

HELENA ESPÍRITO-SANTO
FERNANDA DANIEL
(COORDS.)

IMPrensa DA
UNIVERSIDADE
DE COIMBRA
COIMBRA
UNIVERSITY
PRESS

TRAJETOS DO ENVELHECIMENTO

PERSPETIVAS TEÓRICAS E EMPÍRICAS



5. ENVELHECIMENTO E SAÚDE MENTAL

III: PSICOSE E PERTURBAÇÕES DA PERSONALIDADE

*Mariana Marques, Sónia Simões
e Inês Chiote Rodrigues*

INTRODUÇÃO

Reservámos este capítulo à doença mental grave com curso eminentemente crónico e de início, habitualmente, em idades mais jovens e de difícil tratamento.

Estes doentes, devido à sua condição, raramente se equiparam para lidar com os problemas que a idade avançada levanta. Muitos, especialmente os que sofrem de algum tipo de doença psicótica, dificilmente conseguiram ter ou manter um emprego que lhes permitisse ter uma reforma na idade avançada. Outros, dificilmente criaram relações sociais ou amorosas sólidas que lhes servissem de rede social de apoio.

Outros, ainda, toda a sua vida dependeram de cuidadores, habitualmente mais velhos. Ora, à medida que os seus cuidadores desapareceram, as alternativas que lhes restaram foram instituições que dão resposta social a idosos, sendo a maior parte delas estruturas residenciais. No entanto, este tipo de instituição de suporte, carece, na sua grande maioria, de apoio psicológico e psiquiátrico especializado.

Nestas instituições, a coabitação de idosos demenciados com idosos com algum tipo de doença mental está a tornar-se uma realidade em Portugal. Neste contexto, os erros de diagnóstico e as consequentes dificuldades no tratamento podem causar diferentes tipos de problemas. O uso de medicamentos, nalguns casos, durante toda a vida adulta, acarreta também consigo alterações cognitivas, complicando a tarefa de diagnóstico e a implementação de tratamentos adequados.

Este grupo de doentes que se encontra institucionalizado é um grupo complexo, heterogéneo e carente de cuidados apropriados. Nesse sentido, este capítulo aborda várias doenças mentais no idoso, particularizando-se as características que as distinguem das idades mais jovens.

PSICOSE E ESQUIZOFRENIA NA IDADE AVANÇADA

A prevalência das perturbações psicóticas diminui nas idades avançadas, especialmente a esquizofrenia e a perturbação esquizofreniforme, embora a prevalência dos sintomas psicóticos seja alta. A prevalência de distúrbios psicóticos em idosos varia entre 0,2% a 4,75% em amostras comunitárias, e 8% a 10% em estruturas residenciais para pessoas idosas (Giblin, Clare, Livingston, & Howard, 2004; Zayas & Grossberg, 1998). Numa revisão de 2011, Skoog refere que estudos populacionais mostram, ainda, que a prevalência de sintomas psicóticos autorrelatados, em idosos sem demência, varia entre 1,7% e 4,2%, alertando para o facto destes valores subirem para 10% e 8% em idosos sem demência (com 85 anos e 95 anos de idade, respetivamente) quando combinadas diferentes fontes de informação (como a de familiares). Num estudo com uma ampla amostra asiática (tendo em conta que muitos dos estudos foram realizados com populações ocidentais), foi encontrada uma prevalência de 5,2% (para

qualquer sintoma psicótico) numa amostra de idosos sem demência (Subramaniam et al., 2016). Em 2003, McAlpine apresentou, como estimativa para 2020 em termos de prevalência, o valor de 17,6% (e em 2035 de 21,5%) em pessoas com 65 anos ou mais. No entanto, a prevalência de sintomas psicóticos varia em diferentes populações e contextos. Por exemplo, Östling e Skoog (2002) constataram que 10,1% da sua amostra de adultos sem demência, residentes na comunidade e com mais de 85 anos apresentavam sintomas psicóticos, a maioria dos quais associados a depressão. Entretanto, os sintomas psicóticos em pessoas com demência podem ser superiores a 60% (Zayas & Grossberg, 1998). Cohen (2000) estimou que pelo menos 80% das pessoas idosas com esquizofrenia vivem em comunidade e as restantes residem em lares de idosos ou em internamentos psiquiátricos.

CLASSIFICAÇÃO DAS PERTURBAÇÕES PSICÓTICAS NO IDOSO

É importante fazer o diagnóstico diferencial das perturbações psicóticas na população idosa, dados os diferentes prognósticos e tipos de tratamento. As perturbações psicóticas podem ser classificadas como perturbações psicóticas primárias ou secundárias. As primeiras incluem a esquizofrenia e as perturbações relacionadas — perturbações esquizoafetiva, esquizofreniforme, delirante ou psicótica breve – e a psicose afetiva – perturbação bipolar ou depressão unipolar, ambas com características psicóticas. As segundas incluem o delírio associado a sintomas psicóticos – sintomas psicóticos associados à medicação ou abuso de substâncias ou a perturbações médicas – e a psicose associada a vários tipos de demência – Alzheimer, Demência Vascular, Demência de corpos de Lewy e outras demências com psicose (Desai & Grossberg, 2003).

A ESQUIZOFRENIA NO IDOSO E AS ALTERAÇÕES DOS SINTOMAS COM A IDADE

A esquizofrenia, representante mais característica das perturbações psicóticas, tem como principais características a existência de duas categorias de sintomas, os sintomas positivos e os sintomas negativos. Os sintomas positivos correspondem aos delírios, alucinações, perturbações no pensamento e certas perturbações no movimento. Os sintomas negativos estão relacionados com perturbações na emoção e no comportamento, como o embotamento afetivo, anedonia, motivação diminuída e afastamento social (Pearman & Batra, 2012). A esquizofrenia é uma perturbação que normalmente tem o seu início na idade adulta e mantém-se ao longo da vida. No entanto, 15% da população idosa com esquizofrenia desenvolveu uma esquizofrenia de início tardio, o que corresponde ao princípio dos sintomas depois dos 44 anos de idade (Folsom et al., 2006). A maioria dos pacientes com esquizofrenia de início tardio tem o seu início na meia-idade. O início depois dos 65 anos geralmente significa um início muito tardio da esquizofrenia, como a psicose, a qual normalmente é secundária a condições médicas gerais, como a demência ou outras perturbações neurodegenerativas. O curso da esquizofrenia na idade avançada apresenta, deste modo, algumas diferenças clínicas entre a esquizofrenia de início precoce e a esquizofrenia de início tardio, sobretudo em relação ao declínio cognitivo, à remissão e à natureza e importância das condições e cuidados médicos dos idosos com esquizofrenia (Folsom et al., 2006).

As pessoas com início tardio da esquizofrenia tendem a ter um melhor funcionamento pré-mórbido, menos sintomas negativos graves e menos alterações cognitivas acentuadas do que os idosos com esquizofrenia de início precoce (Folsom et al., 2006). A esquizofrenia do subtipo paranoide é também mais comum entre os pacientes

com início tardio da doença. Adicionalmente, uma esquizofrenia de início tardio não exige dosagens de antipsicóticos tão elevadas como a esquizofrenia de início precoce, para além de apresentar melhor prognóstico (Folsom et al., 2006; Howard, Rabins, Seeman, Jeste, & the International Late-Onset Schizophrenia Group, 2000; Wetherell & Jeste, 2004).

Estudos recentes têm demonstrado que os sintomas da esquizofrenia melhoram com a idade. As pessoas idosas têm geralmente menos sintomas positivos e menos graves do que os indivíduos mais jovens. No entanto, os idosos com esquizofrenia de início tardio tendem a experienciar mais sintomas positivos e menos sintomas negativos do que os idosos com esquizofrenia de início precoce. Ou seja, delírios persecutórios e paranoides e alucinações visuais, táteis e auditivas tendem a ser mais frequentes nos idosos com esquizofrenia de início tardio (Pearman & Batra, 2012). Estes sintomas podem piorar com uma história de funcionamento pobre à medida que se avança na idade (especialmente em pacientes institucionalizados). Em relação aos sintomas negativos, estes tendem a continuar com o avançar da idade (Palmer, McClure, & Jeste, 2001; Schultz et al., 1997). Contudo, as alterações nestes sintomas estão mais correlacionadas com a cronicidade do sintoma, com alterações funcionais e cognitivas, com sinais neurológicos leves como a limitação da coordenação motora fina e com a institucionalização do que com a idade do paciente.

Relativamente às diferenças de sexo, as mulheres são mais suscetíveis de desenvolver uma esquizofrenia de início tardio do que os homens, ao contrário do que acontece no início precoce da esquizofrenia que tem uma prevalência maior nos homens (Cohen, 2000; Desai & Grossberg, 2003; Dickerson, 2007; Folsom et al., 2006; Palmer et al., 2001; Wetherell & Jeste, 2004).

O envelhecimento está associado a uma remissão completa dos défices sociais em 25% dos pacientes com esquizofrenia, enquanto

outros 40% demonstram uma melhoria significativa nos sintomas, especialmente no que diz respeito aos sintomas positivos (Desai & Grossberg, 2003). Os fatores que contribuem para um melhor prognóstico incluem: ser do sexo feminino, desenvolver a doença tardiamente, ser casado e obter tratamento adequado no início da doença (Desai, Seraji, Redden, & Tatini, 2010; Wetherell & Jeste, 2004).

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À PSICOSE NO IDOSO

Para além das diferenças nos sinais e sintomas típicos, as perturbações psicóticas de início tardio caracterizam-se também por diferenças nos fatores de risco. A identificação dos fatores de risco para a psicose na população idosa é essencial para a compreensão dos processos patológicos subjacentes e da sua relação com a esquizofrenia em pacientes mais jovens.

Existem vários fatores de risco que predis põem os idosos ao desenvolvimento das perturbações psicóticas. Brunelle, Cole e Elie (2012), num estudo sobre os fatores de risco para a psicose de início tardio, identificaram cinco fatores de risco significativos: história de sintomas psicóticos, problemas cognitivos, estado de saúde pobre, deficiência visual e acontecimentos negativos de vida. Para além destes fatores de risco, existem outros fatores como as perturbações psiquiátricas comórbidas (especialmente a demência e o delírio), o isolamento social, traços de personalidade como a inexpressividade ou impertinência e o abuso de substâncias (Desai & Grossberg, 2003). Quin, Clare, Ryan e Jackson (2009) descobriram, ainda, que além de um padrão de isolamento social, a sensação de se ser diferente dos outros e a tendência para lidar com os desafios sozinho, são também fatores de risco para a psicose de início tardio.

TRATAMENTO DA PSICOSE NO IDOSO

No que diz respeito ao tratamento dos idosos com esquizofrenia ou com sintomas psicóticos, as intervenções psicossociais e psicofarmacológicas usadas nos pacientes mais jovens são também adequadas para os idosos. No entanto, em relação aos antipsicóticos, existe um maior risco de efeitos secundários extrapiramidais, sobretudo a discinesia tardia, nos indivíduos idosos, pelo que os antipsicóticos de segunda geração são mais recomendados (Pearman & Batra, 2012; Talaslahti et al., 2013; Wetherell & Jeste, 2004). A maioria dos efeitos adversos da medicação são mais prevalentes na população idosa do que nos indivíduos mais jovens, pelo que os clínicos devem começar com uma dose mais baixa de medicação e aumentá-la gradualmente. Os indivíduos com esquizofrenia de início tardio devem tomar metade da dose antipsicótica típica que é tomada pelos idosos com esquizofrenia de início precoce. O tratamento farmacológico deve durar vários anos, embora se possam reduzir as doses com o avançar da idade (Cohen, 2000; Pearman & Batra, 2012; Wetherell & Jeste, 2004).

As intervenções psicossociais são muito úteis juntamente com o tratamento farmacológico, assim como juntamente com a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e o treino de aptidões sociais. A TCC e o treino de aptidões sociais podem melhorar o funcionamento, a gestão da doença e os sintomas de perturbação do humor nos idosos com esquizofrenia. Também algumas modificações ambientais, como, por exemplo, a remoção de espelhos nas casas de pacientes delirantes, que acreditam que existem pessoas a viver nas paredes, pode aliviar o stresse. A acrescentar a isto, o contacto social e as atividades estruturadas (como os exercícios de grupo) podem beneficiar os pacientes com psicose. Por último, ensinar os cuidadores sobre as várias formas de trabalhar com estes pacientes, usando técnicas de distração ou não desafiando diretamente as suas

ideias falsas, pode reduzir os níveis de ansiedade e depressão, tanto dos pacientes como dos seus cuidadores (Jeste & Maglione, 2013; Wetherell & Jeste, 2004).

PERTURBAÇÃO DA PERSONALIDADE

As perturbações de personalidade constituem um grupo de perturbações que pode ser considerado como «polémico» no que diz respeito à sua operacionalização/categorização. Ainda que surjam categorizadas, desde a sua primeira versão, no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), a sua organização foi alterada ao longo das várias versões. Na versão mais recente (American Psychiatric Association [APA], 2013/2014, p. 773), a definição de perturbação de personalidade geral implica:

«[...] um padrão duradouro de experiência interna e comportamento que se desvia marcadamente do esperado na cultura do indivíduo. Este padrão é manifestado em 2 (ou mais) das seguintes áreas: cognição [...], afetividade [...], funcionamento interpessoal [...] ou controlo dos impulsos. O padrão duradouro é inflexível e global numa grande variedade de situações pessoais e sociais [...] origina mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes de funcionamento. O padrão é estável, de longa duração, e o seu início ocorreu o mais tardar na adolescência ou no início da idade adulta [...]

Este manual apresenta, então, no grupo das perturbações de personalidade, dez perturbações organizadas em três *clusters* que se baseiam em temas subjacentes, e com critérios de diagnóstico específicos. Assim, no *cluster* A (grupo dos estranhos e excêntricos)

aparecem as perturbações de personalidade paranoide, esquizoide e esquizotípica. No *cluster* B (grupo dos dramáticos e teatrais) incluem-se as perturbações de personalidade antissocial, *borderline*, histriónica e narcísica. O *cluster* C (dos ansiosos ou receosos) inclui as perturbações de personalidade evitante, dependente e obsessivo-compulsiva. A categoria de perturbação de personalidade sem outra especificação (SOE) é usada nos casos em que as pessoas apresentam indicações de perturbação de personalidade, mas em que não preenchem a totalidade dos critérios de nenhuma das perturbações (APA, 2013/2014).

No que toca à prevalência das perturbações de personalidade, esta é estimada como sendo de 5,7% para o *cluster* A, de 1,5% para as perturbações incluídas no *cluster* B e de 6% para as perturbações englobadas no *cluster* C. É referida uma prevalência de 9,1% para a comorbilidade de perturbações dos diferentes *clusters* (APA, 2013/2014). O *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* refere que aproximadamente 15% dos adultos da população geral apresentam pelo menos uma perturbação de personalidade (Hasin & Grant, 2015).

A PERTURBAÇÃO DA PERSONALIDADE EM IDOSOS

A literatura é escassa no que diz respeito às perturbações de personalidade em idosos. Numa primeira metanálise (com 11 estudos), Abrams e Horowitz (1996) encontraram uma prevalência média de 10% para as perturbações de personalidade de adultos com mais de 50 anos. Posteriormente, incluindo 16 estudos, os mesmos autores encontraram uma prevalência de 20% (Abrams & Horowitz, 1999). Já os estudos com idosos em situação de internamento apontam para valores de prevalência superiores, entre os 20% e os 70% (Ames & Molinari, 1994; Coolidge, Burns, Nathan, & Mull, 1992; Coolidge,

Segal, Hook, & Stewart, 2000). Abrams e Horowitz (1999) verificaram, ainda, que as perturbações de personalidade paranoide e a esquizoide seriam as mais frequentes em idosos. Por seu lado, estudos posteriores referem que as perturbações de personalidade incluídas no *cluster* C (personalidade evitante, dependente e obsessivo-compulsiva) são as mais diagnosticadas em idosos (Kenan et al., 2000; Kunik et al., 1994; Vine & Steingart, 1994).

Pode concluir-se, então, que a prevalência para perturbação de personalidade se encontra entre 10 a 20%, sendo referidas maiores prevalências nos *clusters* A e/ou C. A literatura sublinha várias hipóteses explicativas para as diferenças na prevalência das perturbações de personalidade incluídas nos três *clusters*. Assim, estudos transversais parecem mostrar que as perturbações de personalidade do *cluster* A e C tendem a permanecer estáveis ao longo da vida, ao passo que as perturbações do *cluster* B (e.g., perturbação de personalidade antissocial e perturbação de personalidade *borderline*) tendem a diminuir com a meia idade (e.g., Bennasar & Arroyo, 1998; Engels, Duijsens, Haringsma, & van Putten, 2003; Kenan et al., 2000; Morse & Lynch, 2004; Stevenson, Meares, & Comerford, 2003; Ullrich & Coid, 2009). Alguns autores referem que uma menor prevalência do *cluster* B em idosos pode associar-se a uma maior mortalidade neste grupo, nomeadamente pela presença de comportamentos de risco (Fishbain, 1996; Stone, 1993). No mesmo sentido, como refletem van Alphen, Derksen, Sadavoy e Rosowsky (2012), algumas características/manifestações típicas do *cluster* B podem «enfrentar» mais dificuldades em se expressar em idosos, nomeadamente em contextos como os lares.

Não obstante, as perturbações de personalidade podem ser subidentificadas em idosos, principalmente porque a maioria dos idosos não preenche a totalidade dos critérios para cada perturbação (Morse & Lynch, 2004). Importa referir que as estimativas de prevalência destas perturbações em idosos são também influenciadas pela

comorbilidade elevada com as perturbações depressivas nesta fase da vida (Abrams, 1996; Kunik et al., 1994).

De facto, os estudos mostram que os idosos com depressão major apresentam maior prevalência de perturbações de personalidade (sobretudo as do *cluster C*), do que idosos sem este diagnóstico (Agbayewa, 1996; Devanand et al., 1994). As estimativas em idosos de comorbilidade das perturbações de personalidade com depressão variam entre 24% e 61% (Kunik et al., 1994; Molinari & Marmion, 1995). Os estudos mostram, inclusive, que um início mais precoce de depressão em idosos está associado a maiores níveis de psicopatologia da personalidade, comparativamente a um quadro de depressão com início mais tardio (Abrams, Rosendahl, Card, & Alexopoulos, 1994; Camus, de Mendonça Lima, Gaillard, Simeone, & Wertheimer, 1997; Devanand et al., 2000).

A presença de comorbilidade entre uma perturbação de personalidade e a depressão aumenta, igualmente, o risco de suicídio, por oposição com os casos em que só esteja presente um quadro depressivo (Kunik et al., 1993). Na população geral, os custos com a saúde associados à presença de uma perturbação da personalidade são o dobro das situações em que estas perturbações não estão presentes (Rendu, Moran, Patel, Knapp, & Mann, 2002).

ESTUDOS EMPÍRICOS SOBRE O TRATAMENTO DA PERTURBAÇÃO DA PERSONALIDADE EM IDOSOS

A psicopatologia da personalidade está também associada a uma pior resposta em termos de tratamento, nomeadamente quanto ao tratamento com antidepressivos, terapia interpessoal, placebo e medicação combinada com terapia (Fiorot, Boswell, & Murray, 1990; Ilardi, Craighead, & Evans, 1997; Kunik et al., 1994; Paris, 2003; Thase, 1996; Thompson, Gallagher, & Czirr, 1988). Igualmente,

aquela psicopatologia também se associa a uma maior cronicidade dos quadros psicopatológicos, como a depressão, destacando-se frequentes recaídas ou manutenção das dificuldades (Morse & Lynch, 2004; Stek, van Exel, van Tilburg, Westendorp, & Beekman, 2002; Vine & Steingart, 1994). Alguns estudos mostraram, ainda, que a presença de perturbações de personalidade associa-se a prejuízo do funcionamento mesmo depois dos sintomas afetivos terem melhorado (Abrams, 1996), a menor apoio social (Vine & Steingart, 1994), a menor qualidade de vida, a maior incapacidade e a maiores taxas de suicídio (Iliceto, Fino, Sabatello, & Candilera, 2014; Lyness, Caine, Conwell, King, & Cox, 1993).

Lynch e colaboradores (2007) discutem os motivos pelos quais existe procura de tratamento por parte de pessoas idosas com perturbações de personalidade, particularmente quando estas são sentidas como egossintônicas. Os autores referem que, possivelmente, os idosos com estas perturbações já procuraram várias vezes apoio para os sintomas resultantes de quadros depressivos ou das perturbações de personalidade, e que poderão não ter sentido melhorias significativas. É também possível que os padrões rígidos presentes nas perturbações relativas ao *cluster C* apenas venham a causar grande sofrimento e prejuízo numa idade mais tardia, depois de vários stressores e de variados problemas interpessoais. A acumular a estes aspetos, o curso da vida também conduz a alterações nas redes sociais dos idosos, nos seus confidentes (e.g., perdas por morte e doença), na situação profissional e saúde, o que pode aumentar a motivação destes idosos para um processo terapêutico, segundo Lynch e colaboradores (2007).

Não existem estudos que abordem o efeito do tratamento nas perturbações de personalidade em idosos, sem que exista comorbilidade com outro quadro. De Leo, Scocco e Meneghel (1999) expressaram que as modalidades de tratamento que focam as mudanças de personalidade em idosos são demasiado ambiciosas. Estes autores

consideram que a deterioração cognitiva, as perturbações somáticas graves, as dificuldades ao longo da vida em aceitar situações difíceis e uma história de relações interpessoais difíceis podem complicar as terapias focadas no *insight*. Deste modo, recomendaram um conjunto de modalidades de tratamento para idosos, focadas sobretudo na terapia cognitivo-comportamental, na terapia psicanalítica de curta duração, na terapia comportamental dialética e na psicoterapia interpessoal.

De Leo e colaboradores (1999) aconselham particularmente as duas últimas modalidades, que focam as relações e os comportamentos atuais dos idosos. As duas primeiras abordagens psicoterapêuticas, segundo os autores, podem não ser tão indicadas por implicarem grandes exigências em termos de introspeção e pensamento abstrato. Porém, não existem estudos que confirmem ou refutem estas afirmações, que são até contrárias às evidências sobre a eficácia da terapia cognitivo-comportamental e da terapia psicanalítica de curta duração no tratamento das perturbações de ansiedade e da depressão em idosos (Hendriks, Oude Voshaar, Keijsers, Hoogduin, & van Balkom, 2008; Piquart, Duberstein, & Lyness, 2007).

Lynch e colaboradores (2007) verificaram, num pequeno estudo controlado aleatorizado ($n = 35$), que a terapia comportamental dialética juntamente com a terapia farmacológica parece reduzir as taxas de remissão de depressão por oposição com o tratamento apenas farmacológico, em doentes com depressão em comorbilidade com perturbação de personalidade. Importa, porém, referir que neste estudo não fica claro se a terapia era direcionada à depressão, à perturbação de personalidade ou a ambas. Refira-se, ainda, que alguns estudos de caso e revisões empíricas indicam que a terapia cognitivo-comportamental e a terapia focada nos esquemas podem ser úteis em idosos, ainda que sofrendo ligeiras adaptações (Bizzini, 1998; Dick & Gallagher-Thompson, 1995; Laidlaw, 2001; van Alphen, 2010).

DIAGNÓSTICO E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE PERTURBAÇÃO DE PERSONALIDADE EM IDOSOS

Para se diagnosticar as perturbações de personalidade e assegurar a escolha das melhores opções de tratamento, é essencial realizar avaliações clínicas, administrar entrevistas semiestruturadas, solicitar o preenchimento de questionários de autorrelato e que outros informantes também possam preencher alguns questionários. Porém, os critérios de diagnóstico das perturbações de personalidade não têm em consideração as situações e experiências de vida dos idosos. Neste sentido, um estudo com uma amostra da população geral (entre os 18 e os 98 anos) revelou que 29% dos critérios do DSM para estas perturbações conduziu a erros de avaliação no caso dos idosos (Balsis, Gleason, Woods, & Oltmanns, 2007). No que toca, de uma forma particular, à perturbação de personalidade antissocial, o estudo de van Alphen, Nijhuis, & Oei (2007), com psicólogos e psiquiatras forenses mostrou que os critérios do DSM-IV não se aplicam totalmente a idosos, com apenas três dos sete critérios a revelarem ser úteis.

Refram-se alguns instrumentos específicos para avaliação das perturbações de personalidade nos idosos. O *Longitudinal, Expert, All Data* (LEAD; Spitzer, 1983) baseia-se na ideia de um diagnóstico de consenso, obtido usando diferentes dados longitudinais (observação, dados biográficos, dados de informantes, testes, registos médicos e até experiências dos cuidadores dos doentes). Especialistas em perturbações de personalidade que participaram num estudo sobre a capacidade de diagnóstico do LEAD, consideraram que o seu uso, combinado com uma abordagem de diagnóstico multidimensional é muito ajustado à avaliação destas perturbações em idosos (van Alphen, Derksen, Sadavoy, & Rosowsky, 2012).

Para além dos critérios de diagnóstico para perturbações de personalidade serem inadequados em idosos e das limitações associadas

a usar sempre o LEAD (a avaliação é morosa), existem poucos instrumentos e entrevistas validados para avaliar estas perturbações em idosos (Oltmanns & Balsis, 2011). Os instrumentos existentes implicam que os idosos tenham a capacidade de manter a atenção e tal pode ser difícil, atendendo às condições de vida de vários idosos. Muitas vezes os itens estão, também, formulados de forma muito abstrata e as suas respostas podem ficar comprometidas por problemas sensoriais e motores (van Alphen, Engelen, Kuin, Hoijtink, & Derksen, 2006).

Independentemente destas limitações, existem alguns instrumentos especificamente desenvolvidos e validados para avaliar as perturbações de personalidade em idosos. A ***Gerontological Personality Disorders Scale*** (GPS; Tummers, Hoijtink, Penders, Derksen, & van Alphen, 2011; van Alphen et al., 2006) é uma escala híbrida que avalia estas perturbações, com 52 itens.

O ***Dutch Informant Personality Questionnaire*** (HAP; Barendse, Thissen, Rossi, Oei, & van Alphen, 2013) é um instrumento com 62 itens, a ser preenchido por um informante. É pedido aos informantes que respondam ao instrumento, recordando o comportamento do paciente antes de sofrer de uma perturbação do Eixo I (pré-mórbida), como uma demência ou uma depressão grave, procurando assim diminuir os enviesamentos da presença de um diagnóstico do Eixo I, na avaliação dos sintomas e traços de personalidade.

Já o ***Wisconsin Personality Disorder Inventory IV*** (WISPI; Klein & Benjamin, 1996; Smith, Klein, & Benjamin, 2013) permite avaliar as características de perturbação de personalidade em amostras de idosos.

Instrumentos mais gerais na avaliação da personalidade podem ser usados para rastrear a patologia da personalidade em idosos, como o **NEO-PI-R** (Van den Broeck, Rossi, Dierckx, & De Clercq, 2012), com base no modelo dos cinco fatores da personalidade. Este instrumento foi validado para ser usado com informantes

e estandardizado para se usar com idosos (Archer et al., 2006). Foi igualmente desenvolvida uma versão curta para uso com idosos (Mooi, Comijs, De Fruyt, De Ritter, Hoekstra, & Beekman, 2011). Apesar do modelo dos cinco fatores (*Five Factor Model/FFM*; neuroticismo, extroversão, amabilidade, abertura à experiência e conscienciosidade) ter sido criado para avaliar os traços gerais de personalidade, mostrou captar com sucesso as perturbações de personalidade do DSM-IV (Saulsman & Page, 2004). Nesta linha, Miller, Bagby, Pilkonis, Reynolds e Lynam (2005) desenvolveram uma versão mais simples da técnica de contabilização de perturbações de personalidade, seguindo o FFM, que passa pela soma das pontuações do sujeito em diferentes facetas do instrumento, permitindo assim avaliar a presença de certas perturbações de personalidade. Lawton, Shields e Oltmanns (2011) validaram esta técnica numa amostra comunitária de adultos com idades entre os 55 e os 64 anos.

Numa revisão da literatura, Debast, van Alphen, Rossi, Tummers, Bolwerk, Derksen, & Rosowsky (2014) testaram se as características de personalidade podem mudar ao longo da vida, considerando o FFM ou os diagnósticos do DSM-IV. O neuroticismo, a extroversão, e a abertura à experiência parecem diminuir à medida que as pessoas envelhecem, ao passo que a amabilidade e a conscienciosidade parecem aumentar com a idade. Nesta revisão, os autores constataram que as perturbações de personalidade de acordo com o DSM-IV se manifestam de maneiras distintas, em função da idade, designadamente em dois estudos longitudinais e três estudos transversais. Referem, então, a importância de uma avaliação com itens não influenciados pela idade (neutros em função da idade) e com recurso a informantes, o que pode melhorar a fidelidade dos estudos.

Nos idosos, as demências, nomeadamente a doença de Alzheimer, apresentam uma natureza heterogénea com variação na idade de início, padrão de prejuízo cognitivo, problemas comportamentais e

mudanças de personalidade (Barreto, 2005). Os sintomas neuropsiquiátricos de demência podem, então, tomar a forma de mudanças afetivas, psicóticas, comportamentais e perturbações/mudanças de personalidade.

Jacomb e Jorm (1996), usando um inventário de personalidade desenvolvido por Goldberg (1990), que segue o modelo dos cinco fatores, identificaram em idosos com demência tipo Alzheimer uma diminuição das pontuações na conscienciosidade, abertura à experiência, extroversão e amabilidade e aumento da pontuação no neuroticismo. Outros estudos revelam o mesmo padrão de alterações (e.g., Archer et al., 2006; Dawson, Welsh-Bohmer, & Siegler, 2000), sendo importante enfatizar a revisão sistemática de Wahlin e Byrne (2011) que sublinham que nos quadros demenciais os traços de personalidade que denotam uma maior alteração são a conscienciosidade (que diminui) e o neuroticismo (que aumenta).

Sendo as mudanças de personalidade um aspecto consistente da fenomenologia da doença de Alzheimer (Aitken, Simpson, & Burns, 1999; Purandare, Bloom, Page, Morris, & Burns, 2002; Siegler, Dawson, & Welsh, 1994), ainda não é consensual o papel que os fatores de personalidade pré-mórbidos podem ter em termos da manifestação de demências. Alguns autores consideram que os pacientes com demência mantêm as suas personalidades (Balsis, Carpenter, & Storandt, 2005; Gilley, Wilson, Bienias, Bennett, & Evans, 2004; Kolanowski & Whall, 1996; Wilson et al., 2003) e que as mudanças de personalidade que aparecem com a evolução da doença são como que uma acentuação dos traços pré-mórbidos de personalidade. Portanto, os eventuais sintomas comportamentais e psicológicos em idosos com Alzheimer poderão refletir simplesmente traços de personalidade prévios (Kolanowski & Whall, 1996).

Já alguns autores referem que a incidência elevada de mudança de personalidade na demência de Alzheimer e no declínio cognitivo ligeiro podem funcionar como um marcador precoce destas

condições (Strauss, Pasupathi, & Chatterjee, 1993). Nesta continuidade, Duchek, Balota, Storandt e Larsen (2007) mostraram que a personalidade pré-mórbida pode ajudar a discriminar idosos na fase inicial da demência de Alzheimer de idosos «normais». Também Archer e colaboradores (2006) verificaram que o estilo pré-mórbido de personalidade pode prever a probabilidade de certos sintomas comportamentais e psicológicos de demência se manifestarem. Por fim, o estudo longitudinal de Crowe, Andel, Pedersen, Fratiglioni e Gatz (2006) sublinhou que níveis mais elevados de neuroticismo prévios, avaliados vinte cinco anos antes, se associam a um maior risco de prejuízo cognitivo.

Finalmente, importa referir a síndrome de Diogenes que está associada a declínio funcional e que pode refletir uma variante clínica das perturbações de personalidade, caracterizando-se por sintomas comportamentais como a autonegligência, o comportamento de acumulação e de desarrumação doméstica (Ngeh, 2000; Reyes-Ortiz, 2001; Shah, 1995; Wrigley & Cooney, 1992). Muitas pessoas com a síndrome de Diogenes frequentemente apresentam traços de personalidade subclínica: pouca simpatia, teimosia, agressividade, independência, excentricidade, paranoia, desligamento, compulsividade, narcisismo e falta de *insight*. Esta síndrome apresenta uma incidência anual estimada de 0,5 para 1.000 na população de idosos (Cole, Gillett, & Fairbairn, 1992; Ngeh, 2000; Reyes-Ortiz, 2001; Shah, 1995).

CONCLUSÃO

Neste capítulo, especificamente dedicado à doença mental grave, são abordadas as perturbações psicóticas e as perturbações da personalidade em idosos. Em ambos os casos começa-se por explorar aspetos de diagnóstico e epidemiológicos. No caso dos quadros

psicóticos, são abordadas detalhadamente a esquizofrenia com início tardio e as diferenças desta relativamente à esquizofrenia de início precoce, a qual é mais frequente no início da idade adulta. Não são esquecidos os fatores de risco para o desenvolvimento de uma perturbação psicótica nesta fase da vida e são sintetizadas, brevemente, as abordagens psicossociais e psicofarmacológicas usadas no tratamento de idosos com esquizofrenia ou com sintomas psicóticos.

No que toca às perturbações de personalidade em idosos, é abordada a sua comorbilidade com os quadros depressivos, bem como o facto da presença de uma perturbação de personalidade condicionar a cronicidade de diferentes quadros psicopatológicos e uma pior resposta em termos de diferentes modalidades de tratamento. Não existem, aliás, estudos sobre o tratamento das perturbações de personalidade em idosos sem comorbilidade com outros quadros e parece premente a realização de mais estudos que explorem diferentes abordagens terapêuticas, já que não tem havido consenso. Verifica-se, igualmente, a existência de poucos instrumentos de autorrelato e de entrevistas validadas para avaliar estas perturbações em idosos.

Termina-se o capítulo abordando a associação entre as alterações de personalidade e a demência, explorando o facto de um dos sintomas neuropsiquiátricos de demência mais comum ser precisamente as alterações/perturbações de personalidade, sublinhando as hipóteses das mudanças de personalidade na demência serem apenas uma acentuação de traços pré-mórbidos de personalidade ou serem mesmo marcadores precoces de uma demência.

Referências bibliográficas

Abrams, R. C. (1996). Personality disorders in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(9), 759-763. doi:10.1002/(sici)1099-1166(199609)11:9<759::aid-gps497>3.0.co;2-t

- Abrams, R. C., & Horowitz, S. V. (1996). Personality disorders after age 50: A meta-analysis. *Journal of Personality Disorders, 10*(3), 271-281. doi:10.1521/pedi.1996.10.3.271
- Abrams, R. C., & Horowitz, S. V. (1999). Personality disorders after age 50: A meta-analytic review of the literature. In E. Rosowsky, R. C. Abrams, & R. A. Zweig (Eds.), *Personality disorders in older adults: Emerging issues in diagnosis and treatment* (1.^a ed., pp. 55-68). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Abrams, R. C., Rosendahl, E., Card, C., & Alexopoulos, G. S. (1994). Personality disorder correlates of late and early onset depression. *Journal of the American Geriatrics Society, 42*(7), 727-731. doi:10.1111/j.1532-5415.1994.tb06532.x
- Aitken, L., Simpson, S., & Burns, A. (1999). Personality change in dementia. *International Psychogeriatrics, 11*(3), 263-271. doi:10.1017/s1041610299005827
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5.^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores (Trabalho original em inglês publicado em 2013).
- Ames, A., & Molinari, V. (1994). Prevalence of personality disorders in community-living elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 7*(3), 189-194. doi:10.1177/089198879400700311
- Archer, N., Brown, R. G., Boothby, H., Foy, C., Nicholas, H., & Lovestone, S. (2006). The NEO-FFI is a reliable measure of premorbid personality in patients with probable Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 21*(5), 477-484. doi:10.1002/gps.1499
- Balsis, S., Carpenter, B. D., & Storandt, M. (2005). Personality change precedes clinical diagnosis of dementia of the Alzheimer type. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 60B*(2), P98-P101. doi:10.1093/geronb/60.2.p98
- Balsis, S., Gleason, M. E. J., Woods, C. M., & Oltmanns, T. F. (2007). An item response theory analysis of DSM-IV personality disorder criteria across younger and older age groups. *Psychology and Aging, 22*(1), 171-185. doi:10.1037/0882-7974.22.1.171
- Barendse, H. P. J., Thissen, A. J. C., Rossi, G., Oei, T. I., & van Alphen, S. P. J. (2013). Psychometric properties of an informant personality questionnaire (the HAP) in a sample of older adults in the Netherlands and Belgium. *Aging & Mental Health, 17*(5), 623-629. doi:10.1080/13607863.2012.756458
- Barreto, J. (2005). Os sinais da doença e a sua evolução. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça (Coords.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 27-40). Lisboa: Lidel.
- Bennasar, M. R., & Arroyo, M. B. (1998). Epidemiologia. In M. B. Arroyo & M. R. Bennasar (Eds.), *Trastornos de la personalidad. Evaluación y tratamiento* (pp. 1-44). Barcelona, Spain: Masson, S. A.
- Bizzini, L. (1998). Cognitive psychotherapy in the treatment of personality disorders in the elderly. In C. Perris & P. D. McGorry (Eds.), *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: Handbook of theory and practice* (pp. 397-419). Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Brunelle, S., Cole, M. G., & Elie, M. (2012). Risk factors for the late-onset psychoses: A systematic review of cohort studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 27*(3), 240-252. doi:10.1002/gps.2702

- Camus, V., de Mendonça Lima, C. A., Gaillard, M., Simeone, I., & Wertheimer, J. (1997). Are personality disorders more frequent in early onset geriatric depression? *Journal of Affective Disorders*, *46*(3), 297-302. doi:10.1016/s0165-0327(97)00152-3
- Cohen, C. I. (2000). Directions for research and policy on schizophrenia and older adults: Summary of the GAP committee report. *Psychiatric Services*, *51*(3), 299-302. doi:10.1176/appi.ps.51.3.299
- Cole, A. J., Gillett, T. P., & Fairbairn, A. (1992). A case of senile self-neglect in a married couple: 'Diogenes à deux'? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *7*(11), 839-841. doi:10.1002/gps.930071111
- Coolidge, F. L., Burns, E. M., Nathan, J. H., & Mull, C. E. (1992). Personality disorders in the elderly. *Clinical Gerontologist*, *12*(1), 41-55. doi:10.1300/J018v12n01_05
- Coolidge, F. L., Segal, D. L., Hook, J. N., & Stewart, S. (2000). Personality disorders and coping among anxious older adults. *Journal of Anxiety Disorders*, *14*(2), 157-172. doi:10.1016/s0887-6185(99)00046-8
- Crowe, M., Andel, R., Pedersen, N. L., Fratiglioni, L., & Gatz, M. (2006). Personality and risk of cognitive impairment 25 years later. *Psychology and Aging*, *21*(3), 573-580. doi:10.1037/0882-7974.21.3.573
- Dawson, D. V., Welsh-Bohmer, K. A., & Siegler, I. C. (2000). Premorbid personality predicts level of rated personality change in patients with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, *14*(1), 11-19. doi:10.1097/00002093-200001000-00002
- De Leo, D., Scocco, P., & Meneghel, G. (1999). Pharmacological and psychotherapeutic treatment of personality disorders in the elderly. *International Psychogeriatrics*, *11*(2), 191-206. doi:10.1017/s1041610299005748
- Debast, I., van Alphen, S. P. J., Rossi, G., Tummers, J. H. A., Bolwerk, N., Derksen, J. J. L., & Rosowsky, E. (2014). Personality traits and personality disorders in late middle and old age: Do they remain stable? A literature review. *Clinical Gerontologist*, *37*(3), 253-271. doi:10.1080/07317115.2014.885917
- Desai, A. K., & Grossberg, G. T. (2003). Differential diagnosis of psychotic disorders in the elderly. In C. I. Cohen (Ed.), *Schizophrenia into later life: Treatment, research, and policy* (1.^a ed., pp. 55-75). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Desai, A. K., Seraji, M., Redden, M., & Tatini, R. (2010). Schizophrenia in older adults: How to adjust treatment to address aging patients' changing symptoms, comorbidities. *Current Psychiatry*, *9*(9), 23-28.
- Devanand, D. P., Nobler, M. S., Singer, T., Kiersky, J. E., Turret, N., Roose, S. P., & Sackeim, H. A. (1994). Is dysthymia a different disorder in the elderly? *American Journal of Psychiatry*, *151*(11), 1592-1599. doi:10.1176/ajp.151.11.1592
- Devanand, D. P., Turret, N., Moody, B. J., Fitzsimons, L., Peyser, S., Mickle, K., Nobler, M. S., & Roose, S. P. (2000). Personality disorders in elderly patients with dysthymic disorder. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *8*(3), 188-195. doi:10.1097/00019442-200008000-00002
- Dick, L. P., & Gallagher-Thompson, D. (1995). Cognitive therapy with the core beliefs of a distressed, lonely caregiver. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *9*(4), 215-227.

- Dickerson, F. B. (2007). Women, aging, and schizophrenia. *Journal of Women & Aging, 19*(1-2), 49-61. doi:10.1300/J074v19n01_04
- Duchek, J. M., Balota, D. A., Storandt, M., & Larsen, R. (2007). The power of personality in discriminating between healthy aging and early-stage Alzheimer's disease. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62B*(6), P353-P361. doi:10.1093/geronb/62.6.p353
- Engels, G. I., Duijsens, I. J., Haringsma, R., & van Putten, C. M. (2003). Personality disorders in the elderly compared to four younger age groups: A cross-sectorial study of community residents and mental health patients. *Journal of Personality Disorders, 17*(5), 447-459. doi:10.1521/pedi.17.5.447.22971
- Fiorot, M., Boswell, P., & Murray, E. J. (1990). Personality and response to psychotherapy in depressed elderly women. *Behavior, Health, and Aging, 1*, 51-63.
- Fishbain, D. A. (1996). Re: Personality disorders and depression in the young and old [Letter to the editor]. *Canadian Journal of Psychiatry, 41*(9), 602. doi:10.1177/070674379604100915
- Folsom, D. P., Lebowitz, B. D., Lindamer, L. A., Palmer, B. W., Patterson, T. L., & Jeste, D. V. (2006). Schizophrenia in late life: Emerging issues. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 8*(1), 45-52.
- Giblin, S., Clare, L., Livingston, G., & Howard, R. (2004). Psychosocial correlates of late-onset psychosis: Life experiences, cognitive schemas, and attitudes to ageing. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 19*, 611-623. doi:10.1002/gps.1129
- Gilley, D. W., Wilson, R. S., Bienias, J. L., Bennett, D. A., & Evans, D. A. (2004). Predictors of depressive symptoms in persons with Alzheimer's disease. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 59B*(2), P75-P83. doi:10.1093/geronb/59.2.P75
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative "description of personality": The big-five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*(6), 1216-1229. doi:10.1037/0022-3514.59.6.1216
- Hasin, D. S. & Grant, B. F. (2015). The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: Review and summary of findings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50*(11), 1609-1640. doi:10.1007/s00127-015-1088-0
- Hendriks, G. J., Oude Voshaar, R. C., Keijsers, G. P. J., Hoogduin, C. A. L., & van Balkom, A. J. L. M. (2008). Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 117*(6), 403-411. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01190.x
- Howard, R., Rabins, P. V., Seeman, M. V., Jeste D. V., & The International Late-Onset Schizophrenia Group. (2000). Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: An international consensus. *American Journal of Psychiatry, 157*(2), 172-178.
- Ilardi, S. S., Craighead, W. E., & Evans, D. D. (1997). Modeling relapse in unipolar depression: The effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(3), 381-391. doi:10.1037/0022-006x.65.3.381

- Iliceto, P., Fino, E., Sabatello, U., & Candilera, G. (2014). Personality and suicidal ideation in the elderly: Factorial invariance and latent means structures across age. *Aging & Mental Health, 18*(6), 792-800. doi:10.1080/13607863.2014.880404
- Jacomb, P. A., & Jorm, A. F. (1996). Personality change in dementia of the Alzheimer type. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 11*(3), 201-207. doi:10.1002/(sici)1099-1166(199603)11:3<201::aid-gps299>3.0.co;2-n
- Jeste, D. V., & Maglione, J. E. (2013). Treating older adults with schizophrenia: Challenges and opportunities. *Schizophrenia Bulletin, 39*(5), 966-968. doi:10.1093/schbul/sbt043
- Kenan, M. M., Kendjelic, E. M., Molinari, V. A., Williams, W., Norris, M., & Kunik, M. E. (2000). Age-related differences in frequency of personality disorders among inpatient veterans. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 15*(9), 831-837. doi:10.1002/1099-1166(200009)15:9<831::aid-gps208>3.0.co;2-h
- Klein, M. H., & Benjamin, L. S. (1996). *The Wisconsin Personality Disorders Inventory-IV*. Madison, WI: University of Wisconsin, unpublished test. Available from Dr. M. H. Klein, Department of Psychiatry, Wisconsin Psychiatric Institute and Clinic.
- Kolanowski, A. M., & Whall, A. L. (1996). Life-span perspective of personality in dementia. *Journal of Nursing Scholarship, 28*(4), 315-320. doi:10.1111/j.1547-5069.1996.tb00380.x
- Kunik, M. E., Mulsant, B. H., Hind Rifai, A., Sweet, R. A., Pasternak, R., & Zubenko, G. S. (1994). Diagnostic rate of comorbid personality disorder in elderly psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry, 151*(4), 603-605. doi:10.1176/ajp.151.4.603
- Kunik, M. E., Mulsant, B. H., Hind Rifai, A. H., Sweet, R., Pasternak, R., Rosen, J., & Zubenko, G. S. (1993). Personality disorders in elderly inpatients with major depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 1*(1), 38-45. doi:10.1097/00019442-199300110-00006
- Laidlaw, K. (2001). An empirical review of cognitive therapy for late life depression: Does research evidence suggest adaptations are necessary for cognitive therapy with older adults? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 8*(1), 1-14. doi:10.1002/cpp.276
- Lawton, E. M., Shields, A. J., & Oltmanns, T. F. (2011). Five-factor model personality disorder prototypes in a community sample: Self- and informant-reports predicting interview-based DSM diagnoses. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 2*(4), 279-292. doi:10.1037/a0022617
- Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Thorp, S. R., Bronner, L., & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22*(2), 131-143. doi:10.1002/gps.1703
- Lyness, J. M., Caine, E. D., Conwell, Y., King, D. A., & Cox, C. (1993). Depressive symptoms, medical illness, and functional status in depressed psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry, 150*(6), 910-915. doi:10.1176/ajp.150.6.910
- McAlpine, D. D. (2003). Patterns of care for persons 65 years and older with schizophrenia. In C. I. Cohen (Ed.), *Schizophrenia into later life: Treatment, research, and policy* (1.^a ed., pp. 3-17). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

- Miller, J. D., Bagby, R. M., Pilkonis, P. A., Reynolds, S. K., & Lynam, D. R. (2005). A simplified technique for scoring DSM-IV personality disorders with the five-factor model. *Assessment, 12*(4), 404-415. doi:10.1177/1073191105280987
- Molinari, V., & Marmion, J. (1995). Relationship between affective disorders and axis II diagnoses in geropsychiatric patients. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 8*(1), 61-64.
- Mooi, B., Comijs, H. C., De Fruyt, F., De Ritter, D., Hoekstra, H. A., & Beekman, A. T. F. (2011). A NEO-PI-R short form for older adults. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 20*(3), 135-144. doi:10.1002/mpr.342
- Morse, J. Q., & Lynch, T. R. (2004). A preliminary investigation of self-reported personality disorders in late life: Prevalence, predictors of depressive severity, and clinical correlates. *Aging & Mental Health, 8*(4), 307-315. doi:10.1080/13607860410001709674
- Ngeh, J. K. T. (2000). Diogenes syndrome presenting with a stroke in an elderly, bereaved woman. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 15*(5), 467-469. doi:10.1002/(sici)1099-1166(200005)15:5<468::aid-gps138>3.0.co;2-1
- Oltmanns, T. F., & Balsis, S. (2011). Personality disorders in later life: Questions about the measurement, course, and impact of disorders. *Annual Review Clinical Psychology, 7*(1), 321-349. doi:10.1146/annurev-clinpsy-090310-120435
- Östling, S., & Skoog, I. (2002). Psychotic symptoms and paranoid ideation in a nondemented population-based sample of the very old. *Archives of General Psychiatry, 59*(1), 53-59. doi:10.1001/archpsyc.59.1.53
- Palmer, B. W., McClure, F. S., & Jeste, D. V. (2001). Schizophrenia in late life: Findings challenge traditional concepts. *Harvard Review of Psychiatry, 9*(2), 51-58. doi:10.1080/10673220127883
- Paris J. (2003). Personality disorders over time: Precursors, course and outcome. *Journal of Personality Disorders, 17*(6), 479-488. doi:10.1521/pedi.17.6.479.25360
- Pearman, A., & Batra, A. (2012). Late-onset schizophrenia: A review for clinicians. *Clinical Gerontologist, 35*(2), 126-147. doi:10.1080/07317115.2011.642943
- Pinquart, M., Duberstein, P. R., & Lyness J. M. (2007). Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health, 11*(6), 645-657. doi:10.1080/13607860701529635
- Purandare, N., Bloom, C., Page, S., Morris, J., & Burns, A. (2002). The effect of anticholinesterases on personality changes in Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health, 6*(4), 350-354. doi:10.1080/1360786021000006974
- Quin, R. C., Clare, L., Ryan, P., & Jackson, M. (2009). 'Not of this world': The subjective experience of late-onset psychosis. *Aging & Mental Health, 13*(6), 779-787. doi:10.1080/13607860903046453
- Rendu, A., Moran, P., Patel, A., Knapp, M., & Mann, A. (2002). Economic impact of personality disorders in UK primary care attenders. *British Journal of Psychiatry, 181*(1), 62-66. doi:10.1192/bjp.181.1.62
- Reyes-Ortiz, C. A. (2001). Diogenes syndrome: The self-neglect elderly. *Comprehensive Therapy, 27*(2), 117-121. doi:10.1007/s12019-996-0005-6
- Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 23*(8), 1055-1085. doi:10.1016/j.cpr.2002.09.001

- Schultz, S. K., Miller, D. D., Oliver, S. E., Arndt, S., Flaum, M., & Andreasen, N. C. (1997). The life course of schizophrenia: Age and symptom dimensions. *Schizophrenia Research*, 23(1), 15-23. doi:10.1016/S0920-9964(96)00087-4
- Shah, A. (1995). Squalor syndrome: A viewpoint. *Australian Journal on Ageing*, 14(4), 160-162. doi:10.1111/j.1741-6612.1995.tb00726.x
- Siegler, I. C., Dawson, D. V., & Welsh, K. A. (1994). Caregiver ratings of personality change in Alzheimer's disease patients: A replication. *Psychology and Aging*, 9(3), 464-466. doi:10.1037/0882-7974.9.3.464
- Skoog, I. (2011). Psychiatric disorders in the elderly. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(7), 387-397. doi:10.1177/070674371105600702
- Smith, T. L., Klein, M. H., & Benjamin, L. S. (2003). Validation of the Wisconsin Personality Disorders Inventory-IV with the SCID-II. *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 173-187. doi:10.1521/pedi.17.3.173.22150
- Spitzer, R. L. (1983). Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24(5), 399-411. doi:10.1016/0010-440x(83)90032-9
- Stek, M. L., van Exel, E., van Tilburg, W., Westendorp, R. G. J., & Beekman, A. T. F. (2002). The prognosis of depression in old age: Outcome six to eight years after clinical treatment. *Ageing & Mental Health*, 6(3), 282-285. doi: 10.1080/13607860220142413
- Stevenson, J., Meares, R., & Comerford, A. (2003). Diminished impulsivity in older patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 165-166. doi:10.1176/appi.ajp.160.1.165
- Stone, M. H. (1993). Long-term outcome in personality disorders. *British Journal of Psychiatry*, 162(3), 299-313. doi:10.1192/bjp.162.3.299
- Strauss, M. E., Pasupathi, M., & Chatterjee, A. (1993). Concordance between observers in descriptions of personality change in Alzheimer's disease. *Psychology and Aging*, 8(4), 475-480. doi:10.1037/0882-7974.8.4.475
- Subramaniam, M., Abdin, E., Vaingankar, J., Picco, L., Shahwan, S., Jeyagurunathan, ... Chong, S. A. (2016). Prevalence of psychotic symptoms among older adults in an Asian population. *International Psychogeriatrics*, 28(7), 1211-1220. doi:10.1017/S1041610216000399
- Talasilahti, T., Alanen, H.-M., Hakko, H., Isohanni, M., Häkkinen, U., & Leinonen, E. (2013). Change in antipsychotic usage pattern and risk of relapse in older patients with schizophrenia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(12), 1305-1311. doi:10.1002/gps.3962
- Thase, M. E. (1996). The role of axis II comorbidity in the management of patients with treatment-resistant depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 19(2), 287-309. doi:10.1016/S0193-953X(05)70289-6
- Thompson, L. W., Gallagher, D., & Czirr, R. (1988). Personality disorder and outcome in the treatment of late-life depression. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(2), 133-153.
- Tummers, J. H. A., Hoijsink, J. H. A., Penders, K. A. P., Derksen, J. L. L., & van Alphen, S. P. J. (2011). Screening items for personality disorders in older adults: A multi-center study of psychiatric inpatients and outpatients in the Netherlands. *Clinical Gerontologist*, 34(1), 34-44. doi:10.1080/07317115.2011.524601
- Ullrich, S., & Coid, J. (2009). The age distribution of self-reported personality disorder traits in a household population. *Journal of Personality Disorders*, 23(2), 187-200. doi:10.1521/pedi.2009.23.2.187

- van Alphen, S. P. J. (2010). Treatment of avoidant personality pathology in late life. *International Psychogeriatrics*, *30*, 1-4.
- van Alphen, S. P. J., Derksen, J. J. L., Sadavoy, J., & Rosowsky, E. (2012). Features and challenges of personality disorders in late life. *Aging & Mental Health*, *16*(7), 805-810. doi:10.1080/13607863.2012.667781
- van Alphen, S. P. J., Engelen, G. J. J. A., Kuin, Y., Hoijtink, H. J. A. & Derksen, J. J. L. (2006). A preliminary study of the diagnostic accuracy of the Gerontological Personality disorders Scale (GPS). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *21*(9), 862-868. doi:10.1002/gps.1572
- van Alphen, S. P. J., Nijhuis, P. E. P., & Oei, T. I. (2007). Antisocial personality disorder in older adults: A qualitative study of Dutch forensic psychiatrists and forensic psychologists. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *22*(8), 813-815. doi:10.1002/gps.1758
- Van den Broeck, J., Rossi, G., Dierckx, E., & De Clercq, B. (2012). Age-neutrality of the NEO-PI-R: Potential differential item functioning in older versus younger adults. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *34*(3), 361-369. doi: 10.1007/s10862-012-9287-4
- Vine, R. G., & Steingart, A. B. (1994). Personality disorder in the elderly depressed. *Canadian Journal of Psychiatry*, *39*(7), 392-398.
- Wahlin, T.-B. R., & Byrne, G. J. (2011). Personality changes in Alzheimer's disease: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *26*(10), 1019-1029. doi:10.1002/gps.2655
- Wetherell, J. L., & Jeste, D. V. (2004). Older adults with schizophrenia: Patients are living longer and gaining researchers' attention. *Elder Care*, *3*(2), 8-11.
- Wilson, R. S., Evans, D. A., Bienias, J. L., Mendes de Leon, C. F., Schneider, J. A., & Bennett, D. A. (2003). Proneness to psychological distress is associated with risk of Alzheimer's disease. *Neurology*, *61*(11), 1479-1485. doi:10.1212/01.WNL.0000096167.56734.59
- Wrigley, M., & Cooney, C. (1992). Diogenes syndrome — An Irish series. *Irish Journal of Psychological Medicine*, *9*(1), 37-41. doi:10.1017/s0790966700013896
- Zayas, E. M., & Grossberg, G. T. (1998). The treatment of psychosis in late life. *Journal of Clinical Psychiatry*, *59*(Supl. 1), 5-10.