

De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen kritisch bekeken

door E.S. Rinsma en E.J. Colon

Samenvatting

Uit literatuuronderzoek blijkt dat er nog geen duidelijkheid bestaat of persoonlijkheidsstoornissen bij het ouder worden minder gaan voorkomen. Wel wijzen prevalentiecijfers op een afname van de cluster B-groep. Er is echter geen longitudinaal onderzoek verricht dat doorloopt tot in de ouderdom. In dit artikel worden mogelijke verklaringen beschreven voor de lagere prevalentiecijfers, zoals beloop van persoonlijkheidsstoornissen, cohorteffecten en diagnostiek. De veronderstelling dat vooral falende diagnostiek verantwoordelijk is voor de lage prevalentiecijfers lijkt niet juist.

Er wordt ingegaan op problemen in de diagnostiek en er worden enkele aanbevelingen gedaan om As II van de DSM meer van toepassing te maken op de oudere met persoonlijkheidspathologie. Er lijkt plaats voor de diagnose 'persoonlijkheidsstoornis in remissie'.

Inleiding

Recente studies tonen aan dat de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen (PS) bij ouderen lager is dan bij volwassenen (Cohen e.a. 1994; Ames en Molinari 1994). Sommige auteurs betwijfelen dit echter (Abrams en Horowitz 1996; Sadavoy en Fogel 1992). Ten eerste kunnen PS met het ouder worden werkelijk afnemen door een gunstig beloop. Daarnaast is selectieve sterfte een mogelijke oorzaak. Een tweede verklaring is dat er generatieverschillen bestaan. Er zijn aanwijzingen dat de cluster B-PS in jongere cohorten meer voorkomen. Door transversaal onderzoek wordt zo de schijn gewekt dat dit cluster minder voorkomt in de oudere leeftijdsgroepen. Een derde mogelijke verklaring is dat de diagnostiek in het algemeen en in het bijzonder bij oudere patiënten tekortschiet. DSM vereist onder meer dat de persoonlijkheidspathologie ten minste terug te voeren is tot de vroege volwassenheid. Dit is bij ouderen dikwijls moeilijk vast te stellen. Een ander probleem in het classificeren is het gegeven dat sommige criteria

niet van toepassing zijn op de levenssituatie van ouderen, waardoor minder snel het vereiste aantal criteria bereikt wordt.

Via Medline en PsycLit is vanaf 1986 nagegaan wat er bekend is over het voorkomen van PS bij ouderen. In dit artikel zal, met de prevalentiecijfers als startpunt, achtereenvolgens ingegaan worden op het beloop van PS bij het ouder worden, op generatieverschillen en op problemen bij de diagnostiek.

Prevalentiecijfers

In tabel 1 worden de prevalentiecijfers van PS bij volwassenen en ouderen weergegeven, onderverdeeld naar steekproefpopulatie. Van twee studies worden behalve de totaalcijfers ook de cijfers per cluster gegeven. Uit deze tabel komt naar voren dat de prevalentie van het B-cluster bij ouderen lager is en die van het A-cluster hoger. De kans op een PS-diagnose bleek in de meta-analyse van Abrams en Horowitz (1996) voor ouderen en jongeren statistisch niet te verschillen.

Een beperking van het onderzoek is dat de cijfers nauwelijks generaliseerbaar zijn, omdat ze door verschillen in onderzoekspopulatie, gebruikte instrumenten en As I-comorbiditeit en door socioculturele factoren (Hellinga 1994) uiteenlopen.

Tabel 1: Percentage voorkomen PS bij volwassenen en ouderen

Populatie	Auteur	Volw.	60+
Bevolking	Cohen e.a. (1994)	10,5	6,6
	– cluster A	0,1	0,0
	– cluster B	6,8	2,2
	– cluster C	3,8	4,3
	Ames en Molinari (1994)	17,9	13
Poliklinisch	Mezzich e.a. (1987)	22	6
	Thompson e.a. (1988)		33
Klinisch	Casey en Schrodtt (1989)	30	7
	Molinari e.a. (1994)	51	56
	– cluster A	11	28
	– cluster B	53	23
	– cluster C	32	41
	Speer en Bates (1992)		30
Depressie	Fogel en Westlake (1990)	17	11
	Vine en Steingart (1994)		33
	Kunik e.a. (1994)		24
Meta-analyse	Abrams en Horowitz (1996)	21	10

Verloop van PS van volwassenheid tot in ouderdom

De meeste verloopstudies gaan over de PS van cluster B. Er zijn geen onderzoeken verricht die doorlopen tot in de ouderdom. Dit is alleen gedaan met persoonlijkheidstrekken. Paris (1996) beschrijft het verband tussen persoonlijkheidstrekken (dimensionele grootheden) en PS (een classificatie). Daardoor is met enig voorbehoud extrapolatie van gegevens over het verloop van PS naar de ouderdom mogelijk.

Persoonlijkheidstrekken – Uit transversaal onderzoek zijn verschillen tussen jongeren en ouderen naar voren gekomen die later op generatieverschillen bleken te berusten (Field 1991). In longitudinaal onderzoek overheerst stabiliteit van basale trekken (zie bijvoorbeeld het vijf-factorenmodel van Costa en McCrae (1992)). Wel worden een afname in activiteit, impulsiviteit en agressiviteit en een toename in achterdocht en introversie (Agronin 1994) gezien.

Field en Millsap (1991) beschrijven een cohortonderzoek bij ouderen tot boven 85 jaar over een periode van veertien jaar, gericht op factoren die vergelijkbaar zijn met die van Costa en McCrae. Met de ANOVA-procedure bleek dat 'extraversion, intellect, energetic' een significante afname lieten zien bij de 'oldest-old' (boven 85 jaar); 'intellect' nam alleen bij mannen af; 'agreeableness' nam voor de 75- tot 85-jarigen toe. 'Satisfaction' was de meest stabiele factor.

Persoonlijkheidsstoornissen – Wat betekent bovenstaande nu voor het verloop van PS tijdens het ouder worden? Paris (1996) veronderstelt dat in de kern van de persoonlijkheid temperamentskenmerken aanwezig zijn die onder invloed van sociaal leren tot persoonlijkheidstrekken uitgroeien. Door biopsychosociale factoren kan een uitvergroting van deze trekken ontstaan resulterend in een PS, terwijl protectieve factoren als een buffer de ontwikkeling van een PS kunnen tegengaan. De werkzaamheid van dergelijke factoren bij ouderen is door meerdere auteurs beschreven en zou kunnen maken dat een PS milder of juist erger wordt, ook als de kern van de persoonlijkheid stabiel blijft (Sadavoy en Fogel 1992).

Cluster A laat een verloop zien dat weinig van de leeftijd afhankelijk is (Sadavoy en Fogel 1992; Howard en Bergmann 1993). Sommige auteurs scharen dit cluster onder de zogenaamde *rijpe PS*, die met het ouder worden niet meer veranderen (Howard e.a. 1992). De schizotypische PS zou nauwelijks een gunstiger verloop hebben dan schizofrenie (Stone 1993).

Van *cluster B* worden de meest duidelijke veranderingen beschreven. PS van dit cluster worden door sommige auteurs gerekend tot de groep van de *onrijpe PS*, die met het ouder worden 'uitrijpen' en daardoor minder pregnant worden. Een andere factor die bijdraagt tot

een daling in cluster B, is de verhoogde mortaliteit in deze groep. Bij borderline-patiënten is beschreven dat na ruim zestien jaren 9% zich had gesuïcideerd (Stone 1993). Verder kan riskant gedrag, zoals verslavingen of roekeloos rijgedrag, een oorzaak zijn. Abrams (1995) wijst op toename van PS-trekken uit het B-cluster vanaf 60 jaar, Stone (1993) op een toename van borderlinetrekken na het 40e. Volgens Sadavoy (1987) is een dergelijke toename te begrijpen uit de invloed van voor ouderen specifieke stressfactoren, vooral die met een verlieskarakter.

Patiënten met een borderline-PS kunnen in de loop van hun leven een vorm van stabiliteit of een manier van coping vinden, bijvoorbeeld in werk en relaties, waardoor niet meer van een PS gesproken kan worden. Ook wordt wel een associatie verondersteld tussen de dopamineafname in de hersenen en de vermindering bij ouderen in 'novelty seeking', een van de temperamentsfactoren die door Cloninger zijn beschreven (Sadavoy en Fogel 1992).

Het verloop van de antisociale PS is uitgebreid onderzocht, echter alleen tot de middenvolwassenheid. Stone (1993) noemt de prognose zoals deze uit de meeste follow-up-studies komt slecht en de levensloop ongunstig. Andere auteurs vinden een afname van crimineel gedrag (Paris 1996).

In studies over de narcistische en theatrale PS zijn evenmin ouderen betrokken. Bij narcistische personen lijkt zich een tweedeling voor te doen: de 'geslaagde narcist', die gestelde doelen in het leven redelijk bereikt heeft, en degene die weinig heeft bereikt, verlieservaringen te verwerken krijgt en dan wordt overvallen door gevoelens van mislukking en wrok (Agronin 1994).

Van *cluster C*, de meest voorkomende groep, is het minste bekend. Er zijn aanwijzingen dat de obsessief-compulsieve PS tijdens ouder worden stabiel blijft of verergert (Agronin 1994; Coolidge 1992). Afhankelijke en ontwijkende PS komen veel voor bij ouderen (Abrams e.a. 1987; Fogel en Westlake 1990). In welke mate ze bij volwassenen voorkomen is echter niet duidelijk. Misschien komen personen met afhankelijke trekken pas tijdens het ouder worden in beeld, omdat ze dan werkelijk hulpbehoevend worden (Sadavoy 1987).

Generatieverschillen

Cohortonderzoek naar het verloop van PS tot in de ouderdom is tot op heden niet verricht. Dit betekent dat niet met zekerheid is vast te stellen of de verschillen in prevalentie een leeftijdseffect zijn of een generatie-effect. Het is mogelijk dat, in plaats van uitdoving tijdens het ouder worden, een PS in de jongere cohorten juist vaker voorkomt. Een dergelijk cohorteffect is aangetoond voor de antisociale PS en wordt verondersteld bij de borderline-PS (Paris 1996). Paris voert twee moge-

lijke verklaringen aan: toename in frequentie van psychologische risicofactoren, zoals vroege separatie of verlies van ouders en falend ouderschap, en veranderingen in de sociale structuur van de samenleving. Een stabiele sociale structuur kan dienen als een buffer in de werkzaamheid van ongunstige gezinsfactoren op de persoonlijkheidsvorming. In de laatste decennia ontstond een sociale verandering met afbraak van traditionele normen en waarden (anomie). De constitutioneel kwetsbaren, die bovendien in ongunstige gezinsomstandigheden hebben geleefd, lopen daardoor in de huidige samenleving het risico een PS te ontwikkelen.

Ouderen zijn in een meer traditionele samenleving opgegroeid. De sociale structuur was duidelijker, en afhankelijk en ontwijkend gedrag werd als consoliderend voor deze structuur beschouwd en meer gewaardeerd dan impulsief en autonoom gedrag. Dit kan verklaren waarom het B-cluster minder en het C-cluster meer voorkomt bij oudere in vergelijking met jongere cohorten.

Diagnostiek

De validiteit van de diverse PS-categorieën is evenals het betrouwbaar classificeren een probleem (Paris 1996). Er is bijvoorbeeld overlap tussen de categorieën, en één categorie kan door de polythetische benadering van de DSM verschillende beelden behelzen. McDavid en Pilkonis (1996) hebben aangetoond dat de stabiliteit van PS-diagnosen beperkt wordt door de betrouwbaarheid van de gebruikte onderzoeksinstrumenten.

Meerdere auteurs hebben de lage prevalentiecijfers van PS bij ouderen in twijfel getrokken. Abrams en Horowitz (1996) komen bij een meta-analyse tot een gemiddelde prevalentie bij ouderen van 10% en concluderen dat er noch bewijs vóór noch tégen een lagere prevalentie is. Zij zijn van mening dat het DSM-systeem het stellen van een PS-diagnose op oudere leeftijd ontmoedigt, aangezien een stabiel verloop vanaf ten minste de vroege volwassenheid vereist wordt. Dit impliceert een anamnese over een tijdsspanne van meer dan veertig jaren.

Sadavoy en Fogel (1992) vestigen de aandacht op symptoomverschuiving tijdens het ouder worden bij patiënten met een cluster B-PS van extern naar meer intern gericht. Hierdoor kan ten onrechte de indruk ontstaan dat de persoonlijkheidspathologie milder wordt. Rosowsky en Gurian (1992) wijzen op de andere presentatie van verschijnselen van een borderline-PS, met als gevolg dat deze PS met de gebruikelijke meetinstrumenten op oudere leeftijd dikwijls niet wordt gediagnosticeerd. Zij stellen geriatrische varianten van enkele criteria voor. Ook bij andere PS speelt het probleem dat criteria niet steeds op de levenssituatie en de beleavingswereld van de oudere mens zijn toegesneden. Een oudere met antisociale trekken bijvoorbeeld zal minder

snel dan een jongvolwassene voldoen aan het criterium '... het bij herhaling komen tot vechtpartijen of geweldpleging'. Een andere oudere zal eerder en ten onrechte kunnen voldoen aan het schizoïde-criterium 'lijkt onverschillig voor lof en kritiek'.

Een probleemgebied betreft ook de bij ouderen pregnante samenhang tussen 'state' en 'trait'-aandoeningen. Op het samengaan van een chronisch verlopende, slecht herstellende depressie met persoonlijkheidsproblematiek is door meerdere auteurs gewezen (Abrams en Horowitz 1996; Vine en Steingart 1994).

Discussie

De in de inleiding vermelde indruk van een lagere prevalentie van PS bij ouderen blijft na weging van alle beïnvloedende factoren bestaan, met dien verstande dat deze alleen het B-cluster betreft. De meest aanneemelijke verklaring lijkt ofwel een reële afname door een gunstig verloop of juist een fatale afloop te zijn, ofwel een relatieve afname ten opzichte van jongere cohorten, die de laatste decennia een toenevende prevalentie laten zien. Opgemerkt moet worden dat het meeste onderzoek naar verloop en risicofactoren bij cluster B is gedaan; over de andere clusters is minder bekend. Het is bijvoorbeeld niet duidelijk of cluster C-PS veranderen. Voor het gelijk blijven, wellicht toemenen van het A-cluster is wel een verklaring. Deze kan pathogenetisch samenhangen met een bij het ouder worden beschreven (functie)verlies van neuronen in diverse hersenregio's (Agronin 1994) en een afname van neurotransmitters en neuropeptiden (Victoroff 1995); door verminderde sensorische functies en een achteruitgang in de verwerking van nieuwe en complexe informatie zou achterdocht blijven bestaan.

Er zijn geen aanwijzingen gevonden voor tekortschietende diagnostiek, speciaal voor het B-cluster.

Toch is het probleem van de diagnostiek bij oudere patiënten wezenlijk, vooral als een As I-stoornis onvoldoende herstelt. Behalve hersenpathologie moet dan ook persoonlijkheidspathologie overwogen worden. Sadavoy en Fogel (1992) en Abrams (1995) opperen de mogelijkheid van het bestaan van een 'late onset'-PS, die op basis van subklinische persoonlijkheidspathologie in de volwassenheid door interne of omgevingsfactoren in de ouderdom klinisch zichtbaar wordt. Door deze categorie in de DSM op te nemen is voor het vaststellen van een PS niet meer een aantoonbaar verloop vanaf de vroege volwassenheid een vereiste. Er moet differentiaaldiagnostisch onderscheid gemaakt worden met een persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening, een aan een middel gebonden stoornis, een aanpassingsstoornis en een depressie.

Tot slot nog enkele aanbevelingen voor de dagelijkse praktijk. Om

te beginnen is het belangrijk om te bedenken dat een PS die tijdens het leven milder is geworden, in de ouderdom weer kan verergeren. Na verlies van de partner, na een verhuizing of een ziekenhuisopname kan een slecht herstellende As I-stoornis een signaal zijn van een onderliggende PS. Mogelijk is het zinvol om in de DSM de diagnostische criteria voor een PS in zoverre aan te passen dat niet per se een ononderbroken verloop vanaf de vroege volwassenheid behoeft te worden aangetoond. In plaats van het creëren van een nieuwe diagnose 'late onset'-PS lijkt 'persoonlijkheidsstoornis in remissie' duidelijker. De PS zou dan na passagère aanwezigheid in adolescentie of vroege volwassenheid op latere leeftijd opnieuw zichtbaar worden. De criteria voor PS dienen voor ouderen een toevoeging te krijgen die is toegesneden op hun levenssituatie.

Als laatste punt kan gewezen worden op de invloed van de sociale structuur op de expressie van een PS. Aandacht voor de omgeving van de oudere met een PS is in twee opzichten belangrijk, ten eerste bij het omgaan met de oudere (bijv. psycho-educatie) en ten tweede door aanpassing van de omgeving bij pathologische persoonlijkheidstrekken (een oudere met schizoïde trekken zal slecht aarden in een verzorgingshuis).

PS zijn bij ouderen een veel voorkomende stoornis (Abrahams en Horowitz 1996), waarvoor diagnostiek en behandeling nog maar nauwelijks ontwikkeld zijn.

Speciale dank gaat uit naar de heer J.M. Lübeck, bibliothecaris, voor zijn hulp bij het vinden van de literatuur.

Literatuur

- Abrams, R.C., G.S. Alexopoulos en R.C. Young (1987), Geriatric depression and DSM-III-R personality disorder criteria. *Journal of the American Geriatrics Society*, 35, 383-386.
- Abrams, R.C. (1995), Geriatric psychiatry: personality disorders. In: H.I. Kaplan en B.J. Sadock (red.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*/VI. Williams and Wilkins, p. 2574-2576.
- Abrams, R.C., en S.V. Horowitz (1996), Personality disorders after age 50: a meta-analysis. *Journal of Personality Disorders*, 10, 271-281.
- Agronin, M.E. (1994), Personality disorders in the elderly: an overview. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 151-191.
- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington DC.
- Ames, A., en V. Molinari (1994), Prevalence of personality disorders in community-living elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 7, 189-194.
- Casey, D.A., en C.J. Schrodt (1989), Axis II diagnoses in geriatric inpatients. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 2, 87-88.
- Cohen, B.J., G. Nestadt, J.F. Samuels e.a. (1994), Personality disorder in later life: a community study. *British Journal of Psychiatry*, 165, 493-499.

- Coolidge, F.L., E.M. Burns, J.H. Nathan e.a. (1992), Personality disorders in the elderly. *Clinical Gerontologist*, 12, 41-55.
- Costa, P.T., en R.R. McCrae (1992), The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6, 343-359.
- Field, D. (1991), Continuity and change in personality in old age- evidence from five longitudinal studies: introduction to a special issue. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, 271-274.
- Field, D., en R.E. Millsap (1991), Personality in advanced old age: continuity or change? *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, 299-308.
- Fogel, B.S., en R. Westlake (1990), Personality disorder diagnoses and old age in inpatients with major depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 232-235.
- Hellinga, G. (1994), Over de culturele gebondenheid van As II van DSM-III-R. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 20-31.
- Howard, R., en K. Bergmann (1993), Personality disorders in old age. *International Review of Psychiatry*, 5, 469-475.
- Kunik, M.E., B.H. Mulsant, A.H. Rifai e.a. (1994), Diagnostic rate of comorbid personality disorder in elderly psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 603-605.
- McDavid, J.D., en P.A. Pilkonis (1996), The stability of personality disorder diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 10, 1-15.
- Mezzich, J.E., Jr.H. Fabrega, G.A. Coffman e.a. (1987), Comprehensively diagnosing geriatric patients. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 68-76.
- Molinari, V., A. Ames en M. Essa (1994), Prevalence of personality disorders in two geropsychiatric inpatient units. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 7, 209-215.
- Paris, J. (1996), *Social factors in the personality disorders*. Cambridge University Press.
- Rosowsky, E., en B. Gurian (1992), Impact of borderline personality disorder in late life on systems of care. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 386-389.
- Sadavoy, J. (1987), Character pathology in the elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 165-178.
- Sadavoy, J., en B. Fogel (1992), Personality disorders in old age. In: J.E. Birren (red.), *Handbook of Mental Health and Aging*, Second Edition, p. 433-462.
- Speer, D.C., en K. Bates (1992), Comorbid mental and substance disorders among older psychiatric patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40, 886-890.
- Stone, M.H. (1993), *Abnormalities of personality*. W.W. Norton and Company, New York/Londen, p. 131-152.
- Victoroff, J. (1995), Geriatric psychiatry: central nervous system changes. In: H.I. Kaplan en B.J. Sadock (red.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*/VI. Williams and Wilkins, p. 2539-2545.
- Vine, R.G., en A.B. Steingart (1994), Personality disorder in the elderly depressed. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 392-398.

Summary: Critical comments on the prevalence of personality disorders in the elderly

A review of the literature has made it clear that there is still little insight in the prevalence of personality disorders in the elderly. Prevalence rates seem to decrease only in the group of cluster B. However, no longitudinal studies continuing in old age have been carried out. In this publication explanations are given for the low prevalence

rates, such as the course of personality disorders, cohort effects and diagnosing. There seems to be little evidence that shortcomings in diagnosing are the main cause of the low rates. Problems in the diagnostic process are illustrated and some recommendations are made in order to adjust axis II of DSM to the lifecircumstances of the elderly. It would be appropriate to make it possible to diagnose 'personality disorder in remission'.

De auteurs zijn respectievelijk assistent in opleiding (SEG, Deventer en Almelo) en leeropdrachthouder gerontopsychiatrie (RUG, B)/opleider (SEG). Correspondentie-adres: drs. E.S. Rinsma, Brucknerlaan 12, 7522 JV Enschede.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 11-7-1997.