

# Persoonlijkheids- diagnostiek bij ouderen

227

---

BAS VAN ALPHEN

## Samenvatting

---

In dit artikel komen de uitdagingen van het verrichten van persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen aan de orde, zoals de suboptimale toepasbaarheid van de DSM-5-criteria voor persoonlijkheidsstoornissen, de complexiteit van de differentiatie tussen chronische psychische stoornissen, het beperkt aantal gevalideerde persoonlijkheidsvragenlijsten en -interviews voor ouderenpopulaties, en de aanpassingen in de afname van het meetinstrumentarium. Uitgangspunten voor persoonlijkheidsonderzoek bij ouderen vormen de herziene *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen*, longitudinale collaterale informatiebronnen (zoals weergegeven in de LEAD-procedure), en de invloed van somatische, cognitieve en psychische factoren op het persoonlijkheidsfunctioneren. Ingegaan wordt op specifieke screeningsinstrumenten om persoonlijkheidspathologie bij ouderen te detecteren, alsmede op de leeftijdsneutraliteit van persoonlijkheidsvragenlijsten en -interviews, en de meerwaarde van een gefaseerde testdiagnostische aanpak bij ouderen.

*Trefwoorden: persoonlijkheidsdiagnostiek, ouderen, leeftijdsneutraliteit*

### Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Bij persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen dient extra aandacht uit te gaan naar de invloed van cognitieve en somatische stoornissen op het persoonlijkheidsfunctioneren.
- ▶ Testdiagnostiek impliceert het gebruik van persoonlijkheidsvragenlijsten of -interviews die voldoende leeftijdsneutraal zijn om over- of onderdiagnostiek te voorkomen.
- ▶ Vanwege de beperkte psychische of somatische belastbaarheid bij (oudere) ouderen is fasering in de testdiagnostiek aangewezen, en dient het assessment zo kort mogelijk en wat betreft formulering van de items zo eenvoudig mogelijk gehouden te worden.

## INLEIDING

.....

In Nederland verscheen in 2008 de eerste *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen*, met als kernboodschap dat persoonlijkheidsstoornissen zijn te behandelen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008). In deze richtlijn werden ouderen buiten beschouwing gelaten (van Alphen et al., 2009). Anno 2021 verschijnt de herziene *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen* met als kernthema ‘verbreding’. Dit betreft zowel inhoudelijke verbreding naar meer eenvoudige en generieke behandelmodellen, als verbreding naar (antisociale) problematiek en doelgroepen, zoals jongeren en ouderen (*Commentaarversie MDR Persoonlijkheidsstoornissen*, 2021). Aandacht voor ouderen in genoemde herziene richtlijn doet recht aan het belang van het thema. Zo is de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen hoog: in de algemene bevolking kan die oplopen tot 15%, bij poliklinische patiënten tot 33% en bij klinische patiënten zelfs tot 80% (Penders et al., 2020). Ouderen met persoonlijkheidsstoornissen ervaren in vergelijking met hun leeftijdsgenoten minder levenskwaliteit, meer somatische en psychische problematiek, en reageren sterker op leeftijdsgerelateerde stressoren, zoals het verlies van naasten (Condello et al., 2003; Schuster et al., 2013). Daarnaast tonen eerste empirische studies aan dat ouderen met persoonlijkheidsstoornissen kunnen profiteren van psychotherapeutische behandelingen (Penders et al., 2020). Daarom is het adequaat vaststellen van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen van groot belang. Dit artikel gaat in op de actuele diagnostische stand van zaken bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen, waarbij de herziene *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen* het kader vormt.

## UITGANGSPUNTEN

.....

Persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen impliceert een tweetal uitgangspunten. Ten eerste vormt conform de herziene *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen* de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen (sectie II) van de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) het uitgangspunt. Daarbij worden, naast de algemene definitie van een persoonlijkheidsstoornis, tien afzonderlijke persoonlijkheidsstoornissen gespecificeerd, verdeeld over drie clusters (A, B en C) en een restcategorie (die bestaat uit andere persoonlijkheidsstoornissen). In tabel 1 is de clusterindeling en definiëring van de specifieke DSM-5-persoonlijkheidsstoornissen weergegeven.

Ten tweede wordt bij persoonlijkheidsdiagnostiek uitgegaan van de LEAD-procedure (Spitzer, 1983). ‘LEAD’ staat voor *longitudinal, expert and all data*. In deze procedure worden verschillende longitudinale informatiebronnen gehanteerd, zoals observatiegegevens, biografische gegevens, in-

TABEL 1 *Indeling en definiëring DSM-5-persoonlijkheidsstoornissen (APA, 2014)*

Cluster	Persoonlijkheidsstoornis	Definiëring
Cluster A	Paranoïde-persoonlijkheidsstoornis	Wantrouwen en achterdocht ten opzichte van anderen, waardoor hun beweegredenen worden geïnterpreteerd als kwaadwillig
	Schizoïde-persoonlijkheidsstoornis	Afstandelijkheid in sociale relaties en beperkingen in het uiten van emoties in sociale situaties
	Schizotypische-persoonlijkheidsstoornis	Sociale beperkingen gekenmerkt door een acuut gevoel van ongemak bij en een verminderd vermogen tot het aangaan van intieme relaties, en ook door gedachten en perceptuele vervormingen en eigenaardigheden in het gedrag
Cluster B	Antisociale-persoonlijkheidsstoornis	Gebrek aan achtung voor en schending van rechten van anderen
	Borderline-persoonlijkheidsstoornis	Instabiliteit in relaties, zelfbeeld en gevoelens, evenals duidelijke impulsiviteit
	Histrionische-persoonlijkheidsstoornis	Buitensporige emotionaliteit en aandacht vragen
	Narcistische-persoonlijkheidsstoornis	Grootheidsgelens, behoefte aan bewondering en gebrek aan inlevingsvermogen
Cluster C	Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis	Geremdheid in gezelschap, gevoel van tekortschieten en overgevoeligheid voor een negatief oordeel
	Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis	Buitensporige behoefte aan verzorgd worden, wat leidt tot onderworpen en vastklampend gedrag en de angst in de steek te worden gelaten
	Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis	Preoccupatie met ordelijkheid en beheersing van psychische en sociale processen ten koste van soepelheid, openheid en efficiëntie
<b>Andere persoonlijkheidsstoornissen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Als er sprake is van een persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening (bijvoorbeeld epilepsie van de temporaalkwab).</li> <li>2 Als niet wordt voldaan aan de criteria van een van de tien specifieke persoonlijkheidsstoornissen, maar wel aan de algemene diagnostische criteria voor een persoonlijkheidsstoornis. De clinicus kan er vervolgens voor kiezen te noteren wat de specifieke reden is dat het klinisch beeld niet aan de criteria voor een van de specifieke persoonlijkheidsstoornissen voldoet (andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis);</li> <li>3 of om niet de reden te specificeren (ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis).</li> </ol>	

formantengegevens, testgegevens en dossiergegevens, alsmede de ervaringen die behandelaren met de patiënt hebben. In een expertteam worden bij iedere patiënt de uitkomsten van de collaterale informatiebronnen geëvalueerd om tot een consensusdiagnose te komen. Hoewel de LEAD-procedure tijdsintensief is en operationele richtlijnen ontbreken, blijken de temporele stabiliteit en predictieve validiteit hoger uit te vallen dan bij diagnoses die verkregen zijn door verschillende semigestructureerde interviews (Verheul et al., 2008). Bovendien sluit het longitudinale accent van de LEAD-procedure goed aan op de herziene *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen*, die expliciet vermeldt dat het persoonlijkheidsfunctioneren beschouwd dient te worden vanuit een levensloop- en daarmee longitudinaal perspectief (*Commentaarversie MDR Persoonlijkheidsstoornissen*, 2021). Ouderen hebben hier wellicht een streepje voor, en wel vanwege hun lange levensgeschiedenis. Daardoor wordt doorgaans retrospectief voldoende informatie verkregen om zicht te krijgen op patronen die vaak lang bestaan, maar die als gevolg van veranderende (sociale) context ook kunnen wisselen wat betreft ernst (van Alphen, 2006).

#### SCREENINGSINSTRUMENTEN

.....

In zowel een Delphi-studie door Nederlandse en Belgische experts (van Alphen et al., 2012) als een Delphi-studie door experts uit de Verenigde Staten (Rosowsky et al., 2018) kwam naar voren dat er behoefte is aan een kort en eenvoudig instrument om persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen vast te stellen. De Gerontologische Persoonlijkheidsstoornissen Schaal (GPS; van Alphen et al., 2006) werd ontwikkeld en gevalideerd in de ggz voor ouderen, en tevens gevalideerd voor 65-plussers in de huisartsenpraktijk (Penders et al., 2015) en klinische geriatrie (Meeuwissen-van Pol et al., 2020). De GPS screent op de aanwezigheid of afwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis op basis van 16 items (zeven items over habituele gedragingen en negen items over specifieke biografische gegevens). De GPS bestaat uit een zelfrapportageversie (patiëntversie) en een versie waar een informant de items in derde persoon beantwoordt (informantversie). In de valideringsstudie in de ggz bleek de diagnostische validiteit redelijk voor de GPS-patiëntversie, met een sensitiviteit en specificiteit van 70%; bij de GPS-informantversie was de specificiteit 78%, maar de sensitiviteit beperkt (48%) (van Alphen et al., 2006). In de klinische geriatrie werd de GPS-informantversie onderzocht en een hoge sensitiviteit (91%) bij een redelijke specificiteit (67%) gevonden (Meeuwissen-van Pol et al., 2020). In de huisartsenpraktijk bleek de GPS-informantversie eveneens goed inzetbaar, met een sensitiviteit van 78% en een specificiteit van 65% (Penders et al., 2015).

Een ander screeningsinstrument dat is ontwikkeld vanuit de ouderenzorg is de Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst (HAP; Barendse &

Thissen, 2006). Deze informantenvragenlijst bestaat uit 62 vragen, en is gevalideerd en genormeerd voor het screenen op specifieke maladaptieve persoonlijkheidstrekken bij ouderen in de verpleeghuissector, de ggz en eerstelijnspsychologenpraktijken. De interne betrouwbaarheid, test-her-testbetrouwbaarheid, factorstructuur en concurrente validiteit van de tien inhoudsschalen zijn goed (Barendse et al., 2013). 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. Aangezien de HAP wordt ingevuld door een informant, kan het instrument ook afgenomen worden wanneer zelfbeoordeling niet mogelijk is, bijvoorbeeld vanwege ernstige cognitieve of depressieve problematiek (Rossi et al., 2020).

Kortom, de GPS en HAP hebben als screeningsinstrumenten een complementaire functie: de GPS focust op het opsporen of uitsluiten van persoonlijkheidspathologie, terwijl bij de HAP de nadruk ligt op de typering van persoonlijkheidspathologie. Beide instrumenten (met een totale afnameduur van respectievelijk 2-3 minuten en 10 minuten) dragen bij aan de indicatiestelling voor persoonlijkheidsdiagnostiek.

#### PERSOONLIJKHEIDSDIAGNOSTIEK

.....

Gedragsobservaties, diagnostische gesprekken, heteroanamnese en assessment vormen de belangrijkste informatiebronnen bij persoonlijkheidsdiagnostiek en voor exploratie van de hulpvraag. Conform de LEAD-procedure worden collaterale informatiebronnen geïntegreerd om te komen tot een (classificerende) diagnose. Ten aanzien van de gedragsobservatie kan gedacht worden aan situaties in de spreekkamer of op de afdeling die gerelateerd zijn aan introvert of extravert gedrag. De nadruk in de diagnostische gesprekken zal vooral komen te liggen op zowel de actuele als de biografische (hetero)anamnese. Die moet de hulpverlener relateren aan de temporele stabiliteit van disfunctionele cognities, de affectabiliteit, interpersoonlijk disfunctioneren, impulsiviteit en compulsies. Tevens gaat in de hetero-anamnese de aandacht uit naar het uitsluiten van een persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening (van Alphen et al., 2014). Belangrijke gespreksonderwerpen zijn verder de omgang met veroudering, emotionele veranderingen, de biologische en imaginaire leeftijd, en de veranderende omgang met intimiteit en seksualiteit (van Dijk et al., 2018). Daarnaast is er oog voor leeftijdsspecifieke uitingen van persoonlijkheidsproblematiek. Vooral cluster B-persoonlijkheidsstoornissen manifesteren zich bij ouderen doorgaans anders: er is sprake van minder impulsief en non-verbaal agressief gedrag, en van meer passief-agressieve, somatise-

rende en depressieve uitingen (van Alphen et al., 2015). Naast veranderende uitingvormen die het gevolg zijn van biopsychosociale veroudering, zijn er situationele veranderingen, zoals pensionering of het verlies van naasten.

Leeftijdsspecifieke criteria van DSM-persoonlijkheidsstoornissen compliceren het gebruik van dit classificatiemodel bij ouderen. Zo blijkt uit een grote epidemiologische studie in de algemene bevolking dat 29% van de DSM-criteria voor persoonlijkheidsstoornissen onvoldoende toepasbaar zijn op de leef- en belevingswereld van ouderen (Balsis et al., 2007). Beperkingen vanwege deze leeftijdsspecificiteit hebben ook consequenties voor vragenlijsten en interviews die uitgaan van DSM-persoonlijkheidsstoornissen.

#### VRAGENLIJSTEN EN INTERVIEWS

.....

In de herziene *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen* wordt uitgegaan van vragenlijsten en interviews met een 'categoriaal-classificerend' karakter of met een 'dimensionaal-diagnostisch' karakter. Zelfrapportage-instrumenten worden doorgaans toegepast als screener bij categoriaal-classificerende diagnostiek, terwijl semigestructureerde interviews de meest aangewezen bronnen zijn om tot een diagnostische (DSM-)classificatie te komen. Aandachtspunt bij classificerende diagnostiek is dat zelfrapportage-instrumenten doorgaans meer kans op overdiagnostiek vertonen dan semigestructureerde interviews. Dimensionaal-diagnostische instrumenten genereren vooral informatie ten behoeve van de indicatiestelling voor behandeling. Vanwege de beperkte psychische en somatische belastbaarheid van ouderen wordt aanbevolen om de testdiagnostiek gefaseerd te verrichten, met relatief korte, eenvoudige en voor ouderen gevalideerde instrumenten (*Commentaarversie MDR Persoonlijkheidsstoornissen*, 2021).

De leeftijdsneutraliteit van vragenlijsten en interviews is een belangrijk uitgangspunt. Met *differential item functioning analyses* (DIF-analyses) meet men in hoeverre er bij gelijke somscores op subschalen verschillen in itemscores per subschaal worden gevonden tussen leeftijdsgroepen. Er is sprake van een grote DIF bij ten minste 25% differentiatie en van een kleine DIF bij minder dan 10% (Penfield & Algina, 2006). In tabel 2 wordt een overzicht gegeven van de leeftijdsneutraliteit van verschillende persoonlijkheidsvragenlijsten en -interviews.

Het gestructureerd klinisch interview voor DSM-5-persoonlijkheidsstoornissen (SCID-5-P; Arntz et al., 2016) wordt in het algemeen gezien als gouden standaard voor het classificeren van DSM-persoonlijkheidsstoornissen. De voorganger van de SCID-5-P met nagenoeg identieke items is de SCID-II (Weertman et al., 1996). Laatstgenoemd instrument is zeer recent onderzocht op leeftijdsneutraliteit. In deze studie blijkt dat er slechts 2,1% DIF wordt aangetoond (van Alphen et al., in voorbereiding).

TABEL 2 *Leeftijdsneutraliteit van persoonlijkheidsvragenlijsten en -interviews*

Test	Leeftijdsneutraliteit	Populatie	Referentie
SCID-II	97,9%	Nederlandse (top)specialistische ggz n = 152 (21-85 jaar)	van Alphen et al., in voorbereiding
SIPP-SF	94%	Algemene Belgische bevolking n = 381 (17-99 jaar)	Rossi et al., 2017
NEO-PI-R	93%-95%	Algemene Belgische bevolking n = 845 (18-92 jaar)	Van den Broeck et al., 2012
YSQ-NL	97%	Belgische klinische ggz n = 321 (18-75 jaar)	Pauwels et al., 2014
ADP-IV	97,5%-95%	Belgische klinische ggz n = 321 (18-75 jaar)	Debast et al., 2015
PID-5	85%	Algemene Belgische bevolking Belgische ggz n = 464 (17-99 jaar)	Van den Broeck et al., 2012
PID-5-BF	75%	Algemene Belgische bevolking n = 552 (17-99 jaar)	Debast et al., 2017

*Noot.* ADP-IV = Assessment van DSM Persoonlijkheidsstoornissen-IV; NEO-PI-R = NEO Personality Inventory – Revised; PID-5(-BF) = DSM-5-persoonlijkheidsvragenlijst (verkorte vorm); SCID-II = gestructureerd klinisch interview voor DSM-persoonlijkheidsstoornissen; SIPP-SF = Severity Indices of Personality Problems – Short Form; YSQ-NL = Young Schema Questionnaire Nederlandse versie.

Een alternatief is de Assessment van DSM Persoonlijkheidsstoornissen-IV (ADP-IV; Schotte & De Doncker, 1994), een Nederlandstalige zelfrapportagevragenlijst (94 items) gebaseerd op de DSM-persoonlijkheidsstoornissen, die een brug vormt tussen categoriale en dimensionale diagnostiek van persoonlijkheidspathologie. De items sluiten nauw aan bij de DSM-5-criteria, maar de ADP-IV neemt een meer leeftijdsneutraal perspectief aan, en wel door te verwijzen naar kenmerken die aanwezig zijn in de vroege volwassenheid en die zich uiten in verschillende persoonlijke en sociale situaties. De patiënt beoordeelt elk item op basis van de eigen levenservaringen en komt zo tot een evaluatie over de levensloop. De leeftijdsneutraliteit van de ADP-IV is ook empirisch bevestigd bij ouderen (Debast et al., 2015). Nadeel is dat ouderen de ADP-IV als lastig kunnen ervaren, zowel qua formulering als scoring van de items (Rossi et al., 2020). Zo dient ieder item tweemaal gescoord te worden: (1) een *trait score* op een zevenpuntsschaal om een DSM-criterium te meten, en (2) een *distress score* op een driepuntsschaal om na te gaan in hoeverre de oudere er last van heeft.

De Severity Indices of Personality Problems – Short Form (SIPP-SF) is ontwikkeld vanuit de originele Severity Indices of Personality Problems van in totaal 118 items (SIPP-118; Verheul et al., 2008) en is gevalideerd voor ouderen in de Nederlandse ggz (van Reijswoud et al., 2020). De SIPP-SF bestaat uit 60 items, die vijf domeinen van persoonlijkheidsdisfunctie in kaart brengen, te weten: zelfcontrole, identiteitsintegratie, verantwoordelijkheid, relationele capaciteiten en sociale concordantie. Hoe hoger de schaalscores, hoe meer adaptief functioneren aanwezig is. De SIPP-SF bleek voldoende leeftijdsneutraal (Rossi et al., 2017). Kortom, de SIPP-SF is een relatief kort en voor ouderen gevalideerd instrument, dat goed bruikbaar is voor diagnostische doeleinden of effectmeting.

Maladaptieve persoonlijkheidstrekken (negatieve affectiviteit, afstandelijkheid, antagonisme, ongeremdheid, psychoticisme) kunnen gediagnosticeerd worden met de DSM-5-persoonlijkheidsvragenlijst (PID-5-NL; van der Heijden et al., 2011). Het instrument is voldoende leeftijdsneutraal (Van den Broeck et al., 2012). Nadeel is de relatief lange afnametijd vanwege de 220 items. Vooral bij klinische populaties, waarin ouderen meer fysieke beperkingen en multimorbiditeit vertonen dan relatief vitalere ouderen uit de algemene populatie, kan de PID-5-afname lastig zijn (Rossi et al., 2020). Bij de korte zelfrapportageversie van de PID-5 (25 items) was 25% van de items niet leeftijdsneutraal; in het bijzonder de items op de schaal ‘psychoticisme’ vertoonden aanzienlijke DIF (Debast et al., 2017).

Om persoonlijkheidstrekken op adaptief niveau te diagnosticeren, is het vijffactorenmodel een optie. Het vijfactorenmodel is geoperationaliseerd door de NEO-PI-R (Hoekstra & De Fruyt, 2014), met de domeinen ‘extraversie’, ‘neuroticisme’, ‘altruïsme’, ‘consciëntieusheid’ en ‘openheid’, en bijhorende facetten. De 240 NEO-PI-R-items zijn hoofdzakelijk 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 (Van den Broeck et al., 2012).

Schemadomeinen meten is mogelijk met de Nederlandstalige versie van de Young Schema Questionnaire (YSQ-NL; Sterk & Rijkeboer, 1997). De YSQ (205 items) bestaat uit de volgende 16 schalen: Afhankelijkheid/onbekwaamheid, Sociale ongewenstheid, Mislukking, Sociaal isolement/vervreemding, Minderwaardigheid/schaamte, Verlating/instabiliteit, Emotionele verwaarlozing, Wantrouwen/misbruik, Gebrek aan zelfbeheersing/zelfdiscipline, Zich rechten toe-eigenen, Meedogenloze normen/overmatig kritisch, Emotionele geremdheid, Zelfopoffering, Onderwerping, Verstrengeing, en Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar. De items en schalen van de YSQ zijn leeftijdsneutraal, met uitzondering van Zich rechten toe-eigenen. Op deze schaal scoren ouderen vooral lager bij items die verwijzen naar impulsiviteit (Pauwels et al., 2014).

Samenvattend is het huidige leeftijdsneutraliteitsonderzoek een wezenlijke stap richting het betrouwbaar meten van persoonlijkheidstrekken en



-stoornissen. Echter, generalisatie van bovenstaande uitkomsten, inclusief de resultaten zoals weergegeven in tabel 2, zijn vooralsnog beperkt mogelijk, gezien de relatief kleine en specifieke samples.

Overige persoonlijkheidstests ontwikkeld en/of gevalideerd voor ouderen zijn de Gerontologische Apperceptie Test (GAT; Wolk, 1971) en het ontwikkelingsprofiel (Abraham, 2005). 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 en seksualiteit. Op basis van scoringscriteria en normen wordt een beeld verkregen van psychodynamische aspecten, zoals angsten, impulsen, zelfbeelden en percepties van anderen. Het semigestructureerde interview van het ontwikkelingsprofiel is aangepast aan de belevingswereld van ouderen en brengt hun psychosociale mogelijkheden en beperkingen in kaart.

Tijdens een intake in de specialistische ggz werd vastgesteld dat een patiënte (78 jaar) geen evidente cognitieve stoornissen heeft en evenmin een gestoorde realiteitszin. Wel was er sprake van een reactief-depressieve stemming op veranderende en tevens stressvolle situaties, zoals verminderde visus en mobiliteit. Een ander veroorzaakte buitensporige bezorgdheid, rusteloosheid, prikkelbaarheid en een slaapstoornis in het kader van een gegeneraliseerde-angststoornis (GAS). In het verleden was bij deze patiënte ook al eens GAS vastgesteld, waarna ze suboptimaal werd behandeld met cognitieve gedragstherapie. In de intakefase werd tevens gescreend op het persoonlijkheids(dis)functioneren van de patiënte, met behulp van de GPS en de HAP. De GPS wees op de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis. De HAP leverde een internaliserend profiel op met vooral onzekerheid in de omgang, waarbij het ontbreekt aan zelfingenomen of impulsief gedrag. De uitkomsten van beide screeners waren aanleiding voor voortgezet persoonlijkheidsonderzoek. Patiënte werd ten behoeve van diagnostiek en behandeling verwezen naar het topklinisch centrum voor ouderen met persoonlijkheidsstoornissen. Aldaar kwam uit het persoonlijkheidsonderzoek (met behulp van auto- en heterobiografische gegevens) naar voren dat patiënte uit angst negatief beoordeeld te worden altijd zeer geremd is in sociale situaties, zoals vroeger in de klas, in aanwezigheid van familieleden of tegenover buurtbewoners. Zelf gaf ze als oorzaak aan dat in haar kindertijd zowel haar vader als haar moeder zich zeer negatief uitte, bijvoorbeeld over haar schoolprestaties, terwijl ze toch redelijke cijfers haalde en nooit een klas doubleerde. Deze houding van haar ouders maakte haar onzeker, pessimistisch en geremd in het ondernemen van nieuwe activiteiten.

Vervolgens werden de persoonlijkheidskenmerken van de patiënte geobjectiveerd met de meetinstrumenten SCID-5-P, SIPP-SF en PID-5. Op de SCID-5-P werd bevestigd dat het bij haar om persoonlijkheidspathologie gaat met vooral vermijdende trekken. De SIPP-SF liet vooral afwijkende scores zien op identiteitsintegratie en relationele capaciteiten. Dat overlapte deels met de PID-5, waar hoge scores werden gezien op de facetten ongerustheid, sociale teruggetrokkenheid en vermijding van intimiteit.

Naast deze zwakteanalyse kwamen uit de sterkteanalyse een bovengemiddelde intelligentie en consciëntieusheid naar voren, evenals voldoende motivatie voor inzichtgevend psychotherapie, een adequaat steunsysteem (haar kinderen), en voldoende ziektebesef en -inzicht. Cognitieve gedragstherapie gericht op de GAS leverde eerder een beperkt resultaat op. Daarom werd – mede gezien de combinatie GAS en cluster C-persoonlijkheidspathologie – ingezet op individuele schematherapie. De met YSQ in kaart gebrachte disfunctionele schema's 'tekortschieten/schaamte' en 'negativisme/pessimisme' werden vervolgens de aanknopingspunten in de schematherapie.

#### KLINISCHE TOEPASBAARHEID

.....

Belangrijk is dat persoonlijkheidsvragenlijsten en -interviews voor ouderen niet alleen valide en betrouwbaar dienen te zijn, maar ook praktisch toepasbaar. Dit betekent met name dat er rekening wordt gehouden met de afnameduur en de formulering van items. Gezien de beperkte aandachts-spanne en het relatief lage opleidingsniveau van vooral oudere ouderen, is het aangewezen om het assessment zo kort en wat betreft formulering van de items zo eenvoudig mogelijk te houden. Fasering in de testdiagnostiek (zoals weergegeven in tabel 3) kan de praktische toepasbaarheid bij (oude-) ouderen bevorderen.

#### CONCLUSIE

.....

Persoonlijkheidsdiagnostiek bij ouderen staat voor een aantal uitdagingen, zoals: (1) de suboptimale toepasbaarheid van de DSM-5-criteria voor persoonlijkheidsstoornissen, (2) de complexiteit van de differentiatie tussen verschillende chronische psychische stoornissen, (3) het beperkt aantal gevalideerde persoonlijkheidsvragenlijsten en -interviews voor ouderenpopulaties, en (4) de aanpassingen in de afname van het meetinstrumentarium. Een gefaseerde diagnostische aanpak draagt eraan bij dat ouderen zo weinig mogelijk belast worden. De verbreding naar ouderen in de herziene *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen* doet recht aan de specifieke manifestatie, differentiaaldiagnostiek en assessmentkenmerken van ouderen.

Tot slot heeft ouder worden ook voordelen voor het diagnostische proces. Zo vormt de levensloop een belangrijke diagnostische bron voor een gedegen sterkte-zwakteanalyse van het persoonlijkheidsfunctioneren. Bovendien zijn er steeds meer aanwijzingen dat ouderen even goed van psychotherapie kunnen profiteren als jongere cohorten. Dit geldt niet alleen voor stemmings- en angststoornissen, inclusief psychotrauma, maar ook voor persoonlijkheidsstoornissen. Een gerichte indicatiestelling voor behandeling op basis van gedegen persoonlijkheidsonderzoek is dan ook van cruciaal belang.

TABEL 3 *Gefaseerde testdiagnostiek in de ggz voor (oudere) ouderen*

Fase	Instrument	Omschrijving
<b>1. Screening</b>	GPS	Indicatie persoonlijkheidsstoornis op basis van habituele gedragingen en biografische aspecten, vanuit gerontologische context
	HAP	In kaart brengen van maladaptieve persoonlijkheidstrekken
<b>2. Voortgezette testdiagnostiek</b>	SCID-II/SCID-5-P	Aanwezigheid van specifieke DSM-IV-/DSM-5-persoonlijkheidsstoornissen
	ADP-IV	Aanwezigheid van specifieke DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen
	SIPP-SF	Verdere differentiatie persoonlijkheidspathologie in termen van persoonlijkheidsfunctioneren
	PID-5(-BF)	Verdere differentiatie van persoonlijkheidspathologie in termen van maladaptieve persoonlijkheidstrekken
	NEO-PI-R	Uitgebreid beeld van adaptieve persoonlijkheidstrekken (NEO-FFI voor domeinniveau)
<b>3. Specifieke testdiagnostiek (bijvoorbeeld in het kader van inzichtgevende psychotherapie)</b>	YSQ	Schemadomeinen verhelderen in het kader van individuele of groepsschematherapie
	Ontwikkelingsprofiel, GAT	Exploreren van psychodynamische aspecten (angsten, impulsen, zelfbeelden, percepties van anderen, enzovoort)

*Noot.* ADP-IV = Assessment van DSM Persoonlijkheidsstoornissen-IV; GAT = Gerontologische A-perceptie Test; GPS = Gerontologische Persoonlijkheidsstoornissen Schaal; HAP = Hetero-Anamnestische Persoonlijkheidsvragenlijst; NEO-PI-R = NEO Personality Inventory – Revised; PID-5(-BF) = DSM-5-persoonlijkheidsvragenlijst (verkorte vorm); SCID-II/SCID-5-P = gestructureerd klinisch interview voor DSM-persoonlijkheidsstoornissen; SIPP-SF = Severity Indices of Personality Problems – Short Form; YSQ-NL = Young Schema Questionnaire Nederlandse versie.

**Bas van Alphen** is als gezondheidszorgpsycholoog en manager verbonden aan het Topklinisch centrum voor ouderen met persoonlijkheidsstoornissen, Mondriaan Ouderen, Heerlen/Maastricht; als hoogleraar aan de Vrije Universiteit Brussel, Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen, Onderzoeksgroep Persoonlijkheid en Psychopathologie; en als hoogleraar aan de School of Social and Behavioral Sciences, Department of Medical and Clinical Psychology, Tilburg University. Tevens is hij hoofdopleider van de opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog bij RINO Zuid. *Correspondentieadres:* Kleine Looiersstraat 31, 6211 JL, Maastricht. E-mail: b.van.alphen@mondriaan.eu.

**Summary** *Personality assessment in the elderly*

In this article, the challenges of personality assessment in the elderly are discussed, such as the suboptimal applicability of the DSM-5 criteria for personality disorders, the complexity of the differentiation between chronic mental disorders, the limited number of validated personality questionnaires and interviews for elderly populations, as well as the adjustments in the use of the measuring instruments. Starting points for personality assessment in the elderly are the revised *Multidisciplinary guideline for personality disorders*, longitudinal collateral sources of information, as presented in the LEAD procedure, and the influence of somatic, cognitive and psychological factors on personality functioning. Specific screening instruments to detect personality pathology in the elderly are discussed, as well as the age neutrality of personality questionnaires and interviews, and the added value of a step wise diagnostic approach in the elderly.

**Keywords** *personality assessment, the elderly, age neutrality*

**Literatuur**

- Abraham, R. E. (2005). *Het ontwikkelingsprofiel in de praktijk*. Van Gorcum.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5): Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Uitgeverij Boom.
- Arntz, A., Kamphuis, J. H., & Derks, J. L. (2016). *Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 persoonlijkheidsstoornissen*. Uitgeverij Boom.
- Balsis, S., Gleason, M. E. J., Woods, C. M., & Oltmanns, T. F. (2007). An item response theory analysis of DSM-IV personality disorder criteria across younger and older age groups. *Psychology and Aging*, 22, 171-185.
- Barendse, H. P. J., Rossi, G., & van Alphen, S. P. J. (2013). Personality disorders in older adults: Expert opinion as a first step towards evaluating the criterion validity of an informant questionnaire (HAP). *International Psychogeriatrics*, 15, 1-2.
- Barendse, H. P. J., & Thissen, A. J. C. (2006). *Handleiding van de Hetero-Anamnestiche Persoonlijkeidsvragenlijst (HAP)*. Barendse & Thissen.
- Commentaarversie Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkeidsstoornissen. (2021). Trimbos-instituut.
- Condello, C., Padoani, W., Uguzzoni, U., Caon, F., & De Leo, D. (2003). Personality disorders and self-perceived quality of life in an elderly psychiatric outpatiënt population. *Psychopathology*, 36, 78-83.
- Debast, I., Rossi, G., & van Alphen, S. P. J. (2017). Construct validity of the DSM-5 section III maladaptive trait domains in older adults. *Journal of Personality Disorders*, 31, 1-18.
- Debast, I., Rossi, G., van Alphen, S. P. J., Pauwels, E., Claes, L., Dierckx, E., Peuskens, H., Santens, E., & Schotte, C. K. W. (2015). Age neutrality of categorically and dimensionally measured DSM-5 section II personality disorder symptoms. *Journal Personality Assessment*, 97, 321-29.
- Hoekstra, H., & De Fruyt, F. (2014). *NEO-PI-3 en NEO-FFI handleiding*. Hogrefe Publishers.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2008). *Multidisciplinaire richtlijn*.

- lijn persoonlijkheidsstoornissen*. Trimbos-instituut.
- Meeuwissen-van Pol, E., Rossi, G., De Weerd-Spaetgens, C. M. E. E., & van Alphen, S.P.J. (2020). Screening of personality disorders in a geriatric medicine population. *European Geriatric Medicine*, *11*, 289-295.
- Pauwels, E., Claes, L., Dierckx, E., Debast, I., van Alphen, S. P. J., Rossi, G., Schotte, C. K. W., Santens, E., & Peuskens, H. (2014). Age neutrality of the Young Schema Questionnaire in patients with a substance use disorder. *International Psychogeriatrics*, *26*, 1317-1326.
- Penders, K. A. P., Duimel-Peeters, I. G. P., Metsemakers, J. F. M., van Alphen, S. P. J. (2020). Personality disorders in older adults: A review of epidemiology, assessment and treatment. *Current Psychiatry Reports*, *22*, 14.
- Penders, K. A. P., Duimel-Peeters, I. G. P., Rossi, G., Metsemakers, J. F. M., & van Alphen, S. P. J., (2015). The diagnostic accuracy of the Gerontological Personality disorder Scale (GPS) in Dutch general practice. *Aging and Mental Health*, *16*, 1-11.
- Penfield, R. D., & Algina, J. (2006). A generalized DIF effect variance estimator for measuring unsigned differential test functioning in mixed format tests. *Journal of Educational Measurement*, *43*, 295-312.
- Rosowsky, E., Young, A. S., Malloy, M. C., van Alphen, S. P. J., & Ellison, J. M. (2018). A cross-validation Delphi method approach to the diagnosis and treatment of personality disorders in older adults. *Aging and Mental Health*, *22*, 371-378.
- Rossi, G., Debast, I., van Alphen, S. P. J. (2017). Measuring personality functioning in older adults: Construct validity of the Severity Indices of Personality Functioning – Short Form (SIPP-SF). *Aging and Mental Health*, *21*, 703-711.
- Rossi, G., Debast, I., & van Alphen, S. P. J. (2020). Gestandaardiseerd meten van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: De huidige stand. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, *51*. doi: 10.36613/tgg.1875-6832/2020.02.03
- Schotte, C., & De Doncker, D. (1994). *ADP-IV Vragenlijst*. Universitair Ziekenhuis Antwerpen.
- Schuster, J.-P., Hoertel, N., Le Strat, Y., Manetti, A., & Limosin, F. (2013). Personality disorders in older adults: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *21*, 757-768.
- Spitzer, R. L. (1983). Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, *24*, 399-411.
- Sterk, F., & Rijkeboer, M. (1997). *YSQ-NL: Young Schema Questionnaire Vragenlijst Nederland*. Ambulatorium, Universiteit Utrecht.
- van Alphen, S. P. J. (2006). *Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: Een bijdrage aan de ontwikkeling van een screeningsinstrument* (Academisch proefschrift). Radboud Universiteit.
- van Alphen, S. P. J., Bolwerk, N., Videler, A. C., Tummers, J. H. A., van Royen, R. J. J., Barendse, H. P. J., Verheul, R., & Rosowsky, E. (2012). Age-related aspects and clinical implementations of diagnosis and treatment of personality disorders in older adults. *Clinical Gerontologist*, *1*, 27-41.
- van Alphen, S. P. J., Engelen, G. J. J. A., Kuin, Y., Hoijsink, H. J. A., & Derksen, J. J. L. (2006). A preliminary study of the diagnostic accuracy of the Gerontological Personality disorders Scale (GPS). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *21*, 862-868.
- van Alphen, S. P. J., Rossi, G., Dierckx, E., & Oude Voshaar, R. C. (2014). DSM-5-classificatie van persoonlijk-

- heidsstoornissen bij ouderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 816-820.
- van Alphen, S. P. J., van der Werff, S., van Reijswoud, B. E., Orbons, I., Videler, A. C., I., Debast, I., & Rossi, G. (in voorbereiding). Age-neutrality of the SCID-II: Differential item functioning in younger adults (aged 20-45) and older adults (aged 65+).
- van Alphen, S. P. J., van Dijk, S. D. M., Videler, A. C., Dierckx, E., Bouckaert, F., Rossi, G., & Oude Voshaar, R. C. (2015). Personality disorders in older adults: Emerging research issues. *Current Psychiatry Reports*, 17, 538-545.
- van Alphen, S. P. J., Videler, A. C., van Royen, R. J. J., & Verhey, F. R. J. (2009). Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen nader gespecificeerd voor ouderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 249-253.
- Van den Broeck, J., Rossi, G., Dierckx, E., & De Clercq, B. (2012). Age-neutrality of the NEO-PI-R: Potential differential item functioning in older versus younger adults. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 361-369.
- van der Heijden, P., Ingenhoven, T., Berghuis, H., & Rossi, G. (2011). *DSM-5 persoonlijkheidsvragenlijst (PID-5-NL): Nederlandstalige bewerking van: The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) – Adult (American Psychiatric Association)*. Boom.
- van Dijk, S. D. M., Derksen, J. J. L., Bouckaert, F., & van Alphen, S. P. J. (2018). Descriptieve & structurele diagnostiek. In S. P. J. van Alphen, R. C. Oude Voshaar, F. Bouckaert, & A. C. Videler (red.), *Handboek persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen* (pp. 37-51). De Tijdstroom.
- van Reijswoud, B. E., Debast, I., Videler, A. C., Rossi, G., Lobbestael, J., & van Alphen, S. P. J. (2020). Severity Indices of Personality Problems-Short Form (SIPP-SF) in old age psychiatry: Reliability and validity. *Journal of Personality Assessment*, 8, 1-9.
- Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C. C., Dolan, C., Busschbach, J. J. V., van der Kroft, P. J. A., Bateman, A. W., & Foa, P. (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): Development, factor structure, reliability, and validity. *Psychological Assessment*, 20, 23-34.
- Weertman, A., Arntz, A., & Kerkhofs, M. (1996). *Gestructureerd klinisch interview voor DSM-IV As II persoonlijkheidsstoornissen (SCID II)*. Swets & Zeitlinger.
- Wolk, R. L. (1971). *The Gerontological Apperception Test*. Human Sciences Press.