

Persoonlijkheidsstoornissen: levensloopbenadering zinvol

J. HUTSEBAUT, A.C. VIDELER, M.J.A. SCHOUTROP, T.A.M.J. VAN AMELSVOORT,
S.P.J. VAN ALPHEN



De laatste decennia is er in toenemende mate aandacht voor een levensloopperspectief op psychiatrische stoornissen. Deze aandacht komt terug in de opbouw van de DSM-5 (APA 2013), die de opvolging van psychische stoornissen gedurende de levensloop weerspiegelt. Verder is er in de beschrijvingen van de verschillende classificatiecriteria geregeld aandacht voor manifestaties op verschillende leeftijden en zijn secties over 'Ontwikkeling en beloop' opgenomen voor de verschillende psychische stoornissen.

Persoonlijkheidsstoornissen in DSM-5: gericht op volwassenheid

In de DSM-5 staan persoonlijkheidsstoornissen achteraan. Ze worden niet vermeld bij de stoornissen in de kindertijd of adolescentie, hoewel criterium D expliciet stelt dat het begin moet kunnen worden teruggevoerd tot ten minste de adolescentie of jongvolwassenheid. In tegenstelling tot een aantal andere stoornissen, zoals autismespectrumstoornissen, staan geen leeftijdsspecifieke criteria voor persoonlijkheidsstoornissen beschreven. De secties over 'Ontwikkeling en beloop' beperken zich voor de meeste persoonlijkheidsstoornissen tot het beschrijven van enkele specifieke voorlopers.

De criteria zelf verwijzen veelal naar rollen en relaties die typisch zijn voor de volwassenheid, zoals het vermijden van beroepsmatige activiteiten (vermijdende persoonlijkheidsstoornis) of het zoeken naar nieuwe relaties wanneer een nabije relatie beëindigd werd (afhankelijke persoonlijkheidsstoornis).

Het diagnostische instrumentarium voor de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen werd op enkele uitzonderingen na volledig ontwikkeld en gevalideerd op basis van studies in volwassen populaties. Bovendien blijkt genoeg alle kennis over werkzame behandelingen bij persoonlijkheidsstoornissen te zijn afgeleid van studies bij volwassenen (onder anderen Stoffers e.a. 2012). Kortom, wat we weten over persoonlijkheidsstoornissen betreft vooral de manifestaties ervan in de volwassenheid.

Temporele instabiliteit van persoonlijkheidsstoornissen

Diverse longitudinale studies laten echter zien dat persoonlijkheidsstoornissen geen statische entiteiten vormen, maar dat de fenomenologische expressie ervan verandert door de levensloop. Zowel de *Longitudinal Study of Personality Disorders* (LSPD; Lenzenweger 1999), de *Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study* (CLPS; Gunderson e.a. 2000) als de *Study of Adult Development* (Zanarini e.a. 2012) tonen aan dat de symptomen van persoonlijkheidsstoornissen sterk afnemen met de leeftijd, dat wil zeggen tot de volwassenheid. De CLPS laat spontane remissie zien bij 25 tot 41% van de mensen met een borderline-, schizotypische, vermijdende of dwangmatige persoonlijkheidsstoornis in een tijdsspanne van twee jaar.

Het onderzoek van Zanarini e.a. bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) suggereert zelfs remissie van de categoriale diagnose bij nagenoeg alle deelnemers in een tijdsspanne van 16 jaar. Ondanks periodes van symptomatische remissie, blijkt dat zo'n remissie in veel gevallen weer gevolgd wordt door recidief en dat remissie op het gebied van borderlinecriteria niet noodzakelijkerwijs gepaard gaat met sociaal-maatschappelijk herstel. Bijna de helft van de patiënten met een BPS slaagt er niet in om opnieuw aan een baan te komen (Zanarini e.a. 2012), wat de levenslange impact van de stoornis illustreert bij een grote groep. Genoemde studies tonen tevens aan dat de temporele stabiliteit van specifieke criteria sterk kan verschillen. Zelfverwondend gedrag blijkt bijvoorbeeld van alle borderlinekenmerken het minst stabiel te zijn.

BEELD BIJ JONGEREN

Persoonlijkheidsstoornissen kennen een dynamisch beloop en veranderen van expressie onder invloed van biologische, psychologische en sociale ontwikkelingen. De *Children in the Community (CIC) Study* waarin respondenten tussen 14 en 33 jaar werden geïncludeerd (bijv. Johnson e.a. 2005) en de *Girls Personality Study* (GPS; bijv. Stepp e.a. 2010) tonen aan dat kenmerken van (borderline)persoon-

lijkheidsstoornissen zich reeds manifesteren bij het begin van de puberteit. De cic-studie toont verder aan dat jongeren met BPS zich tijdens de adolescentie steeds meer gaan onderscheiden van ‘gezonde’ jongeren, onder andere doordat hun sociale relaties in de loop van deze levensfase meer aangetast raken.

Debast e.a. (2016) vonden dat ongeveer een derde van de symptomen van persoonlijkheidsstoornis niet leeftijdsneutraal is. Wanneer we uitgaan van een even ernstige mate van persoonlijkheidsstoornis, zullen jongeren meer en ernstiger symptomen laten zien op het gebied van emotieregulatie, (negatief) zelfbeeld en verantwoordelijkheidszin.

BEELD BIJ OUDEREN

Omgekeerd zullen volwassenen meer en ernstigere symptomen laten zien op het gebied van relationeel functioneren. Ook van de volwassenheid naar oudere leeftijd vindt een verschuiving plaats onder invloed van biopsychosociale verouderingsaspecten, zoals (omgang met) cognitieve en somatische achteruitgang of veranderde leefomgeving door verhuizing naar een verpleeghuis (van Alphen e.a. 2015). Ouderen met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis bijvoorbeeld vertonen veelal een afname van agressieve én impulsieve kenmerken en een toename van hypochondrische en depressieve kenmerken.

Dat de DSM-criteria onvoldoende aansluiten op de leef- en belevingswereld van ouderen, blijkt uit een omvangrijke, cross-sectionele studie in de Amerikaanse bevolking (leeftijd 18-98 jaar) van Balsis e.a. (2007): maar liefst 29% van de DSM-criteria voor persoonlijkheidsstoornissen vertoonden meetfouten bij ouderen. Met andere woorden: de DSM is onvoldoende leeftijdsneutraal en sluit derhalve onvoldoende aan op een benadering vanuit het levensloopperspectief.

Alternatief model voor persoonlijkheidsstoornissen in DSM-5

De huidige criteria voor persoonlijkheidsstoornissen zijn te weinig leeftijdsneutraal. Toch biedt de DSM-5 een alternatief model, waarin de kern van persoonlijkheidsstoornissen wordt geherformuleerd in termen van beperkingen in zelf- en interpersoonlijk functioneren en maladaptieve trekken. De beperkingen in functioneren kunnen zich gedurende de levensloop op verschillende wijzen manifesteren. Bovendien gaat het alternatieve model uit van een dimensionele in plaats van een categoriale visie, wat beter aansluit bij vastgestelde variaties in ernst. Vanuit een levensloopvisie lijkt dit alternatieve model daarom een verbetering ten opzichte van de huidige (sectie II van de) DSM-5.

AUTEURS

JOOST HUTSEBAUT, klinisch psycholoog, programma MBT-early, De Viersprong en Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, Halsteren.

ARJAN VIDELER, psychotherapeut, gz-psycholoog, onderzoeker en manager behandeling PersonaCura, specialist in persoonlijkheid en gedrag bij Senioren, GGz Breburg.

MIRJAM SCHOUTROP, klinisch psycholoog, manager, Mondriaan/Psyq Persoonlijkheid, Heerlen-Maastricht.

THERESE VAN AMELSVOORT, hoogleraar Transitie-psychiatrie, MUMC en psychiater, Mondriaan, Virenze, Koraalgroep.

BAS VAN ALPHEN, gezondheidszorgpsycholoog, bijzonder hoogleraar Klinische ouderenpsychologie, Vrije Universiteit Brussel, en programmaleider, Mondriaan Ouderen, Heerlen-Maastricht.

CORRESPONDENTIEADRES

Joost Hutsebaut, De Viersprong, Postbus 7, 4660AA Halsteren.

E-mail: Joost.Hutsebaut@deviersprong.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-12-2016.

TITLE IN ENGLISH

Personality disorders: life span perspective makes sense

Klinische stagering naast categoriale diagnostiek

De huidige criteria voor persoonlijkheidsstoornissen doen verder onvoldoende recht aan het dynamische beloop van persoonlijkheidsstoornissen door de levensloop. Klinisch stageren, gangbaar in de somatische geneeskunde, biedt een mogelijk alternatief voor de huidige DSM-5-classificatie (Hutsebaut & Hessels 2016).

Net als andere (psychische) aandoeningen kennen persoonlijkheidsstoornissen doorgaans een progressief verloop. Bij klinische stagering definieert men de mate van progressie van een aandoening langs een continuüm. Verschillende stadia worden onderscheiden op basis van hun klinisch fenotype, dat gekenmerkt wordt door de ernst en duur van symptomen, de associatie met andere vormen van morbiditeit en de sociaal-maatschappelijke impact van de aandoening. De ‘progressie’ van persoonlijkheidsstoornissen wordt niet alleen afgemeten aan het aantal kenmerken, maar aan de brede sociaal-maatschappelijke impact van de aandoening.

Klinische staging is onlosmakelijk verbonden met leeftijd, maar kan er niet toe gereduceerd worden. Soms kunnen patronen van persoonlijkheidsstoornissen op de leeftijd van 14 of 15 jaar al zo chronisch en complex zijn dat er geen sprake meer is van vroege interventie, terwijl het in andere gevallen net wel een adequaat concept kan zijn bij het 'laat ontstaan' van persoonlijkheidsstoornissen, waarbij biopsychosociale veroudering de trigger is voor een escalatie van voorheen subklinische varianten van maladaptieve trekken (van Alphen e.a. 2014). Klinische staging is vooral interessant omdat het een heuristische strategie kan bieden voor het selecteren van interventies, aansluitend bij het ontwikkelingsstadium van de aandoening.

Health management bij persoonlijkheidsstoornissen

De psychiatrie is nagenoeg volledig ingericht op het identificeren en behandelen van symptoomstoornissen. Behandeling van persoonlijkheidsstoornissen is bovendien vooral gericht op de episodes waarin de stoornis zich acuut manifesteert en minder op het continu begeleiden van de kwetsbaarheid van deze patiënten. De vraag is of dit zorgmodel wel optimaal aansluit bij de aard van de kwetsbaarheid die eigen is aan mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

Een zorgconcept dat steeds vaker gebruikt wordt voor het begeleiden van chronische ziektes waar verschillende hulpverleners bij betrokken zijn, is *health of disease management*. Aspecten die hierin centraal staan, zijn het integreren van de zorg van verschillende disciplines, gebaseerd op de best beschikbare kennis, het verantwoordelijk maken van de patiënt voor het management van zijn of haar ziekte en het zoeken naar afstemming tussen alle betrokkenen (patiënt, zorgverleners en verzekeringsinstellingen) over de te volgen werkwijze op gebied van preventie, diagnostiek en behandeling en de middelen die daar tegenoverstaan (Wagner e.a. 2005).

Health management biedt uitkomst voor persoonlijkheidsstoornissen als chronische en fluctuerende aandoening, met aandacht voor specifieke levensloopaspecten. Het richt de aandacht minder op de (vaak dure) behandeling van persoonlijkheidsstoornissen tijdens acute fasen van de aandoening, en meer op de preventie, primair en secundair, van de (verergering van) persoonlijkheidsstoornissen en secundaire stoornissen alsook op het management van chronische condities. Het doel hiervan is het reduceren van de negatieve impact op sociaal en maatschappelijk functioneren.

Health management en klinische staging kunnen daarbij op elkaar afgestemd worden. Vroege interventies kun-

nen kort en generiek zijn, interventies in latere fasen zullen complexer zijn of meer gericht op herstel. In acute fasen zal de aandacht meer uitgaan naar symptoomstabilisering (bijvoorbeeld door psychofarmaca), in fasen van remissie kan meer gewerkt worden aan het opbouwen van psychische veerkracht.

Interventies moeten continuïteit van zorg bieden, ook 'tussen de acute fasen door'. Patiënten moeten gesterkt worden om zelf stressvolle levensgebeurtenissen te hantieren, maar ook om adequaat hulp te zoeken bij beginnend recidief. Behandelafdelingen dient men in te richten volgens een model van episodische zorg: in plaats van telkens nieuwe – ingrijpende en dure – complexe behandeltrajecten te starten, kan men korte episodes van zorg aanbieden op initiatief van de patiënt en in overleg met diens behandelaar.

Levensloopbenadering heeft zin

Persoonlijkheidsstoornissen hebben in veel gevallen een chronisch, maar tevens fluctuerend beloop van symptomen. De (vroeg)detectie ervan vereist gerichte aandacht voor en kennis over de specifieke levensfase waarin de patiënt verkeert, vanaf de adolescentie via de volwassenheid tot de laatste levensfase. Interventies dienen rekening te houden met de ontwikkelingsstadia van de aandoening, de ontwikkelingsfase (met bijbehorende -taken) waarin de patiënt zich bevindt en de veranderende systeemfactoren. Health management is inherent aan een levensloopbenadering en kan model staan voor een continu management van de kwetsbaarheid die verbonden is met persoonlijkheidsstoornissen door de levensloop, of er nu sprake is van acute symptomen of niet.

LITERATUUR

- Alphen SPJ van, Rossi G, Dierckx E, Oude Voshaar RC. DSM-5 classificatie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 816-20.
- Alphen SPJ van, Dijk SDM van, Videler AC, Rossi G, Dierckx E, Bouckaert F, e.a. Personality disorders in older adults: emerging research issues. *Curr Psychiat Rep* 2015; 17: 538-45.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (IV-TR). Washington: American Psychiatric Association; 2000.
- Balsis S, Gleason ME, Woods CM, Oltmanns TF. An item response theory analysis of DSM-IV personality disorder criteria across younger and older age groups. *Psychol Aging* 2007; 22: 171-85.
- Debast I, Hutsebaut J, Feenstra DJ, Rossi G. Developmentally sensitive markers of personality functioning in adolescents: age-specific and age-neutral expressions. *Personal Disord Theor Res Treatm* 2016; epub ahead of print

- Gunderson JG, Shea MT, Skodol AE, McGlashan TH, Morey LC, Stout RL, e.a. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study, I: development, aims, design, and sample characteristics. *J Personal Disord* 2000; 14: 300-15.
- Hutsebaut J, Hessels C. De klok tikt. Clinical staging en vroege interventie bij borderlinepersoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschr Psychiatr* 2016, geaccepteerd voor publicatie.
- Johnson JG, First MB, Cohen P, Skodol AE, Kasen S, Brook JS. Adverse outcomes associated with personality disorder not otherwise specified in a community sample. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1926-32.
- Lenzenweger MF. Stability and change in personality disorder features. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1009-15.
- Skodol AE, Gunderson, JG, Shea MT, McGlashan TH, Morey LC, Sanislow CA, e.a.. The collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS): overview and implications. *J Personal Disord* 2005; 19: 487-504.
- Stepp SD, Pilkonis PA, Hipwell AE, Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Stability of borderline personality disorder features in girls. *J Personal Disord* 2010; 24: 460-72.
- Stoffers JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 8: CD005652.
- Wagner EH, Bennett SM, Austin BT, Greene SM, Schaefer JK, Vonkorf M. Finding common ground: patient-centeredness and evidence-based chronic illness care. *J Altern Complement Med* 2005; 11 Suppl: S7-15.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry* 2012; 169: 476-83.