitale ouderen uit de algemene populatie, kan de PID-5-afname lastig zijn. Er bestaat ook een informant - (221 items)³³ en een korte informantversie (25 items),³⁴ maar hiermee is nog geen onderzoek verricht bij (Nederlandstalige) ouderen. Bij de korte zelf-rapportageversie³⁵ was 25% van de items niet leeftijdsneutraal.³⁶ Mogelijk biedt de ontwikkeling van leeftijds specifieke normen hier nog een oplossing,³⁶ maar voorlopig is zo'n normering niet beschikbaar. De verkorte PID-5 lijkt klinisch wel relevant, aangezien ook een vijf-factorenstructuur gevonden werd, maar de factor psychoticisme stemde niet overeen met de gelijknamige factor in jongere populaties en moet wellicht qua iteminhoud nader bekeken worden.³² De vijf factoren van de PID-5²⁹ zijn goed geschikt om persoonlijkheidstrekkende op een onaangepast niveau te meten. Met uitzondering van psychoticisme (dat geen onaangepaste variant van openheid is), correleren vier van de vijf onaangepaste factoren met meer adaptieve varianten en vormen ze een continuüm.³⁷ Er zijn dus sterke inhoudelijke overeenkomsten tussen neuroticisme en negatieve affectiviteit, lage consciëntieusheid en ongeremdheid, lage extraversie en afstandelijkheid en lage aangenaamheid en antagonisme.³⁸ Om trekken op een meer normatief en dus aangepast niveau te meten, is echter het vijffactorenmodel, geoperationaliseerd door de NEO-PI-R³⁹ met de domeinen 'extraversie', 'neuroticisme', 'altruïsme', 'consciëntieusheid' en 'openheid' en bijhorende facetten, een betere optie.⁴⁰ Bij de ontwikkeling van de NEO-PI-R werd de ouderencontext meegewogen. De test omvat normen van 12-99 jaar voor de algemene bevolking in België en Nederland. De items zijn zowel op domein- (92.9%) als op facetniveau (95%) leeftijdsneutraal, met de kanttekening dat het domein 'extraversie' en het facet 'medeleven' bij ouderen minder inhoudsvaliditeit vertonen, bijvoorbeeld omdat ouderen minder roekeloos en impulsief gedrag vertonen.⁴¹ Indien het aantal van 240 items te belastend is, door bijvoorbeeld cognitieve beperkingen, kan voor ouderen ook een verkorte versie worden gebruikt.⁴² Inmiddels is de vragenlijst geüpdatet naar de NEO-PI-3 en de korte NEO-FFI die enkel de vijf domeinen meet, maar bij deze laatste nieuwe versie is het leeftijdsbereik spijtig genoeg beperkt tot afname van 16 tot 70 jaar.⁴³ Er zijn ook informantversies, maar daar is geen

afzonderlijk psychometrisch onderzoek over beschikbaar.

Gefaseerde persoonlijkheidsdiagnostiek

Multimorbiditeit bij ouderen is eerder regel dan uitzondering. Bijgevolg is differentiaaldiagnostiek uitermate belangrijk en vormt persoonlijkheidsdiagnostiek maar een deel van de te onderzoeken aspecten.⁴⁴ Daarom stellen we bij diagnostiek de volgende hiërarchie voor: 1) somatisch onderzoek (meer bepaald schildklierfunctie, tumor, delier), 2) neuropsychologisch onderzoek (aandacht, geheugenfuncties, I.Q.), 3) psychisch functioneren (realiteitstoetsing, stemming en angst) en 4) persoonlijkheidsonderzoek. Persoonlijkheidsonderzoek bestaat vervolgens weer uit een aantal diagnostische informatiebronnen, zoals gedragsobservatie, auto- en hetero-anamnese, (eventueel) dossieronderzoek en testonderzoek ofwel het gestandaardiseerd meten van persoonlijkheidsaspecten. In dit artikel ligt de nadruk op testonderzoek. Wat betreft het persoonlijkheidsonderzoek dient men een evenwicht te vinden tussen draagkracht en draaglast tijdens de testafname enerzijds en het verzamelen van voldoende informatie ten behoeve van een gepersonaliseerde aanpak anderzijds. Derhalve stellen wij een testgefaseerde aanpak voor gebaseerd op zowel psychometrische bevindingen als klinische ervaringen (zie tabel 1 voor een overzicht van de testen per fase).

Tabel 1 Gefaseerde testdiagnostiek: de fases en bijhorende instrumenten

I. Leeftijdsspecifiek screenen naar de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis	
GPS ¹⁰¹¹	stoornis ja/nee
HAP ¹⁴	onaangepaste persoonlijkheidstrekken
II. Voortgezette diagnostiek naar persoonlijkheidstrekken en -functioneren	
ADP-IV ²¹	DSM-5 persoonlijkheidsstoornissen categoriaal en dimensionaal
SIPP-SF ²⁵²⁷	DSM-5 AMP persoonlijkheidsfunctioneren
PID-5 vragenlijsten ²⁹³³³⁴³⁵	DSM-5 AMP pathologische trekken
NEO-PI vragenlijsten ³⁹⁴²⁴³	adaptieve trekken vijf-factoren model
III. Specifieke testen	
YSQL2 ⁴⁵	schemadomeinen
GAT ⁴⁶⁴⁷ of ontwikkelingsprofiel ⁴⁸	psychodynamische aspecten

De eerste stap bestaat uit een screening naar de mogelijke aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis met behulp van de GPS.^{10,11} Bij een eerste verkenning van onaangepaste persoonlijkheidstrekken stellen we de HAP voor.¹⁴

Bij indicatie van persoonlijkheidspathologie ligt in de tweede stap de nadruk op het meer uitvoerig diagnosticeren van persoonlijkheidstrekken en persoonlijkheidsfunctioneren. Indien een DSM-classificatie vereist is, kan de ADP-IV21 afgenomen worden. Voor het meten van persoonlijkheidsfunctioneren adviseren we gebruik van de SIPP-SF.^{25,27} Onaangepaste trekken aansluitend bij genoemd AMP kunnen gemeten worden met de PID-5 vragenlijsten.^{25,29,30,31} In het kader van een 'sterkte-zwakteanalyse' vormt het gestandaardiseerd meten van adaptieve persoonlijkheidstrekken eveneens een belangrijk onderdeel van persoonlijkheidsonderzoek en daarvoor kan gebruik gemaakt worden van de NEO vragenlijsten.^{44,44,44}

In een eventuele derde stap van gefaseerde testdiagnostiek worden specifieke testen, veelal gericht op een therapeutische stroming, afgenomen. Deze testen zijn bijvoorbeeld gericht op individuele- of groepsschematherapie en verhelderen derhalve de schemadomeinen of gaan bijvoorbeeld psychodynamische aspecten na bij de indicatiestelling voor psychodynamische therapievormen. Schemadomeinen meten is mogelijk met de Nederlandstalige versie van de Young Schema Questionnaire (YSQL2);⁴⁵ 97% van de items van de test is leeftijdsneutraal en alle schalen zijn leeftijdsneutraal, met uitzondering van 'zich rechten toe-eigenen'. Op deze schaal scoren ouderen vooral lager bij items die verwijzen naar impulsiviteit.

Psychodynamische aspecten kunnen gemeten worden met de Gerontologische Apperceptie Test (GAT)^{46,47} of door het opstellen van een ontwikkelingsprofiel.⁴⁸ Het ontwikkelingsprofiel is een versie van een semigestructureerd interview aangepast aan de belevingswereld van ouderen en peilt naar psychosociale mogelijkheden en beperkingen van de patiënt. De GAT is een projectieve apperceptietest ontwikkeld om thema's die relevant zijn op oudere leeftijd te meten zoals afhankelijkheid, angst voor isolement en verlies van mobiliteit/seksualiteit. Op basis van scoringscriteria en normen krijgt men

een beeld van psychodynamische aspecten (angsten, impulsen, zelfbeelden, percepties van anderen).⁴⁷

Besluit

Het tijdperk waarin de GGZ geen aandacht gaf aan persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is voorbij. Het idee dat persoonlijkheidsstoornissen op oudere leeftijd niet zichtbaar worden, is in de klinische praktijk achterhaald. Vanuit Nederland en België wordt pioniersonderzoek verricht naar vragenlijsten voor het gestandaardiseerd meten van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen, maar het aantal valide en betrouwbare instrumenten voor diagnostiek bij ouderen is nog steeds beperkt. Bij de instrumenten die voorhanden zijn, zijn er momenteel twee benaderingen: leeftijdsspecifieke versus leeftijdsneutrale metingen. Beide hebben voor- en nadelen.^{49,50} Leeftijdsspecifieke instrumenten zijn niet in staat om beloopaspecten van persoonlijkheidspathologie in kaart te brengen. Leeftijdsspecifieke instrumenten hebben echter als voordeel dat zij zich richten op de gerontologische context vanuit diverse gebieden: sociaal (verlies van vrienden of partner), beroepsmatig (pensionering), financieel (inkomensverlies), fysiologisch (verminderde vitaliteit) of cognitief (concentratieverlies). Het zijn juist deze gerontologische thema's die onmiskenbaar onderdeel zijn van de integrale behandeling van ouderen met persoonlijkheidsstoornissen.

Auteurs

Gina M.P. Rossi

Vakgroep psychologie en educatiewetenschappen, Vrije Universiteit Brussel, Brussel, Belgium
Vrije Universiteit Brussel (VUB), Persoonlijkheid en psychopathologie onderzoeksgroep ([PEPS](#)), Brussel

E-mail: Gina.Rossi@vub.be

Inge Debast

Vakgroep psychologie en educatiewetenschappen, Vrije Universiteit Brussel, Brussel, Belgium
Vrije Universiteit Brussel (VUB), Persoonlijkheid en psychopathologie onderzoeksgroep ([PEPS](#)), Brussel

Sebastiaan P. J. van Alphen

Vakgroep psychologie en educatiewetenschappen, Vrije Universiteit Brussel, Brussel, Belgium, Mondriaan Ouderen, Heerlen, Netherlands

Expertisecentrum Persoonlijkheidsstoornissen bij Ouderen, Mondriaan GGZ, Heerlen.

Vrije Universiteit Brussel, Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen, Onderzoeksgroep Persoonlijkheid en Psychopathologie

School of Social and Behavioral Sciences, Department of Medical and Clinical Psychology, Tilburg University, Tilburg.

Literatuurlijst

1. Oltmanns TF, Balsis S. Personality disorders in later life: Questions about the measurement, course, and impact of disorders. *Annu Rev Clin Psychol* 2011;27:321–49.
2. van Alphen SPJ, van Dijk SDM, Videler AC, Dierckx E, Bouckaert F, Rossi G, Oude Voshaar RC. Personality disorders in

older adults: Emerging research issues. *Curr Psychiatry Rep* 2015;17:538-45.

3. Silberman CS, Roth L, Segal DL, Burns, W. Relationship between the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II and Coolidge Axis-II Inventory in chronically mentally ill older adults. A pilot study. *J Clin Psychol* 1997;53:559-66.
4. Condello C, Padoani W, Uguzzoni U, Caon F, De Leo, D. Personality disorders and self-perceived quality of life in an elderly psychiatric outpatient population. *Psychopathology* 2003;36:78-83.
5. Cruitt P, Oltmanns TF. Age-related outcomes with personality pathology in later life. *Curr Opin Psychol* 2018;21:89-93.
6. Schuster J-P, Hoertel N, Le Strat Y, Manetti A, Limosin F. Personality Disorders in Older Adults: Findings From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013;21:757-68.
7. American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Amsterdam: Boom, 2014.
8. van Alphen SPJ, Rossi G, Dierckx E, Oude Voshaar R. DSM-5 classificatie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2014;56:816-820.
9. van Alphen SPJ, Engelen GJJA, Kuin Y, Van der Staak CPF, Derksen JLL. Een Delphi-onderzoek naar persoonlijkheidsdiagnostiek in de GGZ bij ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2003;34:208-14.
10. van Alphen SPJ, Engelen GJJA, Kuin Y, Hoijtink HJA, Derksen JLL. Constructie van een schaal voor de signalering van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2004;35:170-79.
11. van Alphen SPJ, Engelen GJJA, Kuin Y, Hoijtink HJA, Derksen JLL. A preliminary study of the diagnostic accuracy of the Gerontological Personality disorders Scale (GPS). *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21:862-68.
12. Penders, KAP, Rossi G, Metsemakers JFM, Duimel-Peeters IGP, van Alphen SJP. The diagnostic efficiency of the Gerontological Personality disorder Scale (GPS) in general practice. *Aging Ment Health* 2016;20:318-28.
13. Meuwissen-Van Pol ECH, Rossi G, de Weerd-Spaetgens CMEE, van Alphen SPJ. Screening for personality disorders in a geriatric medicine outpatients population. *Eur Geriatr Med*, onder revisie.
14. Barendse, HPJ, Thissen AJC. Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst (de HAP): handleiding. Den Bosch: Barendse & Thissen, 2006.
15. Barendse HPJ, Thissen AJC, Rossi G, Oei TI, van Alphen, SPJ. De psychometrische eigenschappen van de Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst (HAP) bij ouderen in de GGZ en het verpleeghuis. *GZ-Psychologie* 2013;8:18-25.
16. <https://www.hapsite.nl/nieuws> Geraadpleegd op 06.04.2020
17. Barendse, HPJ, Rossi G, van Alphen SPJ. Personality disorders in older adults: expert opinion as a first step towards evaluating the criterion validity of an informant questionnaire (HAP). *Int Psychogeriatr* 2014;26:173-74.
18. Morey LC, Skodol AE, Oldham JM. Clinicians judgements of clinical utility: A comparison of DSM-IV-TR personality disorders and the alternative model for DSM-5 personality disorders. *J Abnorm Psychol* 2014;123:1-8.
19. Balsis S, Gleason MEJ, Woods CM, Oltmanns TF. An Item Response Theory Analysis of DSM-IV Personality Disorder Criteria Across Younger and Older Age Groups. *Psychol Aging* 2007;22:171-185.
20. Arntz A, Kamphuis JH, Derks JL. SCID-5-P: Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 persoonlijkheidsstoornissen. Amsterdam: Boom, 2017. Nederlandse vertaling van First MB, Williams JBW, Benjamin Smith L, Spitzer RL. Structured Clinical Interview for DSM-5 personality disorders (SCID-5-PD). American Psychiatric Association, 2016.
21. Schotte C, Doncker D. ADP-IV Vragenlijst. Edegem: Universitair Ziekenhuis Antwerpen, 1994.
22. Debast I, Rossi G, van Alphen SPJ, Pauwels E, Claes L, Dierckx E, Peuskens H, Santens E, Schotte CKW. Age Neutrality of Categorically and Dimensionally Measured DSM-5 Section II Personality Disorder Symptoms. *J Pers Assess* 2015;97:321-29.
23. Schotte CKW. New instruments for diagnosing personality disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2000;13:605-09.
24. Bach B, Markon K, Simonsen E, Krueger RF. Clinical Utility of the DSM-5 alternative model of personality disorders: Six cases from practice. *J Psychiatr Pract* 2015;21:3-25.
25. Verheul R, Andrea A, Berghout CC, Dolan C, Busschbach JJV, van der Kroft PJA, Bateman AW, Fonagy F. Severity indices of personality problems (SIPP-118): Development, factor structure, reliability, and validity. *Psychol Assess* 2008;20:23-34.

26. Berghuis H, Kamphuis JH, Verheul R. Specific personality traits and general personality dysfunction as predictors of the presence and severity of personality disorders in a clinical sample. *J Pers Assess* 2014;96:410-416.
27. Rossi G, Debast I, van Alphen SPJ. Measuring personality functioning in older adults: construct validity of the Severity Indices of Personality Functioning - Short Form (SIPP-SF). *Aging Ment Health* 2017;21:703-11.
28. van Reijswoud B, Debast I, Videler AC, Rossi G, Lobbestael J, van Alphen SPJ. Severity Indices of Personality Problems - Short Form (SIPP-SF) in old age psychiatry: Reliability and validity. *J Pers Assess*, onder revisie.
29. van der Heijden P, Ingenhoven T, Berghuis H, Rossi G. DSM-5 persoonlijkheidsvragenlijst (PID-5-NL). Nederlandstalige bewerking van The Personality Inventory for DSM-5 ® (PID-5) — Adult, 2011 (American Psychiatric Association). Amsterdam: Boom, 2014.
30. Van den Broeck J, Bastiaansen L, Rossi G, Dierckx E, De Clercq B. Age neutrality of the trait facets proposed for personality disorders in DSM-5: A DIFAS analysis of the PID-5. *J Psychopathol Behav Assess* 2013;35:487-94.
31. Penfield RD, Algina J. A generalized DIF effect variance estimator for measuring unsigned differential test functioning in mixed format tests. *J Educ Meas* 2006;43:295-12.
32. Debast I, Rossi G, van Alphen SPJ. Construct validity of the DSM-5 section III maladaptive trait domains in older adults. *J Pers Disord* 2017;31:1-18.
33. Rossi G, van Alphen SPJ, De Weerd M, Markon KE, Krueger RF. DSM-5 Persoonlijkheidsvragenlijst: informantenversie (PID-5-IRF-NL). Nederlandstalige bewerking van The Personality Inventory for DSM-5 ® — Informant Form (PID-5-IRF) — Adult, 2011(American Psychiatric Association). Amsterdam: Boom, 2014.
34. Rossi G, van Alphen SPJ, De Weerd M, Markon KE, Krueger RF. DSM-5 Persoonlijkheidsvragenlijst: verkorte vorm informantenversie (PID-5-IBF-NL). Op basis van een bewerking van The Personality Inventory for DSM-5 ® — Informant Form (PID-5-IRF) & Brief Form (PID-5-BF)— Adult, 2011 (American Psychiatric Association), Amsterdam: Boom, 2014.
35. van der Heijden P., Ingenhoven T, Berghuis H, Rossi G. DSM-5 persoonlijkheidsvragenlijst: verkorte vorm (PID-5-BF-NL). Nederlandstalige bewerking van The Personality Inventory for DSM-5 ® Brief Form (PID-5-BF)— Adult, 2011 (American Psychiatric Association). Amsterdam: Boom, 2014.
36. Debast I, Rossi G, van Alphen SPJ. Age-Neutrality of a Brief Assessment of the Section III Alternative Model for Personality Disorders in Older Adults. *Asmnt* 2018;25:310-23.
37. Pocnet C, Antonietti JP, Handschin P, Massoudi K, Rossier J. The many faces of personality: The DSM-5 dimensional and categorical models and the five- factor model. *Pers Individ Dif*, 2018;121:11-18.
38. Thomas KM., Yalch, MM, Krueger RF, Wright AG, Markon KE, Hopwood CJ. The convergent structure of DSM-5 personality trait facets and five-factor model trait domains. *Asmnt* 2013;20:308-11.
39. Hoekstra H, Ormel J, De Fruyt F. Handleiding NEO-PI-R en NEO-FFI vragenlijsten. Amsterdam: Hogrefe Publishers, 2007.
40. Suzuki T, Griffin SA, Samuel DB (2017). Capturing the dsm5 alternative personality disorder model traits in the five-factor model's nomological net. *J Pers* 2017;85:220-31.
41. Van den Broeck J, Rossi G, Declercq B, Dierckx E. Potential age bias in the NEO-PI-R: differential item functioning in older versus younger adults. *J Psychopathol Behav Assess* 2012;3:361-69.
42. Mooi B., Comijs HC, De Fruyt F, De Ritter D, Hoekstra HA, Beekman, ATF. A NEO-PI-R short form for older adults. *Int J Methods Psychiatr Res* 2011;20:135-44.
43. Hoekstra H, De Fruyt F. NEO-PI-3 en NEO-FFI handleiding. Amsterdam: Hogrefe Publishers, 2014.
44. van Alphen SPJ. Geronto-psychodiagnostiek in de GGZ. *De Psycholoog* 2007;10:542-45.
45. Young JE, Pijnaker H. Cognitieve Therapie voor Persoonlijkheidsstoornissen: Een Schemagerichte benadering. Houten, the Netherlands: Bohn Stafleu Van Loghum, 1999.
46. Wolk RL. The gerontological Apperception Test. New York: Behavioral Publications, 1971.
47. Hayslip B, Francis J, Radika L, Lambert P, Panek PE, Bosmajian L. Development of a scoring system for the Gerontological Apperception Test. *J Clin Psychol* 2002;58:471-78.
48. Abraham RE. Het ontwikkelingsprofiel in de praktijk. Assen: Koninklijke van Gorkum, 2005.
49. Rossi G, Van den Broeck J, Dierckx E, Segal D, van Alpen B. Personality assessment among older adults: The value of personality questionnaires unraveled. *Aging Ment Health* 2014;18:936-40.
50. Rossi G., Debast I, van Alphen SPJ. Testdiagnostiek. In SPJ van Alphen, RC Oude Voshaar, F Bouckaert, AC Videler (Eds.),

Handboek persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen (pp. 53-65). De Tijdstroom Uitgeverij: Utrecht, 2018.