

Farmacotherapie bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen

Persoonlijkheidsstoornissen komen ook op oudere leeftijd (nog) veel voor. Dit kan leiden tot ernstig disfunctioneren op meerdere levensgebieden en zorgt voor een lagere kwaliteit van leven. Interfererende levensfaseproblematiek, cognitieve en somatische comorbiditeit kunnen de manifestatie van persoonlijkheidsstoornissen compliceren. Ouderen zijn voornamelijk niet meegenomen in effectiviteitsonderzoeken naar symptoomgerichte farmacologische behandelingen van persoonlijkheidsstoornissen, waardoor de toepasbaarheid bij ouderen onduidelijk blijft en de behandeling mogelijk suboptimaal verloopt. Psychotherapie is bij ouderen de behandeling van eerste keuze en farmacotherapie is in beginsel supplementair. Er moet rekening gehouden worden met leeftijdsgebonden veranderingen, zoals het verhoogde risico op het ontstaan van een hyponatriëmie na start of ophoging van een SSRI. Polyfarmacie is een veelvoorkomend verschijnsel bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen, en moet structureel geëvalueerd worden in verband met de vele negatieve gevolgen, onder andere door een hoge cumulatieve anticholinerge belasting.

Julie Schulkens, Bas van Alphen, Sjacko Sobczak

Drs. J.E.M. Schulkens, psychiater, Mondriaan, Topklinisch Centrum voor Ouderen met Persoonlijkheidsstoornissen, Heerlen; Universiteit Maastricht, School for Mental Health and Neuroscience (MHeNs), Maastricht

Prof. dr. S.P.J. van Alphen, GZ-psycholoog, Mondriaan, Topklinisch Centrum voor Ouderen met Persoonlijkheidsstoornissen, Heerlen; Vrije Universiteit Brussel, afdeling psychologie, Brussel;

Dr. S. Sobczak, ouderenpsychiater, Mondriaan, Topklinisch Centrum voor Ouderen met Persoonlijkheidsstoornissen, Heerlen; Universiteit Maastricht, Faculty of Psychology and Neuroscience, Maastricht; Hogeschool Rotterdam, Kenniscentrum Zorg Innovatie, Rotterdam

Leerdoelen

Na het bestuderen van dit artikel

- bent u op de hoogte van het belang van adequate farmacologische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen
- bent u op de hoogte van de grootste uitdagingen van farmacotherapie bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen
- kunt u de huidige behandeladviezen beter toepassen op ouderen

Inleiding

Persoonlijkheidsstoornissen zorgen niet uitsluitend in de jonge volwassenheid voor verlies van levenskwaliteit. Ook – en misschien zelfs juist – rondom het ouder worden zijn identiteitsintegratie en vermogen tot zelfsturing cruciaal, zodat men zich kan aanpassen aan doorgaans ingrijpende veranderingen in deze levensfase. Rolveranderingen door pensionering, verlies van gezondheid of steunsysteem en existentiële angst kunnen ouderen met persoonlijkheidsstoornissen parten spelen. Zelfs wanneer er in eerdere levensfasen een acceptabel niveau van functioneren was, bijvoorbeeld door het compenserend of adaptief vermogen van een partner of door de structurerende eigenschap van werk, kunnen op latere leeftijd de eerste prominente symptomen van een persoonlijkheidsstoornis ontstaan. Bij ouderen zijn persoonlijkheidsstoornissen tevens geassocieerd met een slechtere somatische gezondheid, een slechtere gezondheidsperceptie (ongeacht objectieve gezondheid)¹ en met een lagere subjectieve kwaliteit van leven.² De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen is recent onderzocht en beschreven in een literatuuronderzoek.³ Persoonlijkheidsstoornissen komen

bij 10,6 tot 14,5% van de thuiswonende ouderen voor. Er zijn aanwijzingen dat de prevalentie bij ouderen wonend in een verpleeghuis zelfs nog hoger zou kunnen zijn.⁴ Het vaststellen van persoonlijkheidspathologie is in een oudere populatie nog lastiger dan in een jongere volwassenenpopulatie als gevolg van multimorbiditeit (vaak gedefinieerd als de aanwezigheid van twee of meer chronische ziekten).⁵ De presentatie kan bijvoorbeeld vertroebeld worden door een verscherping van de persoonlijkheid als gevolg van beginnende neurodegeneratie. Ook het veelgebruikte classificatiesysteem (DSM-5) om persoonlijkheidsstoornissen vast te stellen schiet tekort. Er is gebleken dat 29% van de criteria voor een persoonlijkheidsstoornis leiden tot over- of onderdiagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen in een ouderenpopulatie,⁶ omdat de criteria niet leeftijdsneutraal zijn. Verder zijn de meeste screenings- of diagnostische instrumenten waarmee persoonlijkheidsstoornissen worden vastgesteld ontwikkeld en gevalideerd voor de jongere volwassenenpopulatie.⁷ Niettemin gloort er licht aan de horizon met het alternatieve DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen (*alternative model of personality disorders*, ofwel AMPD), dat als deel III ('meetinstrumenten en modellen in ontwikkeling') opgenomen is in de DSM-5.⁸ Dit hybride model bestaat zowel uit een dimensionele als categoriale aanpak met twee kerncomponenten, de mate van persoonlijkheidsdisfunctioneren (criterium A) en de vijf maladaptieve persoonlijkheidstrekken: negatieve affectiviteit, afstandelijkheid, antagonisme, ongeremdheid en psychoticisme (criterium B). Een mix van kenmerken van criterium A en B levert zes gespecificeerde persoonlijkheidsstoornissen op (schizotypische, antisociale, borderline-, narcistische, vermijdende en dwangmatige persoonlijkheidsstoornis) en de restcategorie 'andere persoonlijkheidsstoornis'. AMPD is ook voor ouderen diagnostisch gezien een fijnmaziger model vergeleken met de huidige DSM-5-classificatie en binnen de ouderenpsychiatrie vinden er momenteel verschillende psychometrische studies plaats om de AMPD-instrumenten te valideren voor ouderen. Naast diagnostisch-classificerende belemmeringen zijn er ook therapeutische uitdagingen omdat er naar verhouding weinig wetenschappelijk onderzoek is verricht naar psychotherapie bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen, waarbij onderzoek naar farmacotherapie bij deze doelgroep volledig ontbreekt. Niettemin is in de zeer recent (2022) verschenen herziene multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (hierna MDR genoemd) nu ook de aandacht uitgegaan naar ouderen met vermelding dat de eerste toepasbaarheids- en effectstudies aantonen dat ouderen

met persoonlijkheidsstoornissen kunnen profiteren van psychotherapie. Daarnaast wordt in de MDR vermeld dat symptoomgerichte farmacotherapie eveneens een zinvolle interventie kan zijn.

Psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen

Het is belangrijk te benadrukken dat farmacotherapie nooit een op zichzelf staande behandeling zou moeten zijn voor ouderen met persoonlijkheidsstoornissen, maar altijd een onderdeel moet zijn van een integraal behandelplan. In dit behandelplan heeft psychotherapie een prominente plek. Er is geen groeiend onderzoeksveld naar de effectiviteit van psychotherapie bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen. De resultaten van een multipel-baselineonderzoek naar individuele schematherapie bij ouderen met cluster C-persoonlijkheidsstoornissen lijken optimistisch over de effectiviteit van deze behandeling in het verminderen van disfunctionele kernovertuigingen en het verbeteren van kwaliteit van leven.⁹ Bij ouderen is er een aantal aanpassingen gesuggereerd in schematherapie voor een optimaal behandelresultaat, zoals de 'schemataal', de casusconceptualisatie en aansluiten op een levensloopperspectief naar de leef- en belevingswereld van ouderen.

Farmacotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen

Internationaal gezien is er nog geen consensus over de rol van farmacotherapie in de behandeling van de verschillende persoonlijkheidsstoornissen. Volgens de MDR kan farmacotherapie – als onderdeel van een integrale behandeling – een plaats hebben in de behandeling van specifieke symptomen. We noemen dit 'symptoomgerichte farmacotherapie'. De Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen benoemt meerdere doelen van farmacotherapie: specifieke klachten verlichten of draaglijk maken, suïcidegevaar afwenden, een crisis bezweren of voorkomen en/of een psychotherapeutische behandeling bevorderen of behandelen van psychiatrische comorbiditeit. In tabel 1 worden de farmacotherapeutische adviezen uit de MDR samengevat. De meeste adviezen uit de MDR zijn gericht op borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS), omdat hier de meeste onderzoeken over beschikbaar zijn. Er worden bij BPS drie symptoomclusters onderscheiden waarvoor psychofarmaca ingezet kunnen worden. Het eerste symptoomcluster is *cognitief-perceptuele symptomen*, zoals achterdocht, betrekkingsideeën en derealisatie. Het tweede symptoomcluster bestaat uit *impulsieve gedragingen*, zoals automutilatie, middelenmisbruik en impulsieve agressie. Het laatste symptoomcluster betreft

affectieve disregulatie (stemmingswisselingen, sombere stemming, boosheid en angst).

Sommige symptoomdomeinen worden ook gezien bij andere persoonlijkheidsstoornissen, zoals cognitief-perceptuele symptomen bij een schizotypische persoonlijkheidsstoornis. In dit geval gelden ook de farmacotherapeutische adviezen zoals weergegeven in tabel 1. Bij persisterende sociale angstklachten in het kader van een vermijdende persoonlijkheidsstoornis wordt een SSRI of selectieve serotonine-noradrenaline-heropnameremmer (SNRI) geadviseerd.

Vertaling naar oudere populatie

Over de plaatsbepaling van farmacotherapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen werden twee internationale expertgroepen bevroegd.^{10,11} Zij waren het erover eens dat psychofarmaca (op symptoomniveau) bruikbaar zijn bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen en dat de huidige behandelalgoritmen voor medicatie bij ouderen met een persoonlijkheidsstoornis bruikbaar zijn. De MDR adviseert gepaste terughoudendheid met betrekking tot de farmacotherapeutische behandeling van ouderen met een persoonlijkheidsstoornis. Er dient rekening gehouden te worden met bijwerkingen en interacties als gevolg van polyfarmacie. Wanneer effect uitblijft dient medicatie weer te worden afgebouwd. Wanneer we de farmacologische behandeladviezen willen vertalen naar de oudere populatie stuiten we op een aantal obstakels. Ten eerste ontbreken er specifieke studies naar psychofarmaca bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen of zijn ouderen onvoldoende meegenomen in de onderzoeken waarop bovenstaande behandeladviezen zijn gebaseerd. In zijn algemeenheid is farmacotherapie ook bij ouderen een effectieve behandelstrategie, zoals onderzoeken naar antidepressiva bij ouderen met een depressie laten zien.¹² Echter, in de placebogecontroleerde *randomized controlled trials* (RCT's) die zijn meegenomen in de MDR zijn geen patiënten boven de 65 jaar geïncludeerd. De effectiviteit van de symptoomgerichte farmacotherapeutische interventies bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen is daardoor niet aangetoond. Ten tweede is de veiligheid een belangrijk aandachtspunt. Het voorkomen van bijwerkingen is niet specifiek onderzocht bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen. Tijdens de veroudering treden veranderingen op in de farmacokinetiek en farmacodynamiek en bij ouderen komen bijwerkingen zoals vallen en cognitieve verslechtering vaker voor. Van SSRI's weten we dat ze veilig toegepast kunnen worden¹³ en dat ze geen negatief effect hebben op het cognitief functioneren bij ouderen.¹⁴ Bij

ouderen is er wel een verhoogd risico op het ontwikkelen van een hyponatriëmie na de start van een SSRI, waardoor bloedcontrole één tot twee weken na start of ophoging wordt geadviseerd. Topiramaat kan bij ouderen aanzienlijke cognitieve problemen (als gevolg van de gamma-aminoboterzuur (GABA-)versterkende werking)¹⁵ en gewichtsverlies veroorzaken en zou bij ouderen in een lagere dosering voorgeschreven moeten worden in verband met afnemende klaring.¹⁶ Valproïnezuur veroorzaakt bij ouderen vaker parkinsonisme en somnolentie.¹⁷ Een verminderde leverfunctie kan het metabolisme van valproïnezuur beïnvloeden en men moet waken voor een verhoogd ammoniakgehalte.¹⁸ Met betrekking tot het gebruik van antipsychotica is er bij ouderen een associatie bekend met een verhoogde mortaliteit, zelfs in afwezigheid van dementie.¹⁹ Antipsychotica zijn bij ouderen ook geassocieerd met een verhoogd risico op een CVA, cognitieve achteruitgang, verhoogd valrisico, verlengde QTc-tijd en extrapiramidale bijwerkingen.²⁰ Buiten deze kanttekeningen bij de specifieke adviezen uit de MDR moet men zich bij ouderen bewust zijn van het risico op polyfarmacie (gedefinieerd als het gebruik van vijf medicamenten of meer per dag) en de nadelige effecten hiervan.

Polyfarmacie komt voor bij 66% van de ouderen met een persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose, en zelfs bij 77% van de ouderen met BPS.²¹ Dit wordt deels veroorzaakt doordat zij veel somatische medicatie gebruiken. Dat heeft waarschijnlijk niet alleen te maken met de hogere leeftijd, aangezien bewezen is dat de aanwezigheid van persoonlijkheidspathologie ook geassocieerd is met een hogere somatische comorbiditeit (met name diabetes, hypertensie en artritis).²² Problemen die door polyfarmacie kunnen ontstaan zijn interacties tussen verschillende medicijnen²³ en het ontstaan van bijwerkingen,²⁴ zoals vallen²⁵ en cognitieve achteruitgang.²⁶ Polyfarmacie is zelfs geassocieerd met een verhoogde mortaliteit.²⁷

Met name bij ouderen is de anticholinerge belasting van medicatie belangrijk, omdat ouderen gevoeliger zijn voor anticholinerge bijwerkingen als gevolg van leeftijdgerelateerde veranderingen in onder andere het cholinerge systeem.²⁸ Een hoge anticholinerge belasting is bij ouderen geassocieerd met cognitieve stoornissen en verslechterd fysiek functioneren.²⁹ In tabel 2 staan de anticholinerge scores op de *Anticholinergic Cognitive Burden* (ACB-)scale³⁰ weergegeven voor de psychofarmaca die in de MDR voorkomen en/of veel gebruikt worden voor symptoomgerichte behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. De ACB-schaal is ontwikkeld als praktisch hulpmiddel om het accumulatieve effect van medicatie op de cognitie bij ouderen

Tabel 1 Adviezen symptoomgerichte farmacotherapie uit MDR Persoonlijkheidsstoornissen en aandachtspunten voor ouderen.

 mortaliteit, CVA en verlengde QTc-tijd	 hyponatriëmie
 cognitieve bijwerkingen	 extrapiramidale bijwerkingen
 vallen	 somnolentie

*Er is geen voorkeur voor een van de genoemde middelen.

symptoomdomein	medicatie advies MDR	(verhoogde) risico's ouderen
cognitief-perceptuele symptomen		
pseudopsychotisch	antipsychotica (laag gedoseerd en zo kort mogelijk)	
dissociatie	geen farmacotherapie	–
impulsieve gedragingen		
korte termijn	antipsychotica	
middellange termijn	stap 1: topiramaat / lamotrigine	
	stap 2: fluoxetine (mannen) / valproïnezuur (beide)	
	stap 3: additie antipsychotica	

in kaart te brengen. Ieder medicijn krijgt een score tussen 0 (geen cognitieve anticholinerge effecten) tot 3 (ernstige cognitieve anticholinerge effecten). De scores van alle medicatie worden bij elkaar opgeteld. Vanaf een totaalscore van 3 kunnen klinisch relevante cognitieve effecten optreden en moet er kritisch gekeken worden naar de afweging om de medicatie voor te schrijven.³⁰ Zoals in tabel 2 te zien is, bestaat bij ouderen op basis van de anticholinerge score een voorkeur voor haloperidol boven olanzapine en voor citalopram en sertraline boven paroxetine.

Conclusie en adviezen

Samenvattend kan gesteld worden dat persoonlijkheidsstoornissen ook bij ouderen prominent aanwezig zijn maar dat onderzoek naar diagnostiek en behandeling binnen deze doelgroep achterblijft vergeleken met jongere volwassenpopulaties. Psychotherapie is en blijft ook voor ouderen de behandeling van eerste keuze voor persoonlijkheidspathologie. Er kan ook plaats zijn voor symptoomgerichte farmacotherapie, maar daarbij

adviseren we extra controles in acht te nemen, bijvoorbeeld natriumbepaling bij SSRI-gebruik. Polyfarmacie is een veelvoorkomend probleem bij ouderen met een persoonlijkheidsstoornis en dient zo veel mogelijk vermeden of aangepakt te worden, bijvoorbeeld met behulp van regelmatige medicatiereviews. Daarbij is het advies medicijnen met anticholinerge eigenschappen te minimaliseren, bijvoorbeeld door olanzapine te vervangen door haloperidol. Toekomstig onderzoek moet zich richten op de effectiviteit en veiligheid van farmacotherapie bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen.

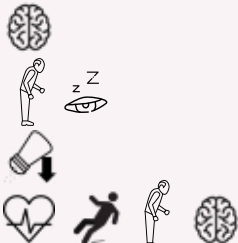
Relevante Psyfarartikelen

Van den Bergh VW, Tromp NB.

Persoonlijkheidsstoornissen bij jongeren. Psyfar 2018;13(2):37-45.

Van Slobbe-Maijer K, Krabbendam AA, Bergh VW van den, et al. Borderlinepersoonlijkheidsstoornis bij jongeren. Psyfar 2022;17(2):10-6.

Tabel 1 (vervolg)

symptoomdomein	medicatie advies MDR	(verhoogde) risico's ouderen
affectieve disregulatie		
stemmingswisselingen	SSRI, of lamotrigine, of antipsychotica*	
somberheid	olanzapine, of topiramaat, of lamotrigine*	
boosheid	stap 1: topiramaat/lamotrigine stap 2: valproïnezuur, of SSRI, of antipsychotica*	
angstklachten	SSRI, of olanzapine of haloperidol* terughoudend met benzodiazepines	

Tabel 2 Anticholinergic Cognitive Burden (ACB)-scores voor psychofarmaca gebruikt voor symptoomgerichte behandeling persoonlijkheidsstoornissen.

medicijn	anticholinerge cognitieve score
olanzapine	3
haloperidol	1
quetiapine	3
fluoxetine	0
sertraline	0
citalopram	0
paroxetine	3
topiramaat	0
valproïnezuur	0

Literatuur

- Penders KA, Peeters IG, Metsemakers JF, et al. Personality disorders in older adults: A review of epidemiology, assessment, and treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2020;22(3):1-14.
- Schulkens J, Bergs N, Ingenhoven T, et al. Selective serotonin reuptake-inhibitors for symptom-based treatment of borderline personality disorders in older adults: an International Delphi Study. *Clin Psychopharmacol Neurosci* 2021;19(1):53-62.
- Schulkens JE, Ibirane J, Alphen SP van, et al. Farmacotherapie bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen: een nieuw aandachtsgebied. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2019;50(3):1-7.
- Fried TR, O'Leary J, Towle V, et al. Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: a systematic review. *J Am Geriatrics Soc* 2014;62(12):2261-72.

Voor de volledige literatuurlijst wordt verwezen naar www.psyfar.nl.

Tabel 1 is ontworpen met afbeeldingen van Flaticon.com.

De auteurs hebben geen financiële relaties met de farmaceutische industrie, ontvangen geen onderzoeksgeld van commerciële parten en hebben geen bedrijfsbelangen of andersoortige financiële relaties met betrekking tot dit onderwerp.