

DSM-5-classificatie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen

S.P.J. VAN ALPHEN, G. ROSSI, E. DIERCKX, R.C. OUDE VOSHAAR

- ACHTERGROND** Ondanks de consensus dat persoonlijkheidsstoornissen een belangrijk terrein binnen de ouderenpsychiatrie vormen, wordt er in de DSM-5 relatief weinig aandacht besteed aan deze psychische stoornis bij ouderen.
- DOEL** Bespreking van een drietal aspecten van persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-5 in relatie tot ouderen.
- METHODE** Kritische beschouwing.
- RESULTATEN** Ten eerste stellen we het onderbrengen van 'persoonlijksverandering door een somatische aandoening' bij het DSM-5 hoofdstuk over persoonlijkheidsstoornissen ter discussie omdat het eerder gaat om een persisterende gedragsstoornis. Ten tweede pleiten we voor de introductie van persoonlijkheidsstoornissen met specificatie 'laat ontstaan' in een herziene versie van DSM-5. Ten derde benadrukken we om in het onderzoekprogramma naar het alternatieve DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen ook ouderen meer te betrekken. Daarnaast is onderzoek gewenst naar de constructvaliditeit en de discriminante validiteit van de 'persoonlijksverandering door een somatische aandoening', alsmede naar de 'laat-ontstane persoonlijkheidsstoornis'.
- CONCLUSIE** De beschrijving van de sectie persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-5 is vol van tegenstrijdigheden. Dit lijkt het gevolg van een overgangperiode tussen de oude categoriale (DSM-IV-)indeling en een nieuwe, meer dimensionale benadering van persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-5. Deze periode zou echter optimaal benut kunnen worden door onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen ook bij ouderen meer op de kaart te zetten.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)12, 816-820

TREFWOORDEN DSM-5, laat-ontstane persoonlijkheidsstoornis, ouderen, persoonlijkheidsstoornissen



In de nieuwe *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; APA 2013) is in het hoofdstuk over persoonlijkheidsstoornissen de oude DSM-IV-indeling (APA 1994) integraal overgenomen ondanks de kritiek op deze categoriale wijze van rubriceren (o.a. Widiger & Trull 2007). Gezien de diagnostische heterogeniteit binnen de categorieën en de veelvuldige comorbiditeit werd namelijk gepleit voor een meer dimensionale aanpak.

Een persoonlijkheidsstoornis wordt gedefinieerd als een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen welke binnen de cultuur van de betrokkene duidelijk afwijken van de verwachtingen. Hierbij wordt benadrukt dat het begin ten minste ligt in de adolescentie en/of vroege

volwassenheid, met tevens een mogelijk persisterend beloop en daarmee chroniciteit van onaangepaste persoonlijkheidstrekken tot op oudere leeftijd (APA 1994; 2014).

Hoewel in de DSM-5 nergens leeftijdsspecifieke criteria voor ouderen met persoonlijkheidsstoornissen zijn opgenomen, zijn drie aspecten in deze nieuwe editie toch bijzonder relevant voor de ouderenpsychiatrie. Het eerste aspect betreft de persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening, het tweede een nuancering van het duurzame patroon van afwijkende innerlijke ervaringen en gedragingen en het derde betreft het alternatieve model voor persoonlijkheidsstoornissen gepresenteerd in deel III

van de DSM-5. In dit artikel geven wij een kritische beschouwing van deze drie aspecten.

Persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening

In de DSM-IV (APA 1994) was de 'persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening' ondergebracht in de sectie 'psychische stoornissen door een somatische oorzaak'. In de DSM-5 is deze aandoening echter geplaatst in het hoofdstuk over persoonlijkheidsstoornissen van deel II onder het kopje 'Andere persoonlijkheidsstoornissen' vanwege fenomenologische overeenkomsten. Voorts is het tegenstrijdig dat bij de algemene criteria voor een persoonlijkheidsstoornis in hetzelfde DSM-5-hoofdstuk wordt vermeld dat de persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening dient te worden uitgesloten om een persoonlijkheidsstoornis te mogen classificeren (Criterium F, p. 647).

Hoewel de DSM etiologisch neutraal ofwel atheoretisch beoogt te zijn, is de American Psychiatric Association hierin niet helemaal geslaagd aangezien bij persoonlijkheidsveranderingen door een somatische aandoening wel degelijk een direct fysiologische oorzaak vastgesteld moet worden, bijvoorbeeld chronische ziekten zoals epilepsie, of neurodegeneratieve ziekten. Bedoelde persoonlijkheidsveranderingen blijken feitelijk persisterende gedragsproblemen, zoals apathie, agressie of ontremming, vaak op basis van (pre)frontale disfunctie. Vanuit etiologisch perspectief staat de veronderstelde één-op-éénrelatie met cerebrale disfunctie haaks op de veronderstelde pathogenese van persoonlijkheidsstoornissen, die het gevolg zijn van complexe biopsychosociale ontwikkelingsfactoren tot in de volwassenheid. Het ontstaan van een persoonlijkheidsstoornis wordt immers verklaard op grond van een voortdurende interactie tussen biogenetische factoren en omgevingsinvloeden (Trimbos-instituut 2008).

Echter, ook op descriptief niveau is de persoonlijkheidsverandering door een somatische oorzaak een vreemde eend in de bijt. Immers, de criteria van specifieke persoonlijkheidsstoornissen omvatten expliciet de wijze van waarnemen en interpreteren van zichzelf, anderen en gebeurtenissen, terwijl in geval van persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening veelal sprake is van een geïsoleerd, maar persisterend symptoom (bijv. apathie). Hierbij wordt zelden tot nooit voldaan aan de descriptieve criteria van een specifieke persoonlijkheidsstoornis, zoals bij de histrionische, narcistische of vermijdende persoonlijkheidsstoornis.

Derhalve geven wij er de voorkeur aan om de term 'persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening' uit het DSM-5-hoofdstuk over persoonlijkheidsstoornissen

AUTEURS

BAS VAN ALPHEN, gezondheidszorgpsycholoog, bijzonder hoogleraar Klinische ouderenpsychologie, Vrije Universiteit Brussel, en programmaleider, Mondriaan Ouderen, Heerlen-Maastricht.

GINA ROSSI, klinisch psycholoog, hoofddocent vakgroep Klinische en Levensloopspsychologie, Vrije Universiteit Brussel.

EVA DIERCKX, klinisch psycholoog, docent vakgroep Klinische en Levensloopspsychologie, Vrije Universiteit Brussel.

RICHARD OUDE VOSHAAR, ouderenpsychiater, hoogleraar ouderenpsychiatrie Universitair Medisch Centrum Groningen.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. S.P.J. van Alphen, Mondriaan Ouderen, Postbus 4436, 6401CX Heerlen.

E-mail: bvan.alphen@mondriaan.eu

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-8-2014.

nissen te halen om terug te plaatsen in een apart hoofdstuk over 'psychische stoornissen door een somatische aandoening' met tevens de suggestie de term aan te passen in 'gedragsstoornis door een somatische aandoening' met vervolgens specificering in type gedrag (emotioneel label, ontremd, agressief etc.).

Nuancering van het duurzame patroon

Zowel in het DSM-IV- als in het DSM-5-hoofdstuk over persoonlijkheidsstoornissen valt op dat ondanks de eerdere vermelding van het persisterend beloop van persoonlijkheidsstoornissen, een persoonlijkheidsstoornis toch kan verergeren op latere leeftijd: '*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)*' (APA 2014, p. 851). Bovendien wordt binnen het alternatieve DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen (Deel III. Meetinstrumenten en modellen in ontwikkeling) zelfs de 'relatieve stabiliteit' benadrukt in de algemene criteria voor een persoonlijkheidsstoornis (Criterium D, p. 1004).

Deze nuancerings kunnen recht doen aan het belang van levenstransities en negatieve levensgebeurtenissen voor de mate van ernst waarin een persoonlijkheidsstoornis aanwezig is, maar ze vormen geen erkenning van de mogelijkheid dat een onderliggende persoonlijkheidsconstellatie en beperkingen in adaptieve copingmechanismen

pas op latere leeftijd kunnen leiden tot een persoonlijkheidsstoornis op syndromaal, ofwel klinisch significant, niveau. Zowel gevalsbeschrijvingen als de mening van experts wijzen echter op het bestaan van zogenaamde *laat-ontstane* persoonlijkheidsstoornissen, ofwel stoornissen die voor het eerst op oudere leeftijd manifest worden. Uiteraard dient bij overweging van een laat-ontstane persoonlijkheidsstoornis een somatische oorzaak te worden uitgesloten (Van Alphen e.a. 2012).

De vraag rijst echter of hier inderdaad sprake is van een laat-ontstane stoornis, daar de vroege ontwikkeling van een individu sterk bepalend is voor de ontwikkeling van persoonlijkheidsproblematiek in engere zin. Zorgvuldige analyse van laat-ontstane persoonlijkheidsstoornissen leert ons immers dat er in de meeste gevallen sprake is van een subsyndromale of subklinische, onderliggende persoonlijkheidsstoornis die binnen het systeem van betrokkene adequaat gecompenseerd werd, dan wel ontkend of geaccepteerd werd, waardoor nooit eerder professionele hulp werd gezocht en de klinische grens eerder niet werd bereikt. Wanneer op latere leeftijd, door bijvoorbeeld verschuivingen in het systeem van betrokkene en/of door onvoldoende positieve bekrachtiging, de adaptatie aan omgevingsfactoren tekortschiet en maladaptieve persoonlijkheidstrekken alsnog manifest worden, ontstaat lijdensdruk waardoor er pas op latere leeftijd een significante toename van beperkingen in het sociaal functioneren ontstaat. Biopsychosociale verouderingsaspecten doen immers een groot beroep op de aanpassing van het individu aan de nieuwe leefsituatie, zeker bij een kwetsbare groep met genoemde subsyndromale persoonlijkheidsproblematiek.

Drie voorbeelden uit de praktijk kunnen het voorgaande illustreren: 1. een toename van afgunst op anderen en grootheidsgedoevens door gedwongen pensioen bij tot dan toe succesvolle personen met een narcistische persoonlijkheid, 2. toegenomen rigiditeit alsmede preoccupatie met beheersing van psychische en intermenselijke processen bij ouderen met dwangmatige trekken als gevolg van angst voor controleverlies door lichamelijke of cognitieve achteruitgang, 3. ernstig aanklampend gedrag vanuit een afhankelijke persoonlijkheidsstructuur na het overlijden van de zorgende echtgenoot.

Het vaststellen van zowel psychiatrische differentiaaldiagnosen als comorbiditeit, zoals neurodegeneratieve aandoeningen, depressies of aanpassingsstoornissen, vormt door mogelijke overlap van symptomen een lastig, maar uitermate belangrijk onderdeel in het psychiatrisch onderzoek. Specificering in een nieuwe DSM-editie naar een persoonlijkheidsstoornis 'laat ontstaan' bevordert gerichte indicatiestelling voor behandeling en adequate gedragsadviesing naar mantelzorgers en professionals.

In tegenstelling tot de DSM-5 wordt naar alle waarschijnlijkheid het construct 'laat-ontstane persoonlijkheidsstoornis' wel opgenomen in de 11de editie van de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (Tyner 2013), die naar verwachting in 2016 zal gaan verschijnen.

Nieuwe ontwikkelingen

In de aanloop naar de komst van de DSM-5 lanceerde de 'DSM-5 Personality and Personality Disorders Work Group' een ambitieus voorstel in een poging de constructvaliditeit en de discriminante validiteit van persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-IV te verbeteren door de polythetische criteriasets te verlaten en de comorbiditeit van de specifieke persoonlijkheidsstoornissen aan te pakken.

Hiertoe werd een model geïntroduceerd van zes typen persoonlijkheidsstoornissen (schizotypisch, borderline-, antisociaal, narcistisch, vermijgend en dwangmatig) uitgaande van significante afwijkingen in het 'zelf' en 'interpersoonlijke functioneren' alsmede de aanwezigheid van één of meer van de 25 persoonlijkheidstrekken uit de vijf pathologische trekkendomeinen (negatieve affectiviteit, afstandelijkheid, antagonisme, ongeremdheid en psychotisme). Daarnaast werd de 'trekgespecificeerde persoonlijkheidsstoornis' geïntroduceerd als niet-specifieke persoonlijkheidsstoornis.

Ernstige twijfels over de empirische onderbouwing en de klinische toepasbaarheid (o.a. Livesley 2012; Verheul 2012) leidden er echter toe dat het voorstel enkel is opgenomen als alternatief ofwel experimenteel model voor persoonlijkheidsstoornissen in deel III, 'Meetinstrumenten en modellen in ontwikkeling', van de DSM-5. Voorzover ons bekend zijn er slechts twee empirische studies verricht naar deelaspecten van het dimensionale DSM-5-model bij ouderen (Van den Broeck e.a. 2013; 2014).

In dit verder te onderzoeken model liggen zowel kansen als bedreigingen voor de ouderenpsychiatrie. De belangrijkste bedreiging is dat ouderen worden onderworpen aan uitgebreide interviews en tests om de constructen 'zelf' en 'interpersoonlijk functioneren' alsmede vijf pathologische trekkendomeinen en bijbehorende facetten gestandaardiseerd in kaart te kunnen brengen. Dat is geen sinecure, zeker niet voor de 80-plussers met multimorbiditeit. Bovendien blijft ook nu nog steeds de vraag of gestandaardiseerde instrumenten die valide en betrouwbaar zijn in de volwassenenpsychiatrie ook dezelfde construct- en criteriumvaliditeit zullen hebben bij gebruik in de ouderenpsychiatrie (Oltmanns & Balsis 2011). Daar staat tegenover de kans om te onderzoeken of dit nieuwe model of deelaspecten ervan bruikbaar zijn voor ouderen, zowel in de ggz als in de verpleeg- en verzorgingshuissector.

Willen we de komende versie van de DSM meer valide maken voor de ouderenzorg, dan is het zaak onderzoeksprogramma's gebaseerd op deze concepten te entameren en ouderenpopulaties in de verdere uitwerking van deel III te betrekken. Anders riskeren we, net zoals bij de vorige edities van de DSM, uit te komen op classificaties met criteria die onvoldoende van toepassing zijn op en/of onvoldoende toepasbaar zijn bij ouderen (Balsis e.a. 2007).

CONCLUSIE

De weergave van persoonlijkheidsstoornissen in DSM-5 lijkt het gevolg van een overgangperiode tussen de overgenomen oude DSM-IV-indeling en een nieuwe, vooralsnog experimentele benadering van persoonlijkheidsstoornissen in deel III van de DSM-5. Wetenschappelijk onderzoek

naar deze nieuwe hybride benadering is in volle gang en aangezien het aandeel ouderen in de totale bevolkingsopbouw toeneemt, terwijl ze ook een steeds hogere leeftijd bereiken, mogen 65-plussers in de onderzoekspopulaties niet ontbreken. Voorts verdient de plaatsing van de 'persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening' binnen het DSM-5-hoofdstuk over persoonlijkheidsstoornissen heroverweging en dekt de term 'gedragsverandering door een somatische aandoening' wellicht meer de lading. Ook de introductie van de 'laat-ontstane persoonlijkheidsstoornis' is het overwegen waard in een toekomstige versie van de DSM. Empirisch onderzoek naar de constructvaliditeit en de discriminante validiteit van persoonlijkheidsstoornissen is derhalve ook bij ouderen van essentieel belang.

LITERATUUR

- Alphen SPJ van, Bolwerk N, Videler AC, Tummers JHA, van Royen RJJ, Barendse HPJ, e.a. Age related aspects and clinical implementations of diagnosis and treatment of personality disorders in older adults. *Clin Gerontol* 2013; 1: 27-41.
- American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Amsterdam: Boom; 2014.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5de versie). Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4de versie). Arlington: American Psychiatric Association; 1994.
- 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: 171-85.
- Broeck J van den, Rossi G, De Clercq B, Hofmans J. Hierarchical structure of maladaptive personality traits in older adults: joint factor analysis of the PID-5 and the DAPP-BQ. *J Pers Disord* 2014; 28: 198-211.
- Broeck J van den, Bastiaansen L, Rossi G, Dierckx E, De Clercq B. Age neutrality of the traits facets proposed for personality disorders in DSM-5: a DIFAS analysis of the PID-5. *J Psychopathol Behav Assess* 2013; 35: 487-94.
- Livesley WJ. Disorder in the proposed DSM-5 classification of personality disorders. *Clin Psychol Psychother* 2012; 19: 364-8.
- Livesley WJ, Schroeder ML, Jackson DN, Jang KL. Categorical distinctions in the study of personality disorder: Implications for classification. *Abnorm Psychol* 1994; 103: 6-17.
- Oltmanns TF, Balsis S. Personality disorders in later life: questions about the measurement, course, and impact of disorders. *Annu Rev Clin Psychol* 2011; 7: 321-49.
- Trimbos-instituut. Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2008.
- Tyrer P, Mulder R, Kim YR, Crawford M. A single dimensional classification of the severity of personality disorder. Consequences in practice. In: P Tyrer P, Classification of personality disorders in ICD-11. Symposium conducted at the meeting of The International Society for the Study of Personality Disorders, Copenhagen, Denemarken; 2013. http://www.isspd2013.com/web_Abtractbog_170x240mm_196s.pdf
- Verheul R. Personality disorder proposal for DSM-5: a heroic and innovative but nevertheless fundamentally flawed attempt to improve DSM-IV. *Clin Psychol Psychother* 2012; 19: 369-71.
- Widiger TA, Trull TJ. Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *Am Psychol* 2007; 62: 71-83.

SUMMARY

DSM-5 classification of personality disorders in older persons

S.P.J. VAN ALPHEN, G. ROSSI, E. DIERCKX, R.C. OUDE VOSHAAR

BACKGROUND Although it is generally agreed that personality disorders are an important topic in old-age psychiatry, DSM-5 has paid relatively little attention to older persons affected with this severe mental disorder.

AIM To look closely and carefully at several aspects of the way in which DSM-5 defines personality disorders relating to older persons.

METHOD We make a critical evaluation of the description of personality disorders given in DSM-5.

RESULTS First of all, we question whether the phrase 'personality change due to another medical condition' should really be included in the DSM-5 chapter of personality disorders because a personality change actually has the features of a persistent conduct disorder. Secondly, we argue that in a future revised version of DSM-5 personality disorders affecting older persons should be referred to specifically as 'late-onset' personality disorders. Thirdly, we stress that the research programme relating to the dimensional DSM-5 model of personality disorders should involve a larger number of older persons. In addition, more research is needed with regard to the use, wording and validity of the phrase 'personality change due to a medical condition'. Those responsible for the revision of the DSM-5 should ensure that the concept 'late-onset personality disorders' is incorporated in the text.

CONCLUSION The description of personality disorders in DSM-5 is confusing. This is probably due to the transitional period between the old categorical (DSM-IV) system and the newly proposed dimensional approach to personality disorders in DSM-5, an approach that needs further investigation. However, this intervening period could be a good opportunity for doing further research into personality disorders in older adults.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)12, 816-820

KEY WORDS DSM-5, late-onset personality disorder, older persons, personality disorders