

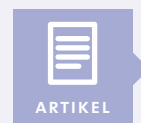
Handvatten voor differentiële diagnostiek bij autisme of persoonlijkheidsstoornis bij ouderen

A.C. VIDELER, E.C.J. DELESCEN, M.A. OUWENS

SAMENVATTING Autismespectrumstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen komen frequent voor, ook bij ouderen. De differentiële diagnostiek is complex, zeker wanneer bij een oudere patiënt het vermoeden bestaat op een niet eerder vastgestelde autismespectrum- of persoonlijkheidsstoornis. We bespreken twee casussen en beschrijven handvatten voor de differentiële diagnostiek bij ouderen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)5, 343-346

TREFWOORDEN autismespectrumstoornissen, ouderen, persoonlijkheidsstoornissen



Dat autismespectrumstoornissen (ASS) en persoonlijkheidsstoornissen (PS) ook bij ouderen relevante diagnoses zijn, is een recent inzicht. Bij beide stoornissen kunnen levensfasegebonden veranderingen het aanpassingsvermogen overschrijden, waardoor deze soms pas in de ouderdom manifest worden. Denk daarbij aan het ontregelende effect van het verlies van naasten en van sociale rollen, zorgafhankelijkheid, cognitieve stoornissen of opname in een instelling.

Als ouderen met ASS eerder met de psychiatrie in aanraking kwamen, werden andere diagnoses gesteld, terwijl ASS over het hoofd werden gezien (Geurts 2017). PS werden bij ouderen lange tijd ondergediagnosticeerd en onderbehandeld vanwege een ongegrond therapeutisch nihilisme: onderzoek toont aan dat cluster C-PS bij ouderen goed behandelbaar zijn met schematherapie (Videler e.a. 2017a) en andere studies zijn onderweg. Hoewel ASS niet behandelbaar zijn, biedt de diagnose wel nieuwe perspectieven (Videler e.a. 2017b). Patiënten begrijpen alsnog waarom ze anders waren. Familie krijgt meer begrip en kan rouwen om het gemis van wederkerigheid. Het is daarom belangrijk om de diagnoses ASS en PS ook bij ouderen adequaat te stellen.

Echter, soms lijken PS en ASS erg op elkaar en is de differentiële diagnostiek complex (de Koning & Fouwels 2005). Op descriptief niveau is er veel overlap tussen ASS en PS, vooral met de schizoïde, vermijdende en dwangmatige PS (Lugnegård e.a. 2012). Bovendien is het vaak lastig om zicht te

krijgen op de gehele levensloop van ouderen, wat de diagnostiek van ASS en PS compliceert en zeker het onderscheid tussen beide.

Autismespectrumstoornissen bij ouderen

DSM-5 definieert ASS als een patroon van blijvende beperkingen in de sociale communicatie en de sociale interactie én van beperkte en rigide patronen van gedrag, interesses en activiteiten (APA 2013). Deze symptomen zijn vanaf de jeugd aanwezig, maar kunnen pas manifest worden op latere leeftijd. De onvermogens bleven dan jarenlang onopgemerkt door aangeleerde gedragsstrategieën of een compenserend sociaal netwerk (Hitzert e.a. 2016). Lang werden ASS bij normaal begaafde volwassenen als zeldzaam beschouwd, maar ASS persisteren tot in de ouderdom met een prevalentie van 1% (Baxter e.a. 2015).

Diagnostiek van ASS begint met het verkennen van het huidige functioneren middels een anamnese en een heteroanamnese. De *Autism Quotiënt-NL*, een screeningsinstrument voor ASS bij volwassenen, is niet gevalideerd voor ouderen (Geurts 2017). De *Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst* (Barendse & Thissen 2006), ontwikkeld om gedragspatronen te meten die samenhangen met persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen, bleek recent bruikbaar als screeningsinstrument voor ASS bij ouderen (Heijnen-Kohl e.a. 2017), maar dit instrument heeft geen meerwaarde voor de differentiële diagnostiek van ASS en persoonlijkheidsstoornissen.

De multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen beveelt semigestructureerde interviews aan om beperkingen in de sociale communicatie, interactie en rigide gedragspatronen uit te vragen (Kan e.a. 2013), maar geen enkel instrument is gevalideerd voor ouderen. Als een betrouwbare ontwikkelingsanamnese onmogelijk is, wat geregeld voorkomt bij ouderen, mag een diagnose gesteld worden, mits de rest van het onderzoek wijst op ASS.

Persoonlijkhedstoornissen bij ouderen

PS worden gekenmerkt door persisterende, inflexibele en inadequate patronen van denken, voelen en handelen die het functioneren beperken (APA 2013). De prevalentie van PS bij ouderen is 8% (Schuster e.a. 2013). Volgens de DSM-5 zouden ook PS persisteren tot in de ouderdom. Toch is het beloop van PS minder stabiel (van Alphen e.a. 2015). Dit komt enerzijds doordat bijna een derde van de DSM-criteria gericht is op de sociale en beroepsmatige context van jongere volwassenen (Balsis e.a. 2007); anderzijds kan ook bij PS de omgeving compenserend werken, waardoor PS zich pas op latere leeftijd kunnen 'openbaren' door levensfase-specifieke veranderingen (van Alphen e.a. 2015).

Diagnostiek van PS volgens DSM-5 vindt bij volwassenen bij voorkeur plaats met interviews, waarbij de vragen zijn afgeleid van de DSM-criteria, zoals het *Gestructureerd diagnostisch interview voor DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen* (SCID-II; Weertman e.a. 2000). Hoewel dergelijke interviews minder betrouwbaar zijn bij ouderen, omdat vele DSM-criteria onvoldoende toegespitst zijn op de levensfase, is er geen beter alternatief dan het SCID-II of diens opvolger, het *Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 persoonlijkheidsstoornissen* (SCID-5-P), voorhanden.

Wij beschrijven twee ziektegeschiedenissen.

GEVALSBESCHRIJVINGEN

Patiënte A, een 73-jarige vrouw, werd verwezen voor een second opinion voor differentiële diagnostiek van PS of ASS vanwege een depressie. Ze was opgegroeid in een affectief verwaarlozend gezin en viel buiten de groep op school. Na de hbs werkte ze 21 jaar als administratief medewerkster. Toen ze werkloos werd op haar 39ste vanwege het faillissement van haar werkgever, werd zij depressief. Er volgden drie maanden klinische psychotherapie vanwege een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. Omdat ze deze opname als traumatisch ervoer, had ze nadien hulpverlening gemeden.

Patiënte leefde jaren als kluzenaar totdat ze een nieuwe daginvulling vond in het verzorgen van de tuin bij een kunstgalerie. Toen de eigenaresse overleed, viel ze opnieuw stil en wendde zich met een euthanasievraag tot haar huisarts.

AUTEURS

A.C. (ARJAN) VIDELER, psychotherapeut, gezondheidszorgpsycholoog, senior onderzoeker en manager behandelingen, PersonaCura, expertisecentrum voor persoonlijkheid & gedrag bij senioren, GGz Breburg; Tranzo, Tilburg University.

E.C.J. (KARIN) DELESCEN, ouderenpsychiater en psychotherapeut, PersonaCura, expertisecentrum voor persoonlijkheid & gedrag bij senioren, GGz Breburg.

M.A. (MACHTELD) OUWENS, gezondheidszorgpsycholoog en senior onderzoeker, PersonaCura, expertisecentrum voor persoonlijkheid & gedrag bij senioren, GGz Breburg; Tranzo, Tilburg University.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. A.C. Videler, Korvelseweg 187, 5025 JE, Tilburg.

E-mail: a.videler@ggzbreburg.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 10-10-2017.

De anamnese en heteroanamnese door een nichtje, die patiënte sinds 10 jaar kende, schetsten een vrouw die onzeker was in sociale contacten. Op het SCID-II werd voldaan aan de criteria van een vermijdende persoonlijkheidsstoornis. Bij het DSM-5-autisme-interview (Spek 2016) werd voldaan aan de gedragscriteria van ASS.

Tijdens de multidisciplinaire bespreking rees twijfel: was er nu sprake van ASS of een persoonlijkheidsstoornis? In een contra-expertise vroegen de eerste en tweede auteur door op de antwoorden op het autisme-interview. Patiënte had zich altijd anders gevoeld dan anderen. Langdurige relaties kon ze niet volhouden omdat ze niet wist wat te zeggen tegen anderen. Patiënte was niet bang voor afwijzing of kritiek, maar schoot in haar ogen steeds tekort. Op de vraag of ze vriendinnen miste, zei ze dat niet te weten, omdat ze nooit vriendinnen gehad had. Ze had haar leven twee keer na een grote verandering opgepakt en was nu niet van plan dat nogmaals te doen.

We besloten tot de diagnose ASS. Na de psycho-educatieve groep voor ouderen met ASS was de diagnose een verlossing. Ze kon aanvaarden dat sociale contacten niet bij haar pasten en dat rituelen haar rust gaven.

Patiënt B, een 67-jarige man bij wie 5 jaar geleden elders ASS en ADHD gediagnosticeerd waren, werd verwezen voor een second opinion vanwege twijfel aan de diagnose ASS. Patiënt was opgegroeid als geparentificeerd kind in een gezin met een moeder met multipole sclerose. Op de lagere school werd hij gepest. Na de mulo huwde hij en werkte

tot zijn 61ste in de financiële administratie tot hij uitviel vanwege diabetische retinopathie. Sindsdien werden meerdere behandelingen voor angstklachten opgestart, welke patiënt steeds voortijdig beëindigde.

Op het SCID-II werd voldaan een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis. Bij het autisme-interview werd voldaan aan de criteria van ASS. De angst- en onrustklachten waren echter eerder te duiden in het kader van ADHD met een gegeneraliseerde angststoornis bij extreme controlebehoefte. Een sprekend voorbeeld was dat patiënt in een groep van 40 mensen sterk overprikkeld werd, maar als hij zich voorstelde dat hij ze één voor één kort achter elkaar zou spreken, zou dit geen enkel probleem voor hem zijn. Voor mensen met ASS zou de onvoorspelbaarheid van de laatste optie juist belastend zijn.

We besloten tot een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis met comorbide ADHD en verwierpen de diagnose ASS. Patiënt werd daarna behandeld met schematherapie gericht op de persoonlijkheidsstoornis waarbij de angstklachten inmiddels sterk waren verbeterd.

DISCUSSIE

Bij deze gevalsbeschrijvingen bestond op descriptief niveau overlap tussen de symptomen van ASS en PS en repteerde twijfel over de differentiële diagnose. We adviseren om af te wegen of de gedragscriteria van een persoonlijkheidsstoornis te verklaren zijn vanuit ASS of dat er naast ASS-kenmerken andere persisterende patronen van denken en handelen zijn die door een persoonlijkheidsstoornis verklaard worden.

Qua instrumenten bevelen we aan om zowel het SCID-5-P als een autisme-interview af te nemen, ondanks de beperkingen hiervan bij ouderen.

Naast anamnese en gerichte interviews is de heteroanamnese zeer belangrijk. Zelfrapportage is immers niet altijd betrouwbaar vanwege veelvoorkomende problemen met het zelfinzicht en begripsproblemen bij vragen. Idealiter wordt de ontwikkelingsheteroanamnese uitgevraagd bij een informant die zicht heeft op de hele levensloop van de patiënt, zoals een broer of zus. Vanuit klinische ervaring lijken heteroanamnestiche gegevens van een naastbetrokkene die de patiënt meer dan 10 jaar kent voldoende, indien deze informatie kan geven over diverse levensgebieden.

Voorts is het van belang om de antwoorden niet alleen op de inhoud te beoordelen, maar vooral op de intentie, op wat ermee wordt bedoeld. Patiënten met ASS hebben vaak alleen cognitieve en concrete definities van concepten: 'inleven' is aan tranen zien dat iemand verdriet heeft. Ouderen hebben in de loop van het leven relatief genuanceerde definities ontwikkeld, maar deze zijn anders dan die van mensen zonder ASS. Bijvoorbeeld het concept 'vriend' betreft iemand die men wekelijks ziet bij het koor, bij de voornaam noemt en om hulp vraagt bij een probleem, maar wederzijds steunen en delen van emoties ontbreken. Bij diagnostische twijfel is bevragen op de wijze waarop de patiënt tot een antwoord komt, aangewezen. Vooral doorvragen naar vele concrete voorbeelden is daarbij nuttig.

CONCLUSIE

De differentiële diagnostiek van ASS en PS op latere leeftijd is complex, maar relevant. Het zo adequaat mogelijk stellen van de diagnose bij ouderen met ASS of PS is essentieel om een gefocuste behandeling te kunnen aanbieden waarvan niet alleen de patiënten zelf, maar ook hun familieleden zullen profiteren.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington: APA; 2013.
- Alphen SPJ van, van Dijk SDM, Videler AC, Rossi G, Dierckx E, Bouckaert F, e.a. Personality disorders in older adults: emerging research issues. *Curr Psychiatry Rep* 2015; 17: 1-7.
- Balsis S, Gleason ME, 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: 171-85.
- Barendse HPI, Thissen, AJC. Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst (HAP): handleiding. Den Bosch: Barendse & Thissen; 2006.
- Baxter AJ, Brugha TS, Erskine HE, Scheurer RW, Vos T, Scott JG. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychol Med* 2015; 45: 601-13.
- Geurts H. Autismspectrumstoornis en ADHD. In: Vink M, Kuin Y, Westerhof G, Lamers S, Pot AM, red. *Handboek ouderenpsychologie* (2e ed). Utrecht: De Tijdstroom; 2017. p 537-52.
- Heijnen-Kohl SMJ, Kok RM, Wilting RMHJ, Rossi G, van Alphen SPJ. Screening of autism spectrum disorders in geriatric psychiatry. *J Autism Dev Disord* 2017; 47: 2679-89.
- Hitzert B, Schmidt R, Geurts HM, van Alphen SPJ. Diagnostiek en behandeling van autismspectrumstoornissen bij ouderen: een expertstudie. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 854-62.
- Kan CC, Geurts HM, van den Bosch K, Forceville EJM, van Manen J, Schuurman CH, e.a. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismspectrumstoornissen bij volwassenen. Utrecht: De Tijdstroom; 2013.

- Koning MB de, Fouwels AJ. Stoornis van Asperger of persoonlijkheidsstoornis uit het A-cluster: differentiële diagnostiek bij een volwassen patiënt. Tijdschr Psychiatr 2005; 47: 707-11.
- Lugnegård T, Hallerbäck MU, Gillberg C. Personality disorders and autism spectrum disorders: what are the connections? Compr Psychiatry 2012; 53: 333-40.
- Spek AA. DSM-5 interview autisme-spectrumstoornis: semi-gestructureerd anamnestic interview ter beoordeling of er sprake is van een autismespectrumstoornis. 2016. <https://www.anneliesspek.nl/dsm-5-interview/>
- Schuster JP, Hoertel N, Le Strat Y, Manetti A, Limosin. Personality disorders in older adults: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Am J Geriatr Psychiatry 2013; 21: 757-68.
- Videler AC, van Alphen SPJ, Rossi G, van der Feltz-Cornelis CM, van Royen RJJ, Arntz A. Schema therapy in older adults: a multiple baseline case series. Aging Ment Health 2017a; doi: 10.1080/13607863.2017.1318260.
- Videler AC, Wijffels S, Delescen K. Herkennen van autisme bij ouderen. Huisarts Wet 2017b; 60: 235-37.
- Weertman A, Arntz A, Kerkhofs MLM. Gestructureerd diagnostisch interview voor DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen (SCID-II). Lisse: Swets Test Publishers; 2000.

SUMMARY

Autism or personality disorder in older adults? Guidelines for the differential diagnosis

A.C. VIDELER, E.C.J. DELESCEN, M.A. OUWENS

Autism spectrum disorders and personality disorders are common, also in the elderly. Differential diagnosis is complex, especially if an undiagnosed autism spectrum disorder or personality disorder is suspected. We discuss two cases and conclude the article with suggestions for the differential diagnosis.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)5, 343-346

KEY WORDS autism spectrum disorders, elderly, personality disorders