

Farmacotherapie bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen: een nieuw aandachtsgebied

Auteurs: Julie E. M. Schulkens, Jamila Ibirane, Sebastiaan P. J. van Alphen, Sjacko Sobczak

Samenvatting

Achtergrond: Farmacotherapie bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen (PS) vormt een nieuw en belangrijk aandachtsgebied. Vooral nog wordt de symptoomgerichte farmacotherapeutische behandeling van ouderen met PS vormgegeven aan de hand van de multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, die gebaseerd is op onderzoeken bij patiënten met PS tot circa 50 jaar oud. Het ontbreekt aan een richtlijn specifiek voor ouderen.

Doel: Het leveren van een beschrijving van patiëntkenmerken: aantal comorbide psychiatrische stoornissen, medicatiegebruik, inclusief polyfarmacie, bij ouderen (≥ 65 jaar) met persoonlijkheidsstoornissen.

Methode: Een retrospectieve cross-sectionele dossierstudie ($n = 50$) binnen een topklinisch centrum voor ouderen met persoonlijkheidsstoornissen (ambulante setting).

Resultaten: Uit de dossierstudie blijkt 1) de ongespecificeerde/andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis en de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) het meest voor te komen, 2) er een trend (geen statistisch significant verschil) te zijn dat patiënten met BPS meer somatische medicatie en psychofarmaca gebruiken en 3) er een trend (geen statistisch significant verschil) te zijn dat polyfarmacie het meest voorkomt bij oudere patiënten met BPS.

Conclusie: Het medicatiegebruik in bepaalde subgroepen van ouderen met PS lijkt hoog te zijn. Vervolgonderzoek is essentieel om farmacotherapie bij ouderen met PS te verbeteren.

Pharmacotherapy in older adults with personality disorders: a new area of attention

Abstract

Background: Pharmacotherapy in older adults with personality disorders (PD) is a new and important area of attention.

Nowadays, symptom based pharmacotherapy in older adults with PD is based on multidisciplinary guidelines, which are constructed on research performed in patients up to 50 years of age. There is no specific guideline for older adults with PD.

Goal: Providing a description of patient characteristics: number of comorbid psychiatric disorders, use of medication, including polypharmacy, in older adults (≥ 65 years) with personality disorders.

Method: A retrospective cross-sectional patient file study ($n = 50$) in a clinical center of excellence for older adults with personality disorders (outpatient setting).

Results: From the file study, it appears that 1) the unspecified/other specified personality disorder and the borderline personality disorder (BPD) occur most frequently, 2) there is a trend (no significant difference) that older adults with BPS use most medication (somatic medication and psychotropics) and 3) there is a trend (no significant difference) that polypharmacy is the most prevalent amongst older adults with BPD.

Conclusion: The use of medication in certain subgroups of older adults with PD tends to be high. Further research is necessary to optimize pharmacotherapy in older adults with PD.

Kernwoorden: farmacotherapie, ouderen, persoonlijkheidsstoornissen, polyfarmacie

Keywords: Personality disorders, Pharmacotherapy, Polypharmacy

Inleiding

Onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen (PS) bij ouderen is relatief nieuw en in ontwikkeling. Eerder werd aangenomen dat persoonlijkheidsproblematiek bij ouderen onbehandelbaar was en met het ouder worden spontaan uitdoofde. Dit adagium is echter achterhaald¹. Deze stoornissen persisteren niet alleen in de laatste levensfase, maar kunnen zelfs dan pas voor het eerst zichtbaar worden¹. Er worden prevalenties van PS beschreven tussen 2,8%² en 13%³ in de algemene bevolking en tussen de 5% en 33%⁴⁵ bij ambulante patiënten binnen de ouderenpsychiatrie. Ondanks deze hoge prevalentiecijfers is er weinig bekend over de plaatsbepaling van medicatie in de behandeling van PS bij ouderen, noch over (neven)effecten en polyfarmacie.

De Nederlandse richtlijnen 'Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen' en 'Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen' zijn gebaseerd op onderzoek bij volwassenen tot circa vijftig jaar met voornamelijk borderline persoonlijkheidsstoornissen (BPS) en in mindere mate schizotypische persoonlijkheidsstoornissen⁶⁷. Zij adviseren als eerste keuze behandeling psychotherapie. Psychofarmaca kunnen ingezet worden om '*specifieke klachten te verlichten of draaglijk te maken, suicidegevaar af te wenden, een crisis te bezweren of te voorkomen en/of een psychotherapeutische behandeling mogelijk te maken of te bevorderen*' of om psychiatrische comorbiditeit te behandelen⁷. Bij andere persoonlijkheidsstoornissen dan BPS en schizotypische PS wordt deze symptoomgerichte behandeling afgeraden. Er worden drie symptoomclusters onderscheiden waarvoor volgens de Nederlandse richtlijn psychofarmaca ingezet kunnen worden. Het eerste symptoomcluster is cognitief-perceptuele symptomen, zoals (micro)psychotische klachten en dissociatie. Antipsychotica kunnen effectief zijn om (micro)psychotische klachten te verminderen, terwijl ze ontraden worden bij dissociatie. Het tweede symptoomcluster bestaat uit impulsieve gedragingen, zoals automutilatie, middelenmisbruik en woede uitbarstingen. Hierbij worden topiramaat, fluoxetine, valproïnezuur, antipsychotica of lithium geadviseerd. Het laatste symptoomcluster betreft affectieve disregulatie (affectieve labiliteit, sombere stemming, boosheid en angst). Hierbij bestaan de adviezen uit een SSRI, valproïnezuur, topiramaat, een atypisch antipsychoticum of een MAO-remmer. De Nederlandse richtlijn heeft de meeste overeenkomsten met de Amerikaanse richtlijn. De Britse NICE richtlijn voor BPS ontraadt farmacotherapie gericht op de symptomen of gedragingen bij BPS en adviseert alleen psychiatrische comorbiditeit farmacotherapeutisch te behandelen. Kortom, tussen de internationale richtlijnen is nog geen consensus bereikt over de farmacotherapeutische behandeling van symptomen van PS door een gebrek aan kwalitatief goede onderzoeken. De richtlijnen hebben geen adviezen opgenomen over de behandeling van ouderen met PS, omdat er nog geen onderzoeken zijn naar de effectiviteit van symptoomgerichte farmacotherapie bij ouderen met PS.

Over farmacotherapie in het algemeen bij ouderen met PS zijn, voor zover bij ons bekend, drie studies verschenen. Hiervan is geen enkele studie een vergelijking van de behandeling tussen ouderen en volwassenen. De eerste studie betreft een Delphi-studie, uitgevoerd onder Nederlandse en Vlaamse psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, gerieters en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen met affiniteit met PS bij ouderen⁸. Er was consensus over de stellingen 'psychofarmaca (op symptoomniveau) zijn bruikbaar bij de behandeling van PS bij ouderen' en 'de huidige behandelalgoritmes voor medicatie bij ouderen met een PS zijn bruikbaar'. Tevens werden specifieke indicaties voor farmacotherapie voor PS bij ouderen vastgesteld, te weten: aanwezigheid van cognitief-perceptuele symptomen, ernstige affectieve disregulatie en ernstige impulscontroleproblematiek⁸.

Een tweede, kruisvaliderings-, Delphi-studie werd uitgevoerd onder 21 Amerikaanse respondenten, waaronder 5 psychiaters en 4 psychologen⁹. Er was consensus over de stellingen: 'farmacotherapie (op symptoom niveau) is nuttig in de behandeling van PS bij ouderen' en 'de behandelalgoritmen die beschikbaar zijn voor volwassenen zijn ook toepasbaar in de behandeling van ouderen met PS'.

De laatste relevante publicatie betreft een retrospectief onderzoek van ambulante patiënten binnen de GGZ met een leeftijd van 18 t/m 80 jaar (gemiddeld 37,4 jaar, standaarddeviatie 11,83)¹⁰. Patiënten met (trekken van) BPS werden vergeleken met psychiatrische patiënten met een andere PS en psychiatrische patiënten zonder een PS. Hieruit bleek dat patiënten met (trekken van) BPS meer psychiatrische comorbiditeit hadden en meer psychofarmaca gebruikten dan patiënten met een andere PS of patiënten zonder een PS. Er werd geen vergelijking gemaakt tussen leeftijdsgroepen.

Concluderend is er nog weinig bekend over de behandeling van PS bij ouderen. Het is aannemelijk dat de farmacotherapeutische adviezen in de richtlijnen beperkt toepasbaar zijn op ouderen door leeftijdsspecifieke factoren (onder

andere hogere gevoeligheid voor anticholinerge bijwerkingen en voorkomen van polyfarmacie)¹¹. Deze dossierstudie heeft daarom als doel om deze populatie en de toepassing van de richtlijn op deze populatie te beschrijven. Wij hypothetiseren dat ouderen met PS meer somatische en psychiatrische comorbiditeit hebben en meer medicatie (zowel somatische medicatie als psychofarmaca) gebruiken dan volwassenen met PS, met risico op polyfarmacie. Door de adviezen aan te passen voor ouderen kunnen complicaties voorkomen worden en kosten bespaard blijven.

Methode

We hebben een dossierstudie verricht van 50 elektronische patiëntendossiers binnen het topklinisch centrum voor ambulante behandelde ouderen met persoonlijkheidsstoornissen bij Mondriaan GGZ, te Heerlen-Maastricht. Het betrof een retrospectieve, cross-sectionele pilotstudie.

Vijftig patiëntendossiers werden via een registratielijst verkregen. Deze registratielijst bevatte patiëntenummers van alle ambulante patiënten in het zorgprogramma 'Persoonlijkheidsstoornissen'. Inclusie-criteria waren: één of meer PS als hoofddiagnose, leeftijd ≥ 65 jaar, ambulante behandeling. Exclusie-criteria waren: andere psychiatrische stoornis dan een PS als hoofddiagnose, leeftijd < 65 jaar, in klinische behandeling op het moment van de dossierstudie. De selectie van de geïnccludeerde dossiers uit de totale registratielijst vond plaats door middel van *convenience sampling*: tijdens multidisciplinaire overleggen werd met het behandelteam gekeken of de patiënt voldeed aan de inclusiecriteria. Zodra 50 dossier op deze manier geïnccludeerd waren, werd de selectieprocedure gestopt. Het aantal comorbide psychiatrische stoornissen en het medicatiegebruik (zowel psychiatrische als somatische medicatie), inclusief het voorkomen van polyfarmacie werden bekeken. De verschillende classificaties PS en comorbide psychiatrische stoornissen werden bepaald middels een geprotocolleerde procedure (tevens klinische routine) bestaande uit een (hetero-)anamnese en aanvullend psychologisch testonderzoek, waaronder altijd de Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst (HAP) en Geriatric Depression Scale (GDS). Vervolgens werden deze conceptclassificaties in multidisciplinair overleg getoetst op consensus tussen verschillende disciplines (psychiater, psychologen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen) en eventueel gewijzigd, conform de LEAD-standaard (Longitudinal, Expert, All Data). Deze standaard wordt al sinds 1983 gebruikt en omvat een longitudinale assessment welke is gebaseerd op gegevens die in de loop van de tijd verzameld zijn door diagnostische experts die gebruik maken van alle data die beschikbaar is over de patiënt, zoals informanteninformatie en observaties¹². Het medicatiegebruik werd vastgesteld met behulp van de actuele status in het Electronisch Medicatie Systeem (EMS). Polyfarmacie werd gedefinieerd als het gebruik van meer dan vijf (> 5) medicamenten, ongeacht ATC3-code en doseringen¹³.

Statistische analyses

One-way Analysis of Variance (ANOVA) werd gebruikt om de statistische significantie te bepalen van de gevonden verschillen tussen de verschillende groepen persoonlijkheidsstoornissen wat betreft groepsgemiddelden van het aantal comorbide psychiatrische diagnoses, het aantal voorgeschreven psychofarmaca en somatische medicijnen. Om het verband tussen de verschillende typen persoonlijkheidsstoornissen en het voorkomen van polyfarmacie te testen werd de Chi-kwadraattoets gebruikt. Voor statistische significantie werd een p-waarde van $< 0,05$ gehanteerd. Statistische analyses werden uitgevoerd middels SPSS 19.0 voor Windows.

Resultaten

Resultaten uit de dossierstudie zijn weergegeven in tabel 1. De meeste patiënten (54%) hadden een DSM 5 classificatie ongespecificeerde/andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis, terwijl BPS bij 26% als hoofddiagnose was gesteld. Deze typen PS vormden het grootste aandeel (gesommeerd 80%). Er waren géén patiënten met een paranoïde, schizoïde, schizotypische, antisociale, histrionische of dwangmatige persoonlijkheidsstoornis.

De gemiddelde leeftijd van de gehele patiëntengroep was 73,18 jaar, waarbij 64% van de patiënten van het vrouwelijke geslacht waren.

Het aantal comorbide psychiatrische diagnoses in de totale patiëntengroep was gemiddeld 1,96. Er werden geen statistisch significante verschillen gevonden tussen de verschillende subgroepen persoonlijkheidsstoornissen en het aantal comorbide psychiatrische diagnoses.

Het hoogste psychofarmaca-gebruik kwam voor bij de patiënten met BPS, alhoewel het verschil met andere PS geen statistische significantie bereikte. Eenzelfde trend is te zien bij het somatische medicatiegebruik.

Bij 33 van de 50 patiënten was er sprake van polyfarmacie (meer dan vijf medicamenten). Er was een trend zichtbaar waarbij polyfarmacie het meeste voor kwam binnen de groep patiënten met BPS, maar dit verschil met andere PS bereikte geen statistische significantie. Polyfarmacie leek vooral het resultaat van het relatief hoge gebruik van somatische medicatie vergeleken met psychofarmaca.

Samenvattend werden geen statistisch significante verschillen gevonden tussen de BPS en andere typen PS, maar was er wel een trend van meer medicatiegebruik (somatisch en psychofarmaca) en meer polyfarmacie bij ouderen met BPS.

Tabel 1 Het aantal patiënten (n) en percentages ten opzichte van de gehele patiëntengroep (%), weergegeven per type persoonlijkheidsstoornis (PS).

Type PS	Borderline	Narcistische	Vermijdende	Afhankelijke	Ongespec./andere gespec.	Totaal	F-waarde	Sign. (p)
n (%)	13 (26)	2 (4)	4 (8)	4 (8)	27 (54)	50 (100)		
Geslacht								
♂ n (%)	3 (23,07)	2 (100)	2 (50)	1 (25)	10 (37)	18 (36);		
♀ n (%)	10 (76,92)	0 (0)	2 (50)	3 (75)	17 (63)	32 (64)		
Leeftijd, gemiddelde (jaren)	72,85	75,50	72,50	68,25	74,00	73,18		
Aantal comorbide psychiatrische diagnoses, spreiding (gem. ; SD)	1 – 3 (1,92 ; 0,76)	1 – 3 (2,00 ; 1,41)	1 – 4 (2,00 ; 1,41)	1 – 3 (2,00 ; 0,82)	0 – 4 (1,96 ; 0,94)	0 – 4 (1,96 ; 0,90)	0,10	1,00
Aantal psychofarmaca, spreiding (gem. ; SD)	0 – 6 (2,54 ; 2,03)	0 (- ; -)	2 (- ; -)	0 – 3 (1,25 ; 1,26)	0 – 4 (1,93 ; 1,07)	0 – 6 (1,96 ; 1,41)	1,89	0,13
Aantal somatische medicatie, spreiding (gem. ; SD)	0 – 15 (7,54 ; 4,18)	3 – 5 (4,00 ; 1,41)	3 – 7 (5,00 ; 1,83)	0 – 10 (5,00 ; 4,40)	0 – 10 (4,67 ; 3,00)	0 – 15 (5,44 ; 3,48)	1,73	0,16
Polyfarmacie n (%)	10 (76,92)	0	3 (75)	2 (50)	18 (66,67)	33 (66)	2,18	0,09

* p

Discussie

In onze dossierstudie kwamen de ongespecificeerde/andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis en BPS het meest voor, en werden trends gezien (maar geen statistisch significante verschillen) waarbij ouderen met BPS meer medicatie gebruikten en er vaker sprake was van polyfarmacie, vergeleken met ouderen met andere PS.

De eerste bevinding wordt ondersteund door een meta-analyse, waarin werd gevonden dat de persoonlijkheidsstoornis NAO (in DSM 5 termen de ongespecificeerde/andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis) behoort tot de top drie meest gestelde as-II classificaties van de DSM-IV¹⁴. In deze meta-analyse werd echter geen onderscheid gemaakt in setting (klinisch of poliklinisch) of leeftijdsgroepen van de patiënten, wat vergelijking met onze bevindingen bemoeilijkt.

Onze bevinding dat er een trend is dat ouderen met BPS meer medicatie (zowel somatische medicatie als psychofarmaca) gebruiken kan verklaard worden door het feit dat (bij volwassenen) bekend is dat BPS gerelateerd is aan bepaalde chronische

gezondheidsproblemen (onder andere diabetes en obesitas)¹⁵. Bij ouderen zou de impact van persoonlijkheidspathologie op de fysieke gezondheid nog groter kunnen zijn, gezien de toegenomen somatische kwetsbaarheid.

In onze dossierstudie werd een trend gezien dat polyfarmacie meer voorkwam bij ouderen met BPS vergeleken met ouderen met andere PS. Bij volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen wordt polyfarmacie gerapporteerd in 37% van de gevallen¹⁶. Verschillen in leeftijdsklassen zijn hierbij onbekend. Resultaten uit onze pilotstudie geven aanwijzingen dat dit percentage bij ouderen nog hoger ligt, alhoewel resultaten moeilijk te vergelijken zijn door een gebrek aan een uniforme definitie voor polyfarmacie. In onze onderzoekspopulatie gebruikte 66% van de patiënten meer dan vijf medicijnen. Een aanzienlijk deel van deze medicijnen werden voor somatische redenen voorgeschreven, maar dit blijft klinisch relevant, omdat zowel het gebruik van psychofarmaca als somatische medicatie kunnen zorgen voor bijwerkingen en interacties.

Onze bevinding dat ouderen met PS veel medicatie (somaatich en psychofarmaca) gebruiken ondersteunt onze mening dat bij ouderen nog terughoudender moet worden opgetreden wat betreft het voorschrijven van psychofarmaca ter behandeling van symptomen van persoonlijkheidsstoornissen, gezien het risico op bijwerkingen en interacties. Er moet daarentegen ook gewaakt worden voor onderbehandeling van ouderen met PS. Juist om deze reden is het zeer belangrijk om goede effectstudies op te zetten naar de farmacotherapeutische behandeling van ouderen met PS.

Deze dossierstudie is een opstap naar vervolgonderzoek naar (effectiviteit en tolerantie van) symptoomgerichte farmacotherapie, polyfarmacie en psychiatrische comorbiditeit bij ouderen met PS, zodat toegewerkt kan worden naar een beter toepasbaar behandelprotocol. Leeftijdsdiscriminatie van ouderen in medisch wetenschappelijk onderzoek is een aandachtspunt en adviezen om ouderen meer in onderzoek te betrekken zijn voorhanden, zoals in de richtlijnen voor 'kwetsbare ouderen' en richtlijnen 'op maat'¹⁷. Ter bevordering van personalized medicine in de ouderenpsychiatrie is patiëntgebonden effectiviteitsonderzoek onontbeerlijk.

De huidige pilotstudie heeft echter ook beperkingen. Allereerst beperkte het cross-sectionele design de betrouwbaarheid van resultaten, omdat medicatiegebruik onderhevig is aan veranderingen in de tijd. De onderzoekspopulatie was klein en er was een onevenredige verdeling van subgroepen, wat kan hebben voorkomen dat de gevonden verschillen geen statistische significantie bereikten. Tevens werd geen vergelijking met een soortgelijke jongere groep patiënten gemaakt. De dossierstudie gaf evenmin informatie over de (neven)effecten of indicaties van psychofarmaca bij ouderen met PS, dit bleek slecht geregistreerd in de patiënten dossiers. Tot slot kan de ambulante setting ook invloed hebben gehad op de resultaten en is wellicht het medicatiegebruik en polyfarmacie hoger bij klinisch behandelde patiënten.

Derhalve zijn voor vervolgonderzoek grotere patiëntengroepen, meer gestructureerde registratie in patiëntendossiers van medicatiegebruik, -indicaties, -wijzigingen, -(neven)effecten en polyfarmacie nodig alsmede vergelijkend onderzoek naar een controlegroep jongere volwassenen (<65 jaar). Daarnaast is het wenselijk om te corrigeren voor de overige DSM-classificaties, omdat dit verband kan houden met medicatiegebruik. Tot slot kan bediscussieerd worden of er bij vervolgonderzoek een strikte definitie van polyfarmacie gehanteerd moet worden, aangezien het bij ouderen beter lijkt om te spreken van 'doelmatig' of 'niet-doelmatig' voorgeschreven medicatie¹⁸ (18). Een eenduidige internationale definitie van polyfarmacie is echter niet beschikbaar, wat valide metingen van deze variabele bemoeilijkt¹³.

Conclusie

Farmacotherapie bij ouderen met PS vormt een nieuw en belangrijk aandachtsgebied. Tot op heden worden ouderen met PS volgens een algemene richtlijn behandeld, vanwege het gebrek aan een op ouderen toegespitste richtlijn. Er zijn geen effectstudies van symptoomgerichte farmacotherapie bij deze groep bekend. Desondanks blijkt uit ons onderzoek dat medicatiegebruik (zowel somatische medicatie als psychofarmaca) in bepaalde subgroepen van PS bij ouderen hoog is. In vervolgonderzoek zou onder meer de aandacht moeten uitgaan naar structurele registratie van indicaties en (neven)effecten van psychofarmaca.

Auteurs

Julie E. M. Schulkens

Expertisecentrum Persoonlijkheidsstoornissen bij Ouderen, Mondriaan GGZ, Heerlen, Netherlands

Expertisecentrum Persoonlijkheidsstoornissen bij Ouderen, Mondriaan GGZ, Heerlen.

School for Mental Health and Neuroscience (MHeNs), afdeling psychiatrie en neuropsychologie, Maastricht University Medical

Centre (MUMC+), Maastricht.

Corresponderend auteur. E-mail: j.schulkens@mondriaan.eu

Jamila Ibirane

Expertisecentrum Persoonlijkheidsstoornissen bij Ouderen, Mondriaan GGZ, Heerlen, Netherlands

Expertisecentrum Persoonlijkheidsstoornissen bij Ouderen, Mondriaan GGZ, Heerlen

Sebastiaan P. J. van Alphen

Vakgroep psychologie en educatiewetenschappen, Vrije Universiteit Brussel, Brussel, Belgium, Mondriaan Ouderen, Heerlen, Netherlands

Expertisecentrum Persoonlijkheidsstoornissen bij Ouderen, Mondriaan GGZ, Heerlen.

Vrije Universiteit Brussel, Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen, Onderzoeksgroep Persoonlijkheid en Psychopathologie

School of Social and Behavioral Sciences, Department of Medical and Clinical Psychology, Tilburg University, Tilburg.

Sjacko Sobczak

Expertisecentrum Persoonlijkheidsstoornissen bij Ouderen, Mondriaan GGZ, Heerlen, Netherlands

Expertisecentrum Persoonlijkheidsstoornissen bij Ouderen, Mondriaan GGZ, Heerlen.

School for Mental Health and Neuroscience (MHeNs), afdeling psychiatrie en neuropsychologie, Maastricht University Medical Centre (MUMC+), Maastricht

Literatuurlijst

1. van Alphen S, Oude Voshaar R, Bouckaert F, Videler A. Handboek persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: Tijdstroom; 2018.
2. Weissman MM. The epidemiology of personality disorders: a 1990 update. *Journal of Personality Disorders*. 1993.
3. Ames A, Molinari V. Prevalence of personality disorders in community-living elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 1994;7(3):189-94.
4. Mezzich JE, Fabrega Jr H, Coffman GA, Glavin Y-FW. Comprehensively diagnosing geriatric patients. *Comprehensive psychiatry*. 1987;28(1):68-76.
5. Molinari V, Marmion J. Personality disorders in geropsychiatric outpatients. *Psychological reports*. 1993;73(1):256-8.
6. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis: Trimbos Instituut; 2008 [
7. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen. 2017.
8. Van Alphen S, Bolwerk N, Videler A, Tummers J, Van Royen R, Barendse H, et al. Age-related aspects and clinical implications of diagnosis and treatment of personality disorders in older adults. *Clinical Gerontologist*. 2012;35(1):27-41.
9. Rosowsky E, Young AS, Malloy MC, Van Alphen S, Ellison JM. A cross-validation Delphi method approach to the diagnosis and treatment of personality disorders in older adults. *Aging & mental health*. 2018;22(3):371-8.
10. Sansone RA, Rytwinski D, Gaither GA. Borderline personality and psychotropic medication prescription in an outpatient psychiatry clinic. *Comprehensive Psychiatry*. 2003;44(6):454-8.
11. van Alphen SPJ, Oude Voshaar R, Bouckaert F, Videler A. Handboek persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. 2018.
12. Spitzer RL. Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Comprehensive psychiatry*. 1983.
13. Cadogan CA, Ryan C, Hughes CM. Appropriate polypharmacy and medicine safety: when many is not too many. *Drug safety*. 2016;39(2):109-16.
14. Verheul R, Widiger TA. A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of Personality Disorders*. 2004;18(4):309-19.

15. Frankenburg FR, Zanarini MC. Obesity and Obesity-Related Illnesses in Borderline Patients. *Journal of Personality Disorders*. 2006;20(1):71-80.
16. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *The Journal of clinical psychiatry*. 2004.
17. B. van Munster AA, T. van Barneveld, J. de Beer. Maak richtlijnen op maat voor ouderen. *Medisch Contact*. 2017(38):30-2.
18. Fitzgerald LS, Hanlon JT, Shelton PS, Landsman PB, Schmader KE, Pulliam CC, et al. Reliability of a modified medication appropriateness index in ambulatory older persons. *Annals of Pharmacotherapy*. 1997;31(5):543-8.