

***Factsheet
Persoonlijkheidsstoornissen
bij ouderen***

'Altijd al wat apart'

Dagmar Vink en Huub Buijssen

Inhoudsopgave

1.	<i>Inleiding</i>	2
2.	<i>Casus</i>	2
3.	<i>Wat is een persoonlijkheidsstoornis</i>	3
4.	<i>Verschillende typen</i>	4
5.	<i>Ontstaan</i>	5
6.	<i>Prevalentie bij ouderen</i>	6
7.	<i>Verschillen tussen volwassenen en ouderen</i>	6
8.	<i>Beloop tot in de ouderdom</i>	6
9.	<i>Comorbiditeit</i>	7
10.	<i>Meetinstrumenten</i>	8
11.	<i>Behandeling</i>	8
12.	<i>Tips voor de omgang</i>	9
13.	<i>Wetenschappelijk onderzoek</i>	11
14.	<i>Websites</i>	12
15.	<i>Bijscholing</i>	12
16.	<i>Bronnen</i>	13

1. Inleiding

'Ik heb nu een patiënt in zorg waarbij ik mijn irritaties en frustraties slechts met moeite kan bedwingen. Ik wil u vragen of u een advies voor me heeft hoe met deze patiënt en met mijn gevoelens om te gaan'.

'Ik weet niet of het normaal is, maar na een gesprek met patiënt X voel ik me soms zo moe dat het net lijkt of deze me helemaal leeggezogen heeft'.

Bij het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie komen regelmatig vragen binnen van professionals over persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. De teneur van deze vragen is steevast: hoe het beste om te gaan met deze 'moeilijke mensen'?

In literatuur en wetenschappelijk onderzoek zijn persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen onderbelicht en er is sprake van een onderschatting van de ernst van het probleem. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor de behandeling, begeleiding en verzorging van ouderen met psychiatrische problematiek. Deze factsheet beoogt u een overzicht te bieden van de huidige kennis op dit gebied. Ook geeft het praktische omgangtips.

2. Casus

Een 70-jarige gehuwde vrouw belt dagelijks haar huisarts omdat zij zich veel zorgen maakt over haar gezondheid. Zij doet dit op een claimende manier en regelmatig laat zij zich ontvallen dat zij het leven niet meer ziet zitten. De huisarts weet zich geen raad met deze patiënt en meldt haar aan bij de ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. Hij geeft aan dat mevrouw in het verleden vaker soortgelijke perioden heeft gekend waarin zij voortdurend bij hem aan de bel trok. Net als in het verleden, levert grondig somatisch onderzoek nu geen aanwijzingen op dat zij lichamelijk iets mankeert. Verder geeft de huisarts aan dat patiënte bovenmatig medicijnen gebruikt in verband met hoofdpijn, misselijkheid, pijnen in de rug en aan haar benen. Ondanks dat zij in het verleden in het medische circuit veel heeft geshopt, zijn er bij haar geen somatische ziektes geconstateerd. En evenmin zijn er bij haar psychiatrische diagnoses gesteld. De huisarts vraagt om diagnostiek, omgangsadviezen en behandeling van haar toestandsbeeld.

Tijdens de intake oogt patiënte verzorgd en is chique gekleed. De cognitieve functies zijn intact. Zij komt somber over en reageert snel geprikkeld. In het gesprek wil zij vooral praten over lichamelijke klachten. 'Ik heb vreselijke hoofdpijn en pijn in de rug die doortrekt in mijn benen, maar de huisarts neemt mij niet serieus. Niemand begrijpt mij! Mijn echtgenoot niet, mijn kinderen niet en mijn huisarts niet. Als ik zo pijn moet blijven lijden, hoeft het voor mij allemaal niet meer'. Uit wat en hoe ze dingen zegt, komt mevrouw over als iemand die zich voortdurend tekort gedaan voelt en als iemand die een grote behoefte heeft aan waardering en bewondering. Zij lijkt weinig bereid om compromissen te sluiten met anderen en komt over als iemand die zich snel gekwetst voelt.

Tijdens de heteroanamnese benadrukken zowel haar man als de kinderen het trotse en egoïstische karakter van patiënte. Zij geven ook aan dat patiënte heel veel moeite heeft met het ouder worden, met name dat zij lichamelijk minder aantrekkelijk wordt.

De psycholoog die de intake doet concludeert dat mevrouw psychische problemen uit via uiteenlopende fysieke klachten, zoals pijnklachten en maag/darm klachten. Zij lijdt hier duidelijk onder en haar klachten leiden tot beperkingen in het sociaal functioneren. Anamnese en heteroanamnese wijzen erop dat het om een chronisch klachten patroon gaat. Wel lijkt er de laatste maanden een verheviging op te treden van de klachten.

Op basis van de anamnestiche gegevens stelt de intaker als hoofddiagnose: een ongedifferentieerde somatoforme stoornis. Als differentiaal diagnose denkt hij aan een gemaskeerde depressie. Na voortgezet psychodiagnostisch onderzoek concludeert hij dat bij patiënte tevens sprake is van een theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornis. Moeite met het ouder worden en inadequate copingmechanismen hebben geleid tot een toename van gedragsproblemen.

3. Wat is een persoonlijkheidsstoornis?

In de DSM-IV wordt een persoonlijkheidsstoornis gedefinieerd als duurzame, inflexibele en onaangepaste patronen van waarnemen, omgaan met en denken over de omgeving en zichzelf. Deze patronen zijn stabiel en veroorzaken belangrijke beperkingen op het sociaal en beroepsmatig terrein. Het begin kan worden

teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid. Het persoonlijkheidsstoornis patroon kan ook wel samengevat worden met de drie P's:

Persisterend (het patroon is volhardend)

Pervasiëf (het uit zich op een breed terrein van persoonlijke en sociale situaties)

Pathologisch (het veroorzaakt beperkingen en lijden)

Eenvoudiger uitgedrukt kan men een persoonlijkheidsstoornis ook omschrijven als een 'weeffout' in iemands karakter, welke zich uit in een vaste, onhandige manier van omgaan met anderen en met zichzelf. De persoon lijdt zelf onder deze weeffout én hij laat er ook anderen in zijn directe omgeving onder lijden. Gevraagd naar een typering van de persoon, geven naasten vaak aan: 'Hij was altijd al wat apart'.

4. Verschillende typen

De DSM-IV onderscheidt tien persoonlijkheidsstoornissen, geclusterd in drie groepen en een persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven (NAO). De belangrijkste kenmerken worden hieronder kort beschreven.

- **Cluster A:** *Het vreemde, excentrieke cluster met vooral cognitieve stoornissen*
 - Paranoïde PS: ervaart anderen als opzettelijk beledigend of bedreigend.
 - Schizoïde PS: onverschillig voor/in sociale relaties in combinatie met beperkte emotionaliteit.
 - Schizotypische PS: gebrekkige relaties, zonderling gedrag en eigenaardige ideeën.
- **Cluster B:** *Het dramatische, emotionele, impulsieve cluster, vooral gekenmerkt door problemen met impulsen en affecten*
 - Antisociale PS: onverantwoordelijk en antisociaal gedrag zoals vechten, stelen of vandalisme. De persoon heeft weinig of geen schuldgevoelens en richt zich vooral op het behalen van eigen voordeel.
 - Borderline PS: instabiel zelfbeeld, labiele stemming, duidelijke impulsiviteit en onstabiele interpersoonlijke relaties.
 - Theatrale PS: overdreven emotioneel, sterk aandacht zoekend en constant uit op bevestiging.
 - Narcistische PS: grootheidsfantasieën, zeer gevoelig voor het oordeel van anderen en gebrek aan empathie.

- **Cluster C:** *Het angstige, vreesachtige cluster*
 - Ontwijkende PS: onbehaaglijk in sociale relaties, verlegen, bevreesd voor negatieve beoordeling van anderen.
 - Afhankelijke PS: afhankelijkheid en onderdanig gedrag.
 - Obsessief-compulsieve PS: perfectionisme en starheid.

Persoonlijkheidsstoornis NAO: hieronder kunnen bijvoorbeeld de gemengde, depressieve of passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis vastgesteld worden.

5. Ontstaan

De etiologie van persoonlijkheidsstoornissen kan het beste worden begrepen vanuit een biopsychosociaal model:

- **Biogenetisch:** uit tweeling-onderzoek blijkt dat ongeveer 50% van de gemeten persoonlijkheidstrekken aan genetische factoren moet worden toegeschreven. Bepaalde dimensies van persoonlijkheidspathologie blijken samen te hangen met afwijkingen in neurotransmitter systemen en cognitieve defecten. Zo kunnen de impulsiviteit en agressiviteit in cluster B deels te maken hebben met stoornissen in de corticale inhibitie en afwijkingen in het serotonerge en noradrenerge systeem.
- **Psychologisch:** risicofactoren zijn traumatische ervaringen in de kinderjaren (met name affectieve verwaarlozing), een lage of juist hoge familiesamenhang en socialisatieproblemen. Beschermende factoren zijn goede hechtingsrelaties en goede schoolprestaties.
- **Sociaal:** risico- en beschermende factoren hangen samen met de mate waarin de huidige maatschappij structuur en geborgenheid biedt. Moderne sociale structuren kunnen een risico vormen, terwijl de traditionele sociale structuren een beschermende werking hebben.

Terwijl de biologische factor de belangrijkste determinant is van welk type persoonlijkheidsstoornis zich ontwikkelt, kunnen psychologische en sociale invloeden persoonlijkheidstrekken versterken tot persoonlijkheidsstoornissen.

6. Prevalentie bij ouderen

Er zijn nog geen eenduidige prevalentiecijfers bekend over persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Waarschijnlijk ligt het voorkomen in de algemene populatie tussen de 2,8% en 13%. Studies onder ouderen met psychische problemen die ambulantly/poliklinisch behandeld worden, vonden prevalentiecijfers van 5% tot 33%. Bij klinisch behandelde ouderen worden cijfers vermeld tussen de 7% en 61,5%. Waarschijnlijk is er sprake van een onderschatting van de prevalentie omdat in de huidige classificatiesystemen (DSM-IV-TR) geen rekening wordt gehouden met de specifieke fenomenologie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Veranderingen in bijvoorbeeld lichamelijke conditie, woonsituatie en dagbesteding leiden tot andere uitingsvormen van persoonlijkheidsproblematiek. Daarom is het nodig om goed te kijken naar stabiele persoonlijkheidstrekken en niet alleen naar de gedragsuitingen die daaruit voortkomen.

7. Verschillen tussen volwassenen en ouderen

Uit onderzoek komt naar voren dat ouderen (50+) in de algemene populatie meer schizoïde en obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornistrekken vertonen vergeleken met jongere volwassenen. Ouderen voldoen echter minder vaak aan de kenmerken van de "high-energy" types zoals borderline, schizotypische en paranoïde persoonlijkheidsstoornissen. Verondersteld wordt dat deze verschillen in het voorkomen van bepaalde persoonlijkheidsstoornissen samenhangen met het beloop.

8. Beloop tot in de ouderdom

Er zijn vele theorieën over het beloop van persoonlijkheidsstoornissen tot in de ouderdom. Eén ervan is de *predispositie hypothese*. Deze gaat er vanuit dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis kwetsbaarder zijn voor leeftijdgerelateerde stressoren zoals verlies, lichamelijke ziektes en afhankelijkheid. Daarom zullen zij juist tijdens het ouder worden een toename in psychopathologie vertonen.

Een andere theorie is de *maturation hypothese*. Deze veronderstelt dat de 'onvolwassen' cluster B typen verbeteren met het ouder worden, terwijl de

'volwassen' typen (paranoïde, schizoïde en obsessief-compulsieve) verergeren met leeftijd.

Een derde, snel aan populariteit winnende theorie is die van de *heterotypische continuïteit*. De basisgedachte hiervan is dat de persoonlijkheid gedurende de levensloop constant blijft, maar het hieruit voortvloeiende gedrag kan variëren door de wisselende eisen die elke levensfase stelt en door de veranderingen in situationele context. Bij ouderen kunnen, als gevolg van het ouder worden of van omgevingsgerelateerde veranderingen, bepaalde As-II-criteria zich minder of juist nadrukkelijker manifesteren; een derde mogelijkheid is dat deze zich *anders uiten*. Zo kan in de derde levensfase gedrag behorende bij persoonlijkheidsstoornissen enigszins vervagen omdat de druk van een betaalde baan of de opvoeding van kinderen weg zijn gevallen. Bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis kan door de veranderde hormoonhuishouding en de verminderde lichaamskracht de impulsiviteit en agressiviteit (die regelmatig leiden tot vechtpartijen of geweldpleging) afnemen. Hiervoor in de plaats kan dan meer indirect agressief gedrag komen (opa leert zijn kleinzoon de kneepjes van het dievenvak) of meer gemaskeerd agressieve gedragingen (leefregels in het verzorgingshuis keer op keer 'vergeten'). De oudere die lijdt aan een theatrale persoonlijkheidsstoornis, en niet meer de uiterlijke aantrekkelijkheid of lichaamskracht kan gebruiken om de aandacht op zichzelf te vestigen, zal nu mogelijk 'aan zijn trekken proberen te komen' via een preoccupatie met doorgaans niet objectiveerbare lichamelijke klachten.

Op onze website www.ouderenpsychiatrie.nl kunt u de animatiefilm '*Eens een persoonlijkheidsstoornis, altijd een persoonlijkheidsstoornis?*' bekijken. Deze film maakt het beloop van de antisociale persoonlijkheidsstoornis zichtbaar vanuit de 'heterotypische continuïteit hypothese'.

9. Comorbiditeit

As-I en As-II stoornissen komen vaak samen voor, wat naar voren komt in de hoge prevalentiecijfers bij psychiatrische patiënten. Bij ruim een kwart van de oudere depressieve patiënten wordt bijvoorbeeld ook een persoonlijkheidsstoornis vastgesteld. Ouderen met een depressie (in de voorgeschiedenis) hebben vaker last van persoonlijkheidsstoornissen in cluster C. Het is belangrijk te weten dat persoonlijkheidsstoornissen van invloed zijn op de duur, intensiteit en type

behandeling van de As-I stoornis. De prognose van de As-I stoornis is slechter, de kans op recidief is groter en er is vaker sprake van geringe therapietrouw.

10. Meetinstrumenten

Bestaande meetinstrumenten om persoonlijkheidspathologie in kaart te brengen zijn weinig geschikt voor ouderen. Vaak zijn ouderen weinig gemotiveerd en snel vermoeid bij het invullen van lange vragenlijsten. Ook mogelijke visus-, begrip- en taalproblemen kunnen het gebruik van vragenlijsten belemmeren. Het verdient de voorkeur om bij persoonlijkheidsonderzoek specifiek bij ouderen gebruik te maken van verschillende informatiebronnen, zoals biografische gegevens, gedragsobservatie, informatie van mantelzorgers/familieleden en testonderzoek op het gebied van cognitie, stemming en persoonlijkheid. De vragen zouden meer toegespitst moeten worden op de leef- en belevingswereld van ouderen. Het is wenselijk om een meetinstrument te gebruiken met niet meer dan 50 vragen in duidelijk taalgebruik en lettertype.

Op dit moment is er een schaal in ontwikkeling voor de signalering van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen, namelijk de **Gerontologische Persoonlijkheidsstoornissen Schaal (GPS)**. Het screeningsinstrument bestaat uit 16 items die betrekking hebben op habitueel gedrag (bijvoorbeeld "Ik vind ouder worden vervelend omdat ik minder aantrekkelijk word") en biografische gegevens (zoals "Ik heb gedurende mijn leven veel onduidelijke lichamelijke klachten gehad waarvoor ik bij de dokter ben geweest").

11. Behandeling

De effecten van behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen zijn niet wetenschappelijk onderzocht met Randomised Controlled Trials (RCT's). Op basis van klinische ervaringen is momenteel de consensus dat zowel een individuele als een groepsgerichte adaptatiebevorderende aanpak, eventueel gecombineerd met psychofarmaca de meest aangewezen behandelingsvormen zijn.

Belangrijke onderdelen van de *adaptatiebevorderende behandeling* zijn adviserende en ego-versterkende gesprekken, assertiviteitstrainingen, het opzetten van een dagstructuur met passende activiteiten en het geven van psycho-educatie.

De behandeling met *psychofarmaca* is verschillend per persoonlijkheidsstoornis cluster. Patiënten uit het A-cluster zijn mogelijk het meest gebaat met lage doseringen van een klassiek of atypisch antipsychoticum. Uiteenlopende psychofarmaca (antipsychotica, benzodiazepinen, stemmingsstabilisatoren en antidepressiva) worden gebruikt om het agressieve, impulsieve, ontremde en depressieve gedrag van patiënten uit het B-cluster te verminderen. In het vreesachtige, vaak met depressie gepaard gaande, C-cluster zijn de SSRI's het middel van eerste keuze.

Bij alle persoonlijkheidsstoornissen is het geven van *psycho-educatie* aan de mantelzorg of verzorgenden en verpleegkundigen van de thuiszorg of het verzorgingshuis erg belangrijk. Preventieafdelingen van GGz instellingen organiseren daarom regelmatig informatiebijeenkomsten voor familieleden van mensen met bijvoorbeeld een borderline persoonlijkheidsstoornis of ondersteuningsgroepen.

12. Tips voor de omgang

In de omgang met mensen met een persoonlijkheidsstoornis worden vaak negatieve emoties als wanhoop en frustratie ervaren. Enkele tips voor de omgang kunnen u mogelijk helpen om op een prettige manier in contact te blijven en om de patiënt zo goed mogelijk te kunnen ondersteunen.

Per cluster geven we u eerst algemene omgangstips. Maar elk type persoonlijkheidsstoornis heeft een eigen benadering. Daarom reiken we u voor elk ervan omgangsadviezen aan.

Het vreemde, excentrieke cluster A

- Accepteer de onverschilligheid of teruggetrokkenheid van betrokkene. Probeer dus niet aan te dringen op sociaal contact.
- Houd rekening met sterke achterdocht. Trek eventuele beschuldigingen u niet persoonlijk aan (tenzij ze terecht zijn uiteraard).
- Probeer een zakelijke houding aan te nemen zodat er voldoende afstand blijft. Geef patiënten genoeg ruimte om zichzelf te kunnen zijn.
- Stel niet teveel eisen aan het contact. Pas bijvoorbeeld interventies toe die hoofdzakelijk explorerend van aard zijn.
- Vertel meer over uzelf zodat u herkenbaar wordt voor de patiënt.

Paranoïde PS: Wees, om vertrouwen te winnen, empathisch. Vermijd elke vorm van onzekerheid. Wees geduldig en reageer niet defensief op beschuldigingen.

Schizoïde PS: Voorkom isolement, met name door ADL te stimuleren en concrete werkopdrachten te geven. Streef een steunende, zakelijke houding na, met weinig feedback of confrontatie en voldoende afstand.

Schizotypische PS: Wees ervan bewust dat positieve bekrachtigingen weinig effect hebben. Zet niet in op confrontaties met de realiteit. Bied een steunend en structurerend contact.

Het dramatische, emotionele, impulsieve cluster B

- Houd er rekening mee dat deze patiënten zich snel gekwetst voelen. Er is een goede balans nodig tussen minderwaardigheids- en meerderwaardigheidsgevoelens. Wees daarom voorzichtig bij het geven van kritiek.
- Wees duidelijk en consequent in wat u wel en niet toestaat (stel uw grenzen).
- Neem de patiënt met niet objectiveerbare lichamelijke klachten serieus.
- Bekrachtig positief gedrag. Spreek uw bewondering uit voor alles wat de patiënt onderneemt of heeft gepresteerd. Creativiteit en kunstzinnigheid (o.a. toneel en muziek) komen in dit cluster nogal eens voor!
- Voorkom uitspeelgedrag door met alle professionele en niet-professionele partijen op één lijn te zitten.

Antisociale PS: Neem zo weinig mogelijk over. Doe wat u zegt en zeg wat u doet. Laat u niet verleiden tot het aangaan van uitdagingen. Leg regels expliciet vast. Loop traject van: stoom laten afblazen en confronteren met regels tot ingrijpen.

Borderline PS: *Niet doen:* ingaan op klachten, reageren op inhoud, meegaan in emoties. *Wel doen:* consequent handelen, duidelijke afspraken maken, emotioneel neutraal reageren. Zo mogelijk: systeem behandelen en organiseren van netwerk.

Theatrale PS: *Niet doen:* ingaan op klachten en reageren op inhoud. *Wel doen:* gestructureerd contact bieden, negeren van overreacties en intimidaties, binnen duidelijke grenzen ruimte en vrijheid bieden, wees empathisch en steunend in het contact.

Narcistische PS: Ga niet mee in grootheidsfantasieën en probeer krenkingen van eigenwaarde zoveel mogelijk te voorkomen. Kies voor een respectvolle

benadering en houd bij alles wat u doet rekening met iemands eigenwaarde. Wees in dit opzicht steunend en zonodig toedekkend. Bewaak dat de patiënt zich houdt aan afgesproken regels, confronteer zonodig met de realiteit.

Het angstige, vreesachtige cluster C

- Probeer niet continu de 'reddende engel' te zijn of de 'steun en toeverlaat'. Benoem de angsten van de patiënt in plaats van alleen oplossingen en adviezen te geven.
- Laat de patiënt met 'kleine stappen' zelfstandig activiteiten ondernemen zodat de eigenwaarde vergroot wordt.
- Het aanbieden van een vaste structuur is noodzakelijk.
- Het laten behouden van eigen gewoonten en regels geeft rust. Speciale aandacht is nodig om veranderingen van tevoren te bespreken.

Ontwijkende PS: Neem een zakelijke, aandachtige houding aan met voldoende afstand. Respecteer betrokkene zoals hij/zij is. Werk aan het verbeteren van de sociale vaardigheden.

Afhankelijke PS: Wees steunend en benadruk iemands sterke punten, kwaliteiten en mogelijkheden. Geef zo weinig mogelijk adviezen, maar bied uitleg en stimuleer, vooral wat betreft een gestructureerde daginvulling.

Obsessief-compulsieve PS: Ga niet in gevecht over wie de baas is. Geef zoveel mogelijk inspraak en verantwoordelijkheid voor de eigen behandeling. Wees bij hevige angsten dirigerend.

13. Wetenschappelijk onderzoek

Er wordt in ons land vooralsnog weinig onderzoek gedaan naar persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Er loopt momenteel slechts één empirisch onderzoek, en wel naar persoonlijkheidsstoornissen binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. Een belangrijk doel van dit onderzoek is een valide en betrouwbaar screeningsinstrument te ontwikkelen, dat zowel gebruiksvriendelijk is voor ouderen als snel en eenvoudig af te nemen door hulpverleners van verschillende disciplines. Het gaat hierbij om de reeds bovengenoemde GPS. Voor meer informatie over dit onderzoek en de GPS kunt u contact opnemen met de promovendus Drs. Bas van Alphen (spj.vanalphen@wxs.nl).

14. Websites

- www.moeilijkemensen.nl

De Stichting Informatie Persoonlijkheidsstoornissen (StIP) heeft tot doel cliënten, familieleden, ggz-professionals en andere geïnteresseerden kennis en achtergrondinformatie over diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen te geven. Ook stimuleert zij de vakinhoudelijke uitwisseling tussen ggz-professionals die mensen met persoonlijkheidsstoornissen behandelen. De Stichting werkt aan deze doelstellingen door deze website aan te bieden, te beheren en verder te ontwikkelen.

- www.psychiatrienet.nl

Op de website van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie krijgt u bij het ziektebeeld persoonlijkheidsstoornissen leesadviezen, algemene informatie en vooral verwijzingen naar andere interessante websites.

- www.deviersprong.nl

Psychotherapeutisch centrum de Viersprong is gespecialiseerd in de diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Ook is hier het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, ofwel "Viersprong Institute for Studies on Personality Disorders (VISPD)", gevestigd.

15. Bijscholing

Het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie organiseert "in company" trainingen. Voor een vrijblijvend gesprek over een training op maat kunt u contact opnemen met Huub Buijssen (h.buijssen@ouderenpsychiatrie.nl).

Kijk op onze website voor een overzicht van cursussen en congressen binnen de ouderenpsychiatrie.

16. Bronnen

- Alphen, S.P.J. van, Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y. & Derksen, J.J.L. (2004). Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: een overzicht. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 3, 145-156.
- Alphen, S.P.J. van, Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., Hoijtink, H. & Derksen, J.J.L. (2004). Constructie van een schaal voor signalering van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 35, 186-195.
- Clarkin, J.F. & Abrams, R. (1998). Personality disorders in the elderly. *Current Opinion in Psychiatry*, 11, 131-135.
- Derksen, J.J.L. (2001). Persoonlijkheidsstoornissen. In: Huub Buijssen (Red.), *Psychologische hulpverlening aan ouderen, deel 2 psychiatrische problematiek* (pp. 13-43). Baarn: Hbuitgevers.
- Engels, G.I., Duijssens, I.J., Haringsma, R. & van Putten, C.M. (2003). Personality disorders in the elderly compared to four younger age groups: a cross-sectional study of community residents and mental health patients. *Journal of Personality Disorders*, 17(5), 447-459.
- Haverkort, T. & Verburg, D. (1998). Het persoonlijkheidsmodel van Millon bij ouderen. RIAGG Westelijk Utrecht.
- Rosowsky, E., Abrams, R., Zweig, R.A. (1999). *Personality Disorders in Older Adults*. Emerging issues in diagnosis and treatment. Lawrence Erlbaum, London.
- Stek, M.L. (2001). Persoonlijkheidsstoornissen. In: T.J. Heeren, M.G. Kat & M.L. Stek (Red.), *Handboek ouderenpsychiatrie* (pp. 125-132). Leusden: De Tijdstroom.
- Verheul, R. & van den Brink, W. (1999). Persoonlijkheidsstoornissen. In: A. de Jong, W. van den Brink, J. Ormel, e.a. (Red.), *Handboek psychiatrische epidemiologie* (pp. 347-378). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

Heeft u na het lezen van deze factsheet vragen over persoonlijkheidsproblematiek bij ouderen of wilt u uw kennis en praktijkervaring met ons delen, neem dan contact op met Dagmar Vink (d.vink@ouderenpsychiatrie.nl). Op onze website zal nieuwe informatie over deze problematiek bijgehouden worden. Deze factsheet is tot stand gekomen in samenwerking met Bas van Alphen (Mondriaan Zorggroep) en Trudy Haverkort (GGz Altrecht).

Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie

Oude Arnhemseweg 260, 3705 BK Zeist

Tel. 030-6937610

www.ouderenpsychiatrie.nl

www.elderlypsychiatry.com