

Ingezonden

Reactie op 'De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen kritisch bekeken'

In het *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 866-874, geven Rinsma en Colon een beschouwing over de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Uit deze beschouwing komt naar voren hoe complex deze materie is. Wij hebben de indruk dat de bijdrage van bovengenoemde auteurs niet overal voldoende recht doet aan deze complexiteit. In deze bijdrage bekijken wij dan ook kritisch de bijdrage die als titel heeft: 'De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen kritisch bekeken'.

Het schaarse onderzoek over deze problematiek is weinig consistent, zo geven de auteurs ook zelf aan. Zo is uit de tabel op pagina 867 af te lezen dat cluster A-persoonlijkheidsstoornissen bij 0,0% van de 60+'ers van de bevolking voorkomt (Cohen 1994), terwijl voor de klinische populatie maar liefst 28% wordt aangegeven (Molinari 1994). Wij vinden het bedenkelijk om op basis van dit soort materiaal conclusies te trekken. Het door de auteurs gestelde, dat uit de tabel zou blijken dat de prevalentie van het A-cluster bij ouderen hoger is dan bij jongere volwassenen, is bovendien onjuist wanneer we het cijfermateriaal van Cohen beschouwen (0,0% ouderen vs. 0,1% jongere volwassenen). De verwarring wordt compleet wanneer één pagina verder Rinsma en Colon aangeven dat cluster A een verloop laat zien dat weinig van de leeftijd afhankelijk is.

Het gestelde op pagina 869 (onder 'Generatieverschillen') moet op een vergissing bij de auteurs berusten. Bedoeld is hier waarschijnlijk dat *longitudinaal* onderzoek niet verricht is. *Cohortonderzoek* is, zij het in zeer bescheiden mate, juist wel verricht. Daarvan komen namelijk de gegevens in de bovengenoemde tabel. Overigens bieden deze inderdaad geen uitsluitsel of het leeftijdseffecten betreft of generatie-effecten.

Op pagina 870 geven de auteurs aan dat validiteit en betrouwbaarheid van de diverse PS-categorieën een probleem vormen. Verder ha-

len zij Abrams (1996) aan, die stelt dat het DSM-systeem het stellen van een PS-diagnose op oudere leeftijd ontmoedigt. Dit is gemakkelijk aantoonbaar, alleen al door het gegeven dat ouderen op een aantal criteria van de DSM per definitie niet positief kunnen scoren. Dat geldt bijvoorbeeld voor items die een werksituatie betreffen. Ook volgens de auteurs zijn de criteria niet steeds op de levenssituatie en de belevingswereld van de oudere toegesneden. De conclusie bij de discussie op pagina 871: 'Er zijn geen aanwijzingen gevonden voor tekortschietende diagnostiek' wekt bij ons dan ook de nodige verbazing en kan dan ook niet correct zijn.

Op pagina 872, 8e regel, stellen de auteurs dat in plaats van het creëren van de term 'late onset-PS' 'persoonlijkheidsstoornis in remissie' duidelijker is. Wordt hier bedoeld dat de laatste term equivalent is met de eerste? Zo ja, dan is dit onjuist. Immers, met late onset-persoonlijkheidsstoornis wordt bedoeld een persoonlijkheidsstoornis die duidelijk wordt op hogere leeftijd, terwijl met het tweede bedoeld wordt een persoonlijkheidsstoornis die bij het ouder worden juist minder zichtbaar wordt. Wanneer de interpretatie moet zijn dat het eerste niet bestaat en het tweede wel, dan is dat niet gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek.

Tot slot: in de samenvatting op pagina 866 staat het volgende: 'De veronderstelling dat vooral falende diagnostiek verantwoordelijk is voor de lage prevalentiecijfers lijkt niet juist'. Het is juist deze zin die ons inziens dringend correctie behoeft, aangezien het artikel zelf juist aanwijzingen lijkt te geven voor het tegendeel! Het moge duidelijk zijn dat een dergelijke onjuiste conclusie verstreckende gevolgen heeft voor de wetenschappelijke en klinische praktijk van het onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.

Literatuur

- Abrams, R.C., & Horowitz, S.V. (1996). Personality disorders after age 50: A meta-analysis. *Journal of Personality Disorder*, 10, 271-281.
- Cohen, B.J., Nestadt, G., Samuels, J.F., e.a. (1994). Personality disorder in later life: A community study. *British Journal of Psychiatry*, 165, 493-499.
- Molinari, V., Ames, A., & Essa, M. (1994). Prevalence of personality disorders in two geropsychiatric inpatient units. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 7, 209-215.

G.J.J.A. Engelen, klinisch geronto-psycholoog
S.P.J. van Alphen, geronto-psycholoog

Antwoord aan Engelen en Van Alphen

Wij zijn Engelen en Van Alphen erkentelijk voor hun kritische reactie

op onze bijdrage in het *Tijdschrift voor Psychiatrie* van november jl.: 'De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen kritisch bekeken'. We zijn het met hen eens dat in haar noodzakelijke beperktheid onze bijdrage nauwelijks voldoende recht heeft kunnen doen aan de complexiteit van de beschreven materie. Daardoor kwamen we tot de inderdaad te weinig genuanceerde verklaring dat uit tabel 1 zou blijken dat cluster A-persoonlijkheidsstoornissen (PS) bij ouderen vaker voorkomen dan bij jongere volwassenen, terwijl dit alleen is beschreven voor een klinische populatie (Molinari 1994). Overigens is dit nog niet in strijd met het gegeven dat het beloop van de cluster A-PS weinig van de leeftijd afhankelijk is. Immers, door oversterfte in het B-cluster treedt selectie op van ouder wordende cohorten. Bij transversaal onderzoek kan een relatief verschil dan voor een absoluut verschil worden aangezien. De cijfers in tabel 1 stammen van transversaal onderzoek en niet van cohortonderzoek. Op pagina 869 was het mogelijk duidelijker geweest om meer op longitudinaal dan op cohortonderzoek te duiden, hoewel cohortonderzoek dat doorloopt tot in de ouderdom ook nog nimmer verricht is voor waar het PS betreft.

Wij onderschrijven, zoals uit ons artikel blijkt, de mening van Engelen en Van Alphen dat er sprake kan zijn van onderdiagnostiek van PS bij ouderen. Dit lijkt vooral voor het B-cluster op te gaan. Er kan echter ook overdiagnostiek optreden, zoals bovenaan pagina 871 is betoogd, bijvoorbeeld bij de cluster A-PS. De falende diagnostiek geldt waarschijnlijk dus niet alleen het B-cluster; over beide andere clusters vonden we in de literatuur echter geen gegevens. Wat wij hebben willen stellen is dit: 'Er zijn geen aanwijzingen gevonden voor tekortschietende diagnostiek speciaal voor het B-cluster'. Met betrekking tot onderdiagnostiek in cluster B is echter, zoals Engelen en Van Alphen beweren, het niet kunnen scoren op items betreffende werk niet aan de orde. Twee van dergelijke items kunnen uitsluitend bij C-cluster-PS worden gescoord. Het is dus uiterst moeilijk hard te maken welke rol diagnostiek speelt bij de prevalentiecijfers van PS bij ouderen. In de samenvatting van ons artikel hebben we daarom vermeld dat het niet juist lijkt te beweren dat *vooral* falende diagnostiek de lagere prevalentiecijfers verklaart. De verklaring is complexer. Voorts betwijfelen wij of het verstandig is om voor ouderen andere criteria te hanteren dan voor jongere volwassenen, anders dan een toevoeging welke de voor ouderen typische levenssituatie beschrijft. Voor adolescenten geldt naar onze mening hetzelfde. De verschillende leeftijdsgroepen zouden namelijk wat betreft PS-diagnosen niet meer vergelijkbaar zijn, aldus afbreuk doend aan een belangrijk voordeel van de DSM-classificatie.

Tot slot willen we hier kort toelichten waarom we denken dat het beter is om een specificatie van een PS mogelijk te maken ('PS in remissie') dan om een nieuwe diagnose 'late onset'-PS te creëren. Het gaat dus om twee verschillende concepten. De kern van een PS is dat

vanaf ten minste de vroege volwassenheid een zodanig afwijkend patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen aanwezig is dat dit duurzaam en pervasief het functioneren beperkt of lijden veroorzaakt. Dit vroege begin is theoretisch onderbouwd (Stone 1993; Gabbard 1994) en is een afspraak binnen het DSM-systeem. 'Late onset' betekent dat er nooit een PS aanwezig is geweest, en dit lijkt ons in strijd met het wezen van een PS. Een bijkomend bezwaar is de moeilijke differentiatie van As I-pathologie. PS in remissie houdt in dat de PS in de vroege volwassenheid aanwezig is geweest en later door 'binding agents' (compensatiemechanismen in de vorm van cognitieve vaardigheden, sociale relaties en rollen) in remissie is gegaan. Op oudere leeftijd kan door het wegvallen van deze 'binding agents' de PS weer zichtbaar worden (Rosowski & Gurian 1992). PS in remissie is een diagnose die vooral in de volwassenheid gesteld zal kunnen worden. Bij ouderen kan in dat geval retrospectief een indicatie worden gevonden dat een de novo ontstane PS in feite een herleven is van een PS die in remissie is geweest.

Het is mogelijk dat ten gevolge van het noodzakelijkerwijs beknopt houden van ons artikel de duidelijkheid hier en daar iets te lijden heeft gehad. Wij hopen dat we de vragen en opmerkingen van Engelen en Van Alphen naar tevredenheid hebben beantwoord.

Literatuur

- Gabbard, G.O. (1994). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. American Psychiatric Press, Inc.
- Molinari, V., Ames, A., & Essa, M. (1994). Prevalence of personality disorders in two geropsychiatric inpatient units. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 7, 209-215.
- Rosowsky, E., & Gurian, B. (1992). Impact of borderline personality disorder in late life on systems of care. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 386-389.
- Stone, M.H. (1993). *Abnormality of personality*. New York/Londen: W.W. Norton and Company.

E.S. Rinsma, arts-assistent psychiatrie i.o.
Prof. dr. E.J. Colon, zenuwarts, opleider SEG