

# Gevalsbeschrijving over een 82-jarige man met een autismespectrumstoornis

Dr. S.P.J. van Alphen en S.M.J. Heijnen-Kohl

## Samenvatting

In een gevalsbeschrijving over een 82-jarige man wordt geïllustreerd dat ook ouderen met relatief milde vormen van autismespectrumstoornissen (ASS) kunnen vastlopen in het dagelijks functioneren. Luxerende factoren zijn bijvoorbeeld het verlies van maatschappelijke rollen, van lichamelijke gezondheid, van naasten of van autonomie. De diagnostiek van ASS bij ouderen wordt echter gecompliceerd doordat een aantal DSM-criteria lastig is toe te passen bij ouderen en er geen specifieke meetinstrumenten voor de genoemde doelgroep voorhanden zijn. Het beschrijven van de typerende actuele gedragingen bij ouderen is derhalve wenselijk. De behandelmogelijkheden bij ouderen met ASS is vooral gericht op mediatietherapie. Het verhelderen en kaderen van de problemen van de patiënt zelf en van zijn omgeving leidt tot meer begrip en verbetering van de situatie. Daarnaast kunnen ouderen met ASS, die normaal begaafd zijn, wellicht baat hebben bij cognitieve gedragstherapie.

Trefwoorden: autismespectrumstoornissen, ouderen, gevalsbeschrijving.

**Binnen de ouderenpsychologie en -psychiatrie vormen autismespectrumstoornissen (ASS) een jong aandachtsgebied. Bij ASS wordt uitgegaan van een verscheidenheid aan neurobiologische en oorzakelijke factoren die via een gezamenlijk patroon van cognitieve disfuncties leiden tot een waaier van klinische uitingsvormen (Van der Gaag, 2003). Deze ziekte-entiteit, die in het verleden was voorbehouden aan kinderen en jeugdigen, vindt via de jongvolwassenenpopulatie haar weg naar de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) voor ouderen (>65 jaar). Er zijn namelijk geen aanwijzingen dat ASS uitdoven op latere leeftijd, evenmin dat de behandelprognose op jongere leeftijd optimaal is waardoor deze problematiek bij ouderen niet meer actueel zou zijn.**

De diagnostiek van ASS bij ouderen is niet eenvoudig. Zo is een aantal ASS-criteria lastig toe te passen bij ouderen, zijn er geen specifieke vragenlijsten en observatielijsten voor de genoemde doelgroep en is de interpretatie van cognitief onderzoek bij ouderen geen sinecure. Gedegen diagnostiek is echter van belang voor de behandeling, psycho-educatie en gedragsadviesing in de ouderenzorg (Heijnen-Kohl & Van Alphen, 2009).

Een eerdere literatuurstudie leverde slechts twee Engelstalige publicaties op (James et al., 2006; Naidu et al., 2006). In beide publicaties worden gevalsbeschrijvingen besproken waarin bij

ouderen de waarschijnlijkheidsdiagnose Aspergersyndroom is gesteld (Heijnen-Kohl & Van Alphen, 2009). Daarnaast is het vermeldenswaard dat er publicaties zijn van Nylander et al. (2001) en van Chang et al. (2003) waarin verslag wordt gedaan van cross-sectioneel onderzoek tot op oudere leeftijd naar ASS bij een poliklinische populatie met een leeftijdsrange 15-93 jaar. De prevalentie van autismespectrumstoornissen in deze studies komt uit op 1,4% respectievelijk 0,6%. Prevalentiecijfers in de algemene bevolking kunnen oplopen tot 0,67% (Van der Gaag, 2003).

In de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition Textual Revision (DSM-IV-TR) (APA, 2000) worden de ASS gerangschikt onder pervasieve ontwikkelingsstoornissen. Tot deze groep van ontwikkelingsstoornissen behoren de autistische stoornis (ook wel 'kernautisme' genoemd), het Rettsyndroom, de desintegratiestoornis van de kinderleeftijd, de stoornis van Asperger en de pervasieve ontwikkelingsstoornis Niet Anderszins Omschreven (NAO).

Gezien de 'onset' en ernst van de kwalitatieve en kwantitatieve beperkingen bij het Rettsyndroom en de desintegratiestoornis zullen beide DSM-classificaties niet op oudere leeftijd voor het eerst worden gesteld. Het classificeren van de autistische stoornis wordt bij ouderen gecompliceerd doordat het duidelijk moet zijn dat er voor het derde levensjaar sprake was van een achterstand of abnormaal functioneren op het gebied van ofwel sociale interacties ofwel taalontwikkeling ofwel fantasiespel. Informatie over de ontwikkelingsanamnese ontbreekt doorgaans bij ouderen doordat betrouwbare informanten, zoals (groot)ouders, reeds zijn overleden. Het leeftijdscriterium kan daarom meestal niet

worden nagegaan. Hetzelfde geldt voor het betrouwbaar vaststellen van de stoornis van Asperger. Hiervoor moet vaststaan dat er een normale taalontwikkeling heeft plaatsgevonden. Ook dit is vaak lastig te achterhalen. Doorgaans wordt daarom in de ouderenzorg overgegaan tot het classificeren van de pervasieve ontwikkelingsstoornis NAO.

Centraal in dit artikel staan de diagnostiek en behandeling van ASS bij ouderen geïllustreerd door een gevalsbeschrijving.

### Gevalsbeschrijving

Patiënt is een 82-jarige gescheiden man die sinds 20 jaar een LAT-relatie heeft. Hij werd door zijn huisarts aangemeld bij de ambulante GGZ in verband met angstproblematiek, in bijzonder angst dement te worden en angst voor de dood. De huisarts spreekt tijdens de aanmelding over 'neurotische punctualiteit'. Somatisch is patiënt bekend met hartritmestoornissen, een pacemaker en gehoorsproblemen. Bloedonderzoek leverde geen bijzonderheden op.

Zelf geeft patiënt aan last te ondervinden van ouderdomsproblemen; zijn recente hartproblemen hebben daarbij een uitlokkende rol gespeeld. Naast genoemde angstklachten geeft hij aan onvoldoende daginvulling te hebben. Voorheen was het geen enkel probleem om thuis op zichzelf te zijn. Nu is hij onrustig als hij alleen thuis is en piekert dan over zijn toekomst. Patiënt spreekt zelf in dit kader van een depressie.

Patiënt oogt verzorgd en jonger dan zijn kalenderleeftijd aangeeft. Het gehoorapparaat beiderzijds voorkomt auditieve beperkingen in het gesprek. Zijn visus is goed evenals de psychomotoriek. Oogcontact met de gz-psycholoog ontbreekt en er is weinig mimiek. Er zijn geen aanwijzingen voor motorische manièresismen. Sociale en emotionele wederkerigheid is marginaal aanwezig. De spraak is zacht en het taalgebruik is enigszins gekunsteld waarbij hij zijn woorden zorgvuldig kiest.

Zijn bewustzijn is helder. De aandacht is goed te trekken en redelijk vol te houden. De realiteitstoetsing is intact en zijn intelligentie wordt partieel als bovengemiddeld tot hoog ingeschat. Cognitieve stoornissen worden niet geobjectiveerd met *Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly Revised* Nederlandse versie (CAMDEX-RN; Derix et al., 2003). Het tempo van denken en handelen is enigszins vertraagd door zijn twijfelzucht. De taalexpressie is intact, zijn verteltrant is wijdlopieg en hij neigt tot afdwalen. Opvallend zijn de verbale perseveraties (zonder aanwijsbare cognitieve functiestoornissen). Er is geen sprake van decorumverlies, evenmin van motorische perseveraties of confabulaties. De stemming is gedeprimeerd. Angsten worden zowel gekaderd in een vergeetfobie als zogenaamde vierde levensfaseproblematiek. Dit betreft vooral acceptatieproblematiek ten aanzien van zijn lichamelijke achteruitgang en existentiële onderwerpen, in het bijzonder de naderende dood. Qua persoonlijkheid wordt patiënt gekenmerkt als subassertief, rigide, precies en solistisch. Ziektebesef en -inzicht zijn beperkt, zoals 'U zult straks ook wel zien hoe dement ik ben'.

Over zijn levensloop worden de volgende gegevens verzameld: Patiënt is het jongste kind van een meel- en graanhandelaar. Gegevens over partum en ontwikkelingsanamnese zijn niet be-

kend. Hij heeft drie broers en twee zussen. De sfeer in het stamgezin wordt door patiënt beschreven als aangenaam, maar hij vertelt ook dat zijn ouders hard werkten en zich niet zoveel met hem bemoeiden. Zijn jeugdervaringen worden vooral gekleurd door slechte schoolprestaties. Zelf geeft hij aan dat dit samenhangt met zijn minderwaardigheidsgevoelens. Tijdens de lagere school heeft hij de 3e klas gedoubleerd, naar eigen zeggen, door zwakke verbale prestaties evenals een slecht auditief en visueel geheugen. Door zijn matige verbale functioneren zou het contact met anderen niet zo makkelijk verlopen en ontbrak het aan jeugdvrienden. Na de lagere school volgde hij de Hogere Burger School-*bèta* (HBS-*b*) tot de 3e klas waarbij iedere klas werd gedoubleerd. In deze periode overleed zijn broer. Hij kan zich echter verder niets meer over deze ingrijpende gebeurtenis herinneren, evenmin dat hij hierover echt verdriet heeft gehad. Na zijn HBS-periode brak een 'tamelijk prettige' tijd aan bij de Zeevaartschool, gevolgd door de militaire dienstperiode. Vervolgens startte hij met de ingenieursopleiding aan de Universiteit van Leuven. Na het 2e jaar ging hij over op de opleiding psychologie, die hij ook vroegtijdig moest stoppen door tegenvallende leerprestaties. Hij besloot vervolgens als testassistent bij psychologen op de staatsmijnen in Limburg (NL) te gaan werken. Gedurende deze zeven jaar was zijn contact aldaar met collega's suboptimaal. Patiënt heeft dit echter niet als storend ervaren. Na zijn baan bij de staatsmijnen is hij bij 'Onderzoek & Psychologische Dienstverlening' gaan werken. Deze periode wordt als zeer aangenaam omschreven; het betrof solistisch werk, in het bijzonder statistische verwerking van sociaal onderzoek. Hierna functioneerde hij eveneens goed als statistisch analist bij het CITO tot zijn pensionering op 63-jarige leeftijd. In 1954 trouwde hij. Het huwelijk was zijns inziens een gedwongen keuze omdat hij als dertiger vond dat hij nu echt maar eens moest trouwen. De relatie wordt omschreven als 'niet al te best'. Hij heeft vier dochters die hem op de been hielden, aldus patiënt. Ruzies waren er volgens patiënt nauwelijks. Wel kon hij zich kwaad maken dat het kasboek inzake huishoudgeld soms niet precies klopte qua wisselgeld en bonnetjes. Na twintig jaar huwelijk heeft hij zelf de echtscheiding in gang gezet. Hierna is patiënt een LAT-relatie begonnen met zijn huidige partner. Zij ontmoeten elkaar voornamelijk in het weekend bij haar thuis. De afgelopen jaren worden vooral gekleurd door het overlijden van al zijn broers en zussen. Zeer recent spelen ook cardiale klachten een belangrijke rol in zijn dagelijks functioneren. Momenteel heeft hij weinig om handen en voelt zich eenzaam. Deze gevoelens van eenzaamheid zou hij nooit eerder hebben gehad. Het contact met zijn vier dochters is tot op heden marginaal en het ontbreekt aan een vrienden- of kennissenkring.

Zijn huidige partner omschrijft het karakter van patiënt als ietwat vreemd, lief, altruïstisch, introvert, precies en controlerend. Hij doet erg zijn best om aardig te zijn en mensen te begrijpen, waarbij hij vaak sociale situaties onvoldoende blijkt in te schatten. Dit gebeurt volgens de partner niet uit egoïsme, maar omdat hij op de een of andere manier mensen niet goed kan aanvoelen. Opvallend is dat hij door zijn precisie en de behoefte aan controle niet of nauwelijks in staat is om van patronen af te wijken. In zijn

eerdere huwelijk was hij thuis veel op zijn werkkamer en heeft hij mede daardoor weinig contact met zijn kinderen gehad. Zijn huidige relatie wordt omschreven als emotioneel vlak, echter zijn huidige partner geeft wel aan om hem te geven en wil hem niet aan zijn lot overlaten.

In de ambulante GGZ-behandeling werd bij onze patiënt gefocust op farmacotherapie (20 mg paroxetine) zodat de stemming verbetert en de angsten reduceren. Daarnaast is een ondersteunende, structurerende behandeling gestart met aandacht voor een adequate daginvulling. Patiënt nam deel aan een computercursus waardoor hij wegwijs werd gemaakt op het internet zodat hij thuis in staat is zelfstandig en bij voorkeur op vaste tijden de internetmogelijkheden te bekijken. Voorts werd ambulante woonbegeleiding ingezet om meer structuur in zijn thuissituatie aan te brengen. Ook werd veel aandacht besteed aan psycho-educatie voor de mantelzorg. Genoemde interventies leidden tot verbetering van zijn stemming en angstreductie.

### Beschouwing

Het meest opvallende ASS-kenmerk bij patiënt zijn de beperkingen in de sociale interactie. Zo ontbreekt het in zijn levensloop aan vrienden en kennissen. Ook de relatievorming is beperkt als het om intimiteit gaat en de band met zijn dochters en familieleden is suboptimaal. Bij het verlies van familieleden, of eerdere conflicten met zijn kinderen worden nauwelijks emoties beleefd. In sociale situaties wordt hij door zijn partner omschreven als iemand die anderen niet goed aanvoelt. In het gesprekscontact met de gz-psycholoog is zijn gekunsteld taalgebruik opmerkelijk. Andere aanwijzingen voor ASS zijn de beperkingen in oogcontact en mimiek bij patiënt alsmede zijn rigide, persevererende kenmerken en stereotiepe patronen waarbij vooral kan worden gedacht aan zijn preoccupatie voor getallen en repeterende zinsneden, zoals 'Ik kan niets onthouden'.

De structuur van zijn eerdere loopbaan, zijn partieel bovengemiddelde cognitieve vermogens en goede lichamelijke conditie hebben bijgedragen aan een nagenoeg evenwichtige draagkracht-draaglast tot het senium. Levensfaseproblemen op latere leeftijd, zoals verlieservaringen luxeren een verstoring van het eerdere (broze) evenwicht. Bij patiënt is in het bijzonder sprake van verlies van gezondheid, afname van bij de leeftijd passende cognitieve vermogens, verminderde autonomie en het overlijden van familieleden waardoor patiënt het gevoel heeft dat zijn eigen dood nadert. Genoemde levensfaseproblematiek overschrijdt zijn vermogen tot aanpassing waardoor bij patiënt gevoelens van leegte en eenzaamheid ontstaan. Zijn grote behoefte aan structuur en regelmaat komen door genoemde leeftijdsspecifieke verlieservaringen in het gedrang.

Diagnostisch wordt bij patiënt gedacht aan het syndroom van Asperger. Een ontwikkelingsanamnese ontbreekt echter. Zo is niet te achterhalen op welke wijze de taalontwikkeling en andere aspecten van de vroegkinderlijke ontwikkeling zijn verlopen, waardoor is overgegaan tot de classificatie 'pervasieve ontwikkelingsstoornis NAO'.

Differentiaal diagnostisch (DD) kan bij patiënt gedacht worden aan een cluster C-persoonlijkheidsstoornis. Stereotiepe patronen

van gedrag, belangstelling en activiteiten alsmede problemen in de waarneming en prikkelverwerking vormen belangrijke kenmerken bij ASS en passen doorgaans minder bij cluster C-persoonlijkheidsstoornissen. Persoonlijkheidspathologie is echter lastig te onderscheiden van de zogenaamde *high functioning autistic*, een milde variant van het prototype autist. Ouderen met deze milde ASS hebben gedurende de levensloop relatief goed gefunctioneerd door voldoende cognitieve bagage om aspecten van ASS te compenseren met de 'aangeleerde' behoefte aan sociaal contact. Het sociaal gedrag is derhalve niet volledig verstoord, maar eerder in het contact passief of vreemd aandoend. Doorgaans komt in de levensloop naar voren dat deze patiënten zijn gehuwd, kinderen hebben, de rol van arbeidsgerelateerde problematiek marginaal is geweest en zelfs door hen enkele sociale activiteiten worden ondernomen. Pas bij gericht doorvragen kan achterhaald worden wat de kwaliteit was en is van deze sociale relaties. In het bijzonder bij ouderen kan ook differentiaal diagnostisch gedacht worden aan een fronto-temporale dementie (FTD). Bij zowel een beginnende FTD als bij ASS kan sprake zijn van afwijkend cognitief functioneren. Ook de contactname en de eigen beleving van psychische problemen zijn bij beide ziekte-entiteiten doorgaans beperkt. Het onderscheid berust voornamelijk op het beloop van de problematiek (laat ontstaan versus duurzaam). Hetero-anamnestiche informatie kan hierover verder uitsluitsel geven.

Voor het stellen van de diagnose is een uitgebreide anamnese alsmede hetero-anamnese belangrijk. Voor de jong-volwassen populatie zijn hiervoor semi-gestructureerde interviews beschikbaar, zoals de ADI-R (Couteur et al, 1989). Voor ouderen zijn geen specifieke onderzoeksinstrumenten beschikbaar. Verder worden vaak de cognitieve functies in kaart gebracht in het kader van het stellen van de diagnose, omdat cognitieve defecten gepaard gaan met ASS. Deze defecten liggen voornamelijk op het gebied van het invoelen van emoties van anderen alsmede problemen in het plannen en beheersen van gedrag of op het gebied van de verwerking en samenvoeging van informatie (Baron-Cohen, 1991; Happé et al, 2001; Liss et al, 2001). Voor ouderen is de interpretatie van cognitief onderzoek zeer complex en wellicht minder bruikbaar vanwege een levenslang leereffect en kenmerken van veroudering (met name een vertraagd tempo). Bij volwassenen met HFA daarentegen kunnen genoemde aspecten een differentiërende factor zijn (Heijnen-Kohl & Van Alphen, 2009).

De (differentiaal)diagnostiek is cruciaal bij de indicatiestelling voor behandeling. Zowel bij FTD als persoonlijkheidspathologie zou een ander behandelbeleid worden gehanteerd. Bij FTD zal vooral het accent komen te liggen op het progressieve beloop van de ziekte met daarbij aandacht voor zorg- en woonbeleid, bijvoorbeeld toewerken naar verpleeghuisopname. De behandeling van ouderen met persoonlijkheidspathologie is divers waarbij een onderscheid kan worden gemaakt in drie categorieën van behandelingsvormen, namelijk persoonlijkheidsveranderende, adaptatiebevorderende en steunend-structurerende behandeling. Daarnaast bestaat er nog een groep ouderen die wel lijden aan persoonlijkheidspathologie, maar geen hulp wensen (ook niet na motiverende interventies), of bij wie directe psychologische

behandeling niet haalbaar is vanwege bijvoorbeeld ernstige cognitieve stoornissen. In beide gevallen is men aangewezen op indirecte interventiemethoden waarbij gedacht kan worden aan psycho-educatie aan de mantelzorg respectievelijk aan de professionele zorg. Eventueel kan ook op symptoomniveau farmacotherapeutisch worden geïnterveneerd (Van Alphen et al., submitted).

De behandel mogelijkheden bij ASS bestaan doorgaans uit mediatietherapie. Het verhelderen en kaderen van de problemen van de patiënt zelf en van zijn omgeving leidt tot meer begrip en verbetering van de situatie. Daarnaast kunnen ouderen met ASS, die normaal begaafd zijn, baat hebben bij cognitieve gedragstherapie (Hare, 1997; Heijnen & Van Alphen, 2009).

### Conclusie

Ouderen met relatief milde vormen van ASS kunnen voor het eerst vastlopen in de derde en vierde levensfase als gevolg van verlies van maatschappelijke rollen respectievelijk verlies van lichamelijke gezondheid, van naasten of van autonomie. Indien de omgeving, zoals familie, voldoende structuur biedt lijken behandelinterventies overbodig. Niettemin wordt door de genoemde leeftijdsspecifieke problematiek een veelal niet te realiseren beroep gedaan op de flexibiliteit, creativiteit en adaptieve vermogens van ouderen met ASS.

Het signaleren van ASS is ook bij ouderen van belang om toegespitste behandel- en begeleidingsvormen aan te kunnen bieden. Cruciaal hierbij is de hoogte van het behandeldoel goed af te stemmen met de ernst van de problematiek. Mediatietherapie vormt doorgaans een belangrijk onderdeel van de behandeling. De diagnostiek van ASS bij ouderen wordt echter gecompliceerd doordat een aantal DSM-criteria lastig is toe te passen bij ouderen en er geen specifieke meetinstrumenten voor de genoemde doelgroep voorhanden zijn. Het beschrijven van de typerende actuele gedragingen bij ouderen is wenselijk. Een criterium als 'afwezigheid van gevarieerd, spontaan fantasiespel' verdient een vertaling naar de wijze waarop dit bij ouderen geobserveerd zou kunnen worden. Wellicht komt dit kenmerk op oudere leeftijd tot uiting in een beperkter intrapsychische belevingswereld. Aanvullende gedragscriteria voor ASS bij ouderen zouden kunnen worden gerelateerd aan bekende beschrijvingen van actueel gedrag bij vol-

wassenen (o.a. Hengeveld et al., 2008) en niet zozeer op basis van kenmerken uit de ontwikkelingsanamnese. Hierbij is het ook bij ouderen van belang zowel de patiënt als diens omgeving te interviewen om een betrouwbaar beeld te krijgen. ■

### Literatuur

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision (4de, herziene versie). Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Baron-Cohen, S. (1991). The development of a theory of mind in autism: deviance and delay? *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 33-51.
- Chang, H.L., Juang, Y.Y., Wang, W.T., Huang, C.I., Chen, C.Y. & Hwang, Y.S. (2003). Screening for autism spectrum disorder in adult psychiatric outpatients in a clinic in Taiwan. *General Hospital Psychiatry*, Jul-Aug 25 (4) 284-288.
- Derix, M.M.A., Korten, E., Teunisse, S., Jellic, M., Lindeboom, J., Walstra, G.J. & Van Gool, W.A. (2003). CAMDEX-RN: de Nederlandse versie van de Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly Revised Nederlandse versie. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Gaag, R.J. van der (2003). Autismespectrumstoornissen: oorzakelijke factoren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 549-558.
- Happé, F., Briskman, J. & Fritch, U. (2001). Exploring the cognitive phenotype of autism: weak 'central coherence' in parents and siblings of children with autism: I. Experimental tests. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 299-307.
- Hare, D.G. (1997). The use of cognitive behavioural therapy with people with Asperger syndrome. *Autism*, 1, 215-225.
- Heijnen-Kohl, S.M.J. & Alphen, S.P.J. van (2009). Diagnostiek van autismespectrumstoornissen bij ouderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 339-343.
- Hengeveld, M.W., Londen, L. van & Gaag, R.J. van der (2008). Herkenning van autismespectrumstoornissen bij volwassenen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152 (24), 1353-1357.
- James, I.A., Mukaetova-Ladinska, E., Reichelt, E.K., Briel, R. & Scully, A. (2006). Diagnosing Aspergers syndrome in the elderly: a series of case presentations. *International Journal of geriatric psychiatry*, 21, 951-960
- LeCouteur, A., Rutter, M., Lord, C., e.a. (1989). Autism Diagnostic Interview: a Standardized Investigator-Based Instrument. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19, 363-387.
- Liss M., Fein, D., Allen, D., e.a. (2001). Executive functioning in high-functioning children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 261-270.
- Naidu, A., James, I., Mukaetova-Ladinska, E. & Brie, I.R. (2006). Diagnosis of Asperger syndrome in a 66-year-old male presenting with depression. *International Psychogeriatrics MAR*; 18(1),171-173.
- Nylander L., Gillberg C., Screening for autism spectrum disorders in adult psychiatric out-patients: a preliminary report, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001: 103: 428-434.
- Van Alphen, S.P.J., Bolwerk, N., Videler, A.C., Tummers, J.H.A., Van Royen, R.J.J., Barendse, H.P.J. & Verheul, R. (submitted). Age-specific aspects in diagnosis and treatment of personality disorders in older adults. A Delphi-study among Dutch and Belgian experts.

- Dr. S.P.J. van Alphen en drs. S.M.J. Heijnen-Kohl zijn als GZ-psychologen werkzaam bij de divisie Ouderen van Mondriaan, postbus 4436, 6401 CX Heerlen. E-mail: spj.vanalphen@planet.nl