

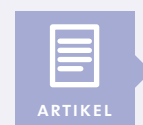
Tijd voor cluster C-persoonlijkheidsstoornissen: state of the art^I

J. HUTSEBAUT, E.M.C. WILLEMSSEN, H.L. VAN

- ACHTERGROND** In vergelijking met cluster B-persoonlijkheidsstoornissen is er in onderzoek en in de klinische praktijk weinig aandacht voor de diagnostiek en behandeling van mensen met dwangmatige, afhankelijke en vermijdende persoonlijkheidsstoornissen (cluster C).
- DOEL** Een overzicht geven van de actuele stand van zaken van de kennis over cluster C-persoonlijkheidsstoornissen.
- METHODE** Een systematische literatuursearch werd uitgevoerd in de belangrijkste databases.
- RESULTATEN** Cluster C-persoonlijkheidsstoornissen komen bij 3-9% van de algemene bevolking voor. Bij ongeveer de helft van de stemmings-, angst- en eetstoornissen komt er comorbide cluster C-problematiek voor. Dit heeft grote invloed op het beloop van symptomen, de effectiviteit van behandeling en de kans op recidief. Er bestaan nauwelijks goed uitgevoerde gerandomiseerde studies naar de behandeling van cluster C-persoonlijkheidsstoornissen. Open cohortstudies laten sterke en blijvende behandel-effecten zien.
- CONCLUSIE** Gezien het frequent voorkomen van cluster C-persoonlijkheidsstoornissen, de ziektelast, maatschappelijke kosten en de gevolgen voor de prognose bij comorbiditeit is veel winst te boeken als cluster C-problematiek tijdig herkend en behandeld wordt.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)5, 306-314

TREFWOORDEN afhankelijke, dwangmatige en vermijdende persoonlijkheidsstoornissen, cluster C-persoonlijkheidsstoornissen



Voor de behandeling van borderlinepersoonlijkheidsstoornissen zijn inmiddels drie cochrane-reviews verschenen, werden meer dan 35 gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) gepubliceerd, bestaan er Amerikaanse, Britse, Duitse en Australische richtlijnen en is er een eigen tweemaaljaars congres. Niets van dit alles voor cluster C-persoonlijkheidsstoornissen. De in 2008 opgestelde Nederlandse richtlijn is de enige ter wereld waarin een poging wordt gedaan alle persoonlijkheidsstoornissen te bespreken (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling 2008). Andere internationale richtlijnen richten zich enkel op borderline- of antisociale persoonlijkheidsstoornissen. Daarmee blijven cluster C-persoonlijkheidsstoornissen onderbelicht. Dat doet onrecht aan een patiëntengroep die vaak voorkomt in de klinische praktijk, een hoge ziektelast ervaart en veel maatschappelijke kosten met zich meebrengt.

Namens het podium Cluster C van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen – een netwerk van professionals die deze patiënten behandelen – geven wij met dit overzichtsartikel een stand van zaken: wat weten we over prevalentie, diagnostiek, beloop behandeling, comorbiditeit en ziektelast van cluster C-persoonlijkheidsstoornissen? We sluiten af met richtingen voor toekomstig onderzoek.

METHODE

We voerden een systematische literatuursearch uit in de databases PubMed, Embase, Medline, Psych Info, Scholar, Cochrane, National Guideline Clearinghouse en Trip. Als zoektermen werden gebruikt: 'dependent personality disorder', 'obsessive compulsive personality disorder', 'avoidant personality disorder', 'cluster C personality disorder'. Deze zoektermen werden gebruikt in combinatie met:

'health care cost', 'medical care', 'treatment', 'effectivity', 'efficacy', 'societal burden', 'physical/ psychological burden/problems', 'psychotherapy', 'prevalence', 'family', 'quality of life', 'prognosis', 'development', 'causes', 'reasons', 'epidemiology', 'distress', 'RCT', 'treatment', 'co-morbidity', 'medication use'. Een laatste update werd gedaan in september 2016. Aanvullende artikelen werden gevonden via literatuurreferenties. Op basis van de abstracts werden 95 relevante publicaties geselecteerd. Indien over een deelonderwerp een recente review of meta-analyse beschikbaar was, werd deze als uitgangspunt voor bespreking genomen.

Cluster C-persoonlijkheidsstoornissen in DSM-5

Cluster C-persoonlijkheidsstoornissen worden gekenmerkt door duurzame patronen van angst, remming en controle. In de Nederlandse vertaling van de DSM-5 (APA 2013; 2014) zijn enkele naamswijzigingen doorgevoerd: 'vermijdende' in plaats van 'ontwijkende persoonlijkheidsstoornis' en 'dwangmatige' in plaats van 'obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis'. De criteria zijn niet gewijzigd.

- Mensen met een *vermijdende* persoonlijkheidsstoornis zijn erg kwetsbaar in hun gevoel van eigenwaarde en hebben een overmatige vrees voor negatieve beoordeling. Zij voelen zich sociaal onbekwaam, onaantrekkelijk en minderwaardig en stellen zich doorgaans gereserveerd of vermijdend op in sociale situaties.
- Mensen met een *dwangmatige* persoonlijkheidsstoornis zijn zeer perfectionistisch, rigide en gierig. Ze zijn veel bezig met details en lijstjes en zijn koppig. Deze kenmerken verhinderen hen taken af te maken of zich te ontspannen.
- Mensen met een *afhankelijke* persoonlijkheidsstoornis hebben een voortdurende behoefte aan steun, goedkeuring en geruststelling door anderen. Deze mensen hebben anderen nodig om beslissingen te nemen. Ze kunnen er niet tegen om alleen te zijn en reageren heftig op elke vorm van verlating.

Naast deze klassieke classificatie bevat DSM-5 in sectie III ook een Alternatief Model voor Persoonlijkheidsstoornissen, waarin persoonlijkheidsstoornissen worden gedefinieerd als een combinatie van beperkingen in zelf- en interpersoonlijk functioneren aan de ene kant en kenmerkende persoonlijkheidstrekken aan de andere kant (APA 2013). Omdat er nog geen specifieke studies zijn naar cluster C-persoonlijkheidsstoornissen op basis van dit alternatieve model, gaat het in dit artikel alleen over de 'klassieke' cluster C-persoonlijkheidsstoornissen.

AUTEURS

JOOST HUTSEBAUT, klinisch psycholoog, de Viersprong en Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen.

ELLEN WILLEMSEN, psychiater, Parnassia Groep en Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen.

RIEN VAN, psychiater en opleider Psychiatrie, Arkin, en directeur behandelzaken, NPI, onderdeel van Arkin.

CORRESPONDENTIEADRES

Joost Hutsebaut, p/a Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, Trimbos-Instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht.

E-mail: Joost.Hutsebaut@deviersprong.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 10-8-2017.

Diagnostiek

Persoonlijkheidsstoornissen onderscheiden zich van 'symptoomstoornissen' doordat er sprake is van persistente, pervasieve en pathologische patronen in ervaring en gedrag (DSM-5, APA 2013). In aanwezigheid van een symptoomstoornis, zoals een depressieve stoornis, kan een persoonlijkheidsstoornis vastgesteld worden als er daarnaast sprake is van langdurige en niet-situationeel bepaalde problemen.

Voor het classificeren van persoonlijkheidsstoornissen bestaat een aantal gestructureerde interviews. In het Nederlands taalgebied kan gebruikgemaakt worden van het *Structured Interview for DSM Personality Disorders* (SIDP-IV, Nederlandse versie De Jong e.a. 1996), het *International Personality Disorder Examination* (IPDE, Nederlandse versie Duijssens e.a. 1995) of het *Structured Clinical Interview for DSM-5* (First e.a. 2015). In deze interviews worden op systematische wijze de kenmerken van de verschillende persoonlijkheidsstoornissen uitgevraagd. Specifieke interviews om de ernst van een vermijdende, dwangmatige en afhankelijke persoonlijkheidsstoornis vast te stellen zijn in ontwikkeling.

Semigestructureerde interviews worden beschouwd als de betrouwbaarste wijze van classificatie voor persoonlijkheidsstoornissen. Ter ondersteuning kan gebruikgemaakt worden van zelfrapportage-vragenlijsten. Vooral als vertekening in de rapportage van de patiënt wordt vermoed ten gevolge van ernstige comorbiditeit, is een heteroanamnese nuttig. Als men niet de beschikking heeft over informatie uit de voorgeschiedenis of beloop van eerdere behandelingen, wordt aanbevolen om de diagnose te baseren op verschillende gesprekken die enigszins gespreid zijn in de tijd.

Prevalentie

TABEL 1 geeft een overzicht van de prevalentie van cluster C-stoornissen in verschillende groepen en van comorbide cluster C-stoornissen bij andere psychiatrische stoornissen. Verschillende studies laten doorgaans een aanzienlijke spreiding zien, wat onder meer verklaard wordt door een verschil in toegepaste meetinstrumenten. Verder zal in de ggz de prevalentie relatief lager zijn bij patiënten die zich voor het eerst voor behandeling melden en hoger bij een groep tweedelijnsverwijzingen met veel eerdere (onsuccesvolle) behandelingen voor andere stoornissen.

COMORBIDITEIT MET SYMPTOOMSTOORNISSEN

In de verslavingszorg wordt een prevalentie tussen 5,2 en 10,1% gerapporteerd (Andrea & Verheul 2009). Bij de andere veelvoorkomende stoornissen is het aandeel cluster C-persoonlijkheidsstoornissen veelal hoger, tussen 30 en 50%. Cluster C-persoonlijkheidsstoornissen komen bijvoorbeeld vaker dan cluster B-persoonlijkheidsstoornissen voor bij verschillende types van eetstoornissen (Friborg e.a. 2014; Martinussen e.a. 2016). Naarmate de

eetstoornis ernstiger is, is er een verhoogd risico op een comorbide cluster C-persoonlijkheidsstoornis. Dit verschijnsel is ook bij stemmings- en angststoornissen geconstateerd: bij ernstiger klachten is er vaker cluster C-problematiek (Visser & van Balkom 2009). Soms wordt gedacht dat de criteria van de sociale angststoornis en vermijdende persoonlijkheidsstoornis te veel overlappen, maar de DSM beoogt conceptueel onderscheid te maken. Bij de persoonlijkheidsstoornis komt de vermijding voort uit een laag zelfbeeld en de vrees afgewezen te worden en manifesteert zich in *alle* sociale situaties. Bij de sociale fobie gaat het om de vrees dat anderen de angstverschijnselen, zoals blozen, zien en is de angst beperkt tot situaties met vreemden. Een epidemiologische studie (Lampe & Sunderland 2015) bevestigt het onderscheid: slechts bij 18% van de mensen met een sociale fobie of een vermijdende persoonlijkheidsstoornis bleek er sprake van comorbiditeit van beide aandoeningen, terwijl 51% alleen voldeed aan de criteria van een sociale fobie en 30% alleen aan die van een vermijdende persoonlijkheidsstoornis. Wel was het functioneren in deze comorbide groep ernsti-

TABEL 1 Prevalentie (%) van cluster C-persoonlijkheidsstoornissen (PS) in algemene en psychiatrische populatie en per diagnostische categorie; gemiddelde met betrouwbaarheidsinterval indien gerapporteerd

	Dwangmatige PS	Vermijdende PS	Afhankelijke PS	Cluster C-PS (totaal)
Algemene bevolking ¹	2,5 (0-7,1)	2,7 (0-5,2)	1,0 (0,1-1,8)	6,5 (2,6-9,2)
Ggz ²	14,7 (3,4-34,6)	11,0 (3,1-31,6)	8,9 (1,4-20,5)	54
Per diagnose:				
Verslaving ²	7,1	10,1	5,2	5,2-10,1
Paniekstoornis met agorafobie ³	11 (8-15)	17 (14-21)	13 (10-18)	38 (31-46)
Sociale fobie ³	11 (8-14)	46 (40-52)	7 (4-11)	46 (36-56)
Dwangstoornis ³	20 (16-25)	17 (12-23)	10 (7-14)	34 (26-42)
Depressie ⁴	9 (7-12)	16 (13-20)	10 (8-13)	30 (25-36)
Dysthymie ⁴	12 (9-17)	22 (16-30)	13 (8-19)	38 (30-47)
Somatoforme stoornis ⁵	24	17		
Anorexia nervosa ⁷	23 (17-31)	23 (16-30)	18 (13-25)	43 (33-54)
Bulimia nervosa ⁷	12 (9-16)	20 (15-25)	18 (12-25)	36 (28-45)
Binge eating disorder ⁶	10 (7-16)	12 (8-17)	3 (1-11)	30 (21-41)
Eetstoornis NAO ⁶	11 (6-20)	18 (11-30)	9 (2-22)	38 (25-52)

¹Torgersen (2014): review, 13 studies.

²Andrea en Verheul (2009): review, 20 studies.

³Friborg e.a. (2013): review, 125 studies.

⁴Friborg (2014): review, 122 studies.

⁵Boom en Houtveen (2014).

⁶Friborg (2014): review, 20 studies.

⁷Martinussen (2016): 87 studies.

ger verstoord, waardoor men deze groep waarschijnlijk vaker in de klinische praktijk ziet.

COMORBIDITEIT MET ANDERE PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN

Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen voldoen regelmatig aan de criteria voor meer dan één persoonlijkheidsstoornis. Lenzenweger e.a. (2007) vonden een correlatie van cluster A- met cluster C-stoornissen van 0,55, tussen cluster B- en C-stoornissen van 0,45 en correlaties van de afzonderlijke cluster C-stoornissen met elkaar van 0,63 tot 0,80. De afhankelijke persoonlijkheidsstoornis gaat frequent samen met de borderline- en histrionische persoonlijkheidsstoornis, de vermijdende persoonlijkheidsstoornis vaker met een paranoïde, schizoïde of narcistische persoonlijkheidsstoornis (Skodol 2005). Binnen het C-cluster zijn vooral de vermijdende en afhankelijke persoonlijkheidsstoornis geregeld tegelijkertijd aanwezig (Skodol 2005).

GESLACHT EN LEEFTIJD

De dwangmatige persoonlijkheidsstoornis komt bij mannen twee keer zo veel voor als bij vrouwen (Torgersen 2014; Diedrich & Voderholzer 2015). De afhankelijke persoonlijkheidsstoornis komt meer voor bij vrouwen (Torgersen 2014). Met name de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis komt vaker voor bij hogere leeftijd (Torgersen 2014, Ulrich 2009). Deze toename komt overeen met de bevinding dat trekken als introversie en compulsiviteit met de leeftijd toenemen (Newton-Howes e.a. 2015). Dit hangt mogelijk samen met een afname van zintuiglijke en cognitieve functies, een afgebrokkeld sociaal netwerk en vermindering van flexibiliteit bij oudere mensen (van Alphen e.a. 2015).

Beloop

Er bestaan weinig prospectieve beloopstudies naar cluster C-persoonlijkheidsstoornissen. In een recente tweelingstudie bleek over een periode van tien jaar het aantal criteria van de vermijdende en dwangmatige persoonlijkheidsstoornis met ongeveer een derde af te nemen (Gjerde e.a. 2015). Ook in een cohortstudie bij patiënten die zich meldden voor behandeling, verminderde in een periode van tien jaar het gemiddelde aantal criteria van de vermijdende en de dwangmatige persoonlijkheidsstoornissen waaraan werd voldaan (Sanislow e.a. 2009). Dit lijkt in tegenspraak met de bevinding dat de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis bij ouderen meer voorkomt. Interpretatie is echter lastig omdat de afname van symptomen in de tijd longitudinaal bij jongere mensen werd onderzocht, terwijl de cijfers over hogere prevalentie bij ouderen afkomstig zijn uit crosssectionele populatiestudies.

Sommige symptomen persisteren meer dan andere (McGlashan e.a. 2005). Voor de vermijdende persoonlijkheidsstoornis gaat het om het zelfbeeld, 'zichzelf onbeholpen vinden' en 'zich minderwaardig voelen', terwijl een kenmerk als 'zich terugtrekken uit sociale en beroepsmatige situaties' veranderlijker is. Voor de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis bleken rigiditeit en perfectionisme het meest persisterend en gierigheid het minst.

Uitkomst behandeling van symptoomstoornissen bij comorbide persoonlijkheidsstoornis

Vrijwel alle studies laten zien dat een aanwezige cluster C-persoonlijkheidsstoornis tot een aanzienlijk slechtere prognose leidt bij behandeling voor andere psychische stoornissen. Zo bleek er 30% minder kans op herstel bij een gegeneraliseerde angststoornis en 39% minder kans op herstel bij een sociale fobie indien er sprake was van een comorbide (vooral vermijdende) persoonlijkheidsstoornis (Massion e.a. 2002). Voor herstel van een paniekstoornis werd geen effect gevonden. Een recentere studie van Ansell e.a. (2011) toont aan dat episodes van sociale fobie significant langer duren en de kans op terugval bijna vier keer zo groot is wanneer bij de start van de behandeling tevens een vermijdende persoonlijkheidsstoornis aanwezig is.

Een vermijdende of dwangmatige persoonlijkheidsstoornis bij de start van een behandeling verdubbelt de kans op terugval van een obsessieve-compulsieve stoornis. Aanwezigheid van een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis leidt tot een bijna driemaal zo hoge kans op terugval bij agorafobie en een bijna tweemaal zo hoge kans op terugval bij gegeneraliseerde angststoornissen na behandeling. Een andere studie laat zien dat mensen met cluster C-persoonlijkheidsstoornis wel profiteren van korte cognitieve behandelingen voor paniek- en dwangklachten, maar dat ze beginnen en eindigen met een hoger klachtenniveau in vergelijking met patiënten zonder comorbide persoonlijkheidsstoornis (Dreessen e.a. 1994).

Bij depressie vindt men dat behandel-effecten trager optreden (Morse e.a. 2005) en werd bij comorbide cluster C-problematiek een responspercentage gevonden van 50% versus 80% bij patiënten met alleen een depressie (Viinamäki e.a. 2003). De longitudinale resultaten van de National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (Oleski e.a. 2012) tonen aan hoe sterk de aanwezigheid van cluster C-persoonlijkheidsstoornissen toekomstig functioneren voorspelt. Patiënten met een depressie en comorbide cluster C-persoonlijkheidsstoornis hadden een tweemaal zo groot risico om na drie jaar nog steeds aan de criteria voor een depressie te voldoen als mensen zonder cluster C-stoornis. Voorts hadden zij tweemaal tot driemaal zo vaak tijdens de follow-up een suïcidepoging gedaan en hadden een anderhalf tot tweemaal zo grote

kans op het ontstaan van een angststoornis. Deze gegevens onderstrepen niet alleen dat depressie op zichzelf moeilijker te behandelen is, maar ook dat comorbide cluster C-persoonlijkheidsproblematiek mee behandeld dient te worden teneinde de kans op negatieve uitkomsten te reduceren.

In een overzicht van 23 behandelstudies stelden Crane e.a. (2007) vast dat trekken van een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis geassocieerd zijn met negatieve behandeluitkomsten bij anorexia nervosa. Omdat deze trekken een moderator zijn van het behandel-effect kan behandeling van anorexia nervosa mogelijk geoptimaliseerd worden wanneer ook de dwangmatige trekken tot focus van behandeling worden gemaakt.

Kosten

De totale jaarlijkse kosten ten gevolge van persoonlijkheidsstoornissen in Europa worden geschat op 27,3 miljard euro (Olesen e.a. 2012). Het overgrote deel van dit bedrag komt door indirecte kosten, zoals werkverzuim en een verhoogd beroep op somatische zorg. In een kosteneffectiviteitsstudie bij mensen die zich meldden voor behandeling van een cluster C-persoonlijkheidsstoornis werden de totale kosten voor de maatschappij per patiënt geschat op 24.000-30.000 euro per jaar (Bamelis e.a. 2015). Maatschappelijke kosten bedroegen zo'n 12.000 euro per jaar, gezondheidszorgkosten zo'n 1500-4000 euro per jaar en de kosten ten gevolge van productiviteitsverlies werden geraamd op 7000-9000 euro per jaar. Voorts wordt bij vermijdende persoonlijkheidsstoornis een verhoogde prevalentie gevonden van lichamelijke problemen als chronische pijn en gebruik van medicatie en van middelenmisbruik (Olsson e.a. 2012). Daarenboven is er schade die niet goed in kaart te brengen is, zoals productieverlies door overdreven perfectionisme, problemen in de samenwerking met collega's en moeite met het invullen van de rol als ouder.

Behandeling

Zowel psychodynamische therapie, waaronder (*intensive short-term dynamic psychotherapy* en *affect phobia therapy*, transactionele analyse, schematherapie en cognitieve (gedrags)therapie worden ingezet in de behandeling van cluster C-persoonlijkheidsstoornissen. Dat kan individueel, maar voor veel patiënten blijkt een groepstherapie mogelijk.

Wij vonden slechts vier RCT's specifiek naar de behandeling van cluster C-persoonlijkheidsstoornissen. Svartberg e.a. (2004) vergeleken 40 sessies psychodynamische therapie (gebaseerd op McCulloughs affectfobiemodel) met cognitieve therapie (gebaseerd op Becks cognitieve model van persoonlijkheidsstoornissen). Beide interventies resulteerden in significante verbeteringen op symptoomstress,

interpersoonlijke problemen en persoonlijkheidsproblemen. Na twee jaar follow-up bleek ongeveer de helft nog steeds symptomatisch hersteld en bij 40% was dit ook het geval op het niveau van interpersoonlijke problemen. Er werden geen significante verschillen vastgesteld tussen beide interventies.

Emmelkamp e.a. (2006) vonden bij mensen met een vermijdende persoonlijkheidsstoornis een superieur effect van cognitieve gedragstherapie (gebaseerd op Becks en Freemans cognitieve model van persoonlijkheidsstoornissen) boven psychodynamische therapie na behandeling van 20 sessies. Deze studie is bekritiseerd (Leichsenring & Leibing 2007) vanwege onder meer de korte behandelduur en de onduidelijke aard van de psychodynamische therapie. Ook werd in de wachtlijstconditie een aanzienlijke verbetering geconstateerd, wat erop zou kunnen wijzen dat het om een groep ging met lichte problematiek.

Nyjordet e.a. (2014) vonden daarentegen opnieuw geen verschil tussen 40 sessies cognitieve (gebaseerd op cognitieve model van persoonlijkheidsstoornissen van Beck en Freeman) en kortdurende psychodynamische therapie (gebaseerd op McCulloughs affectfobiemodel). In een Nederlandse studie werd schematherapie vergeleken met op clarificatie gerichte psychotherapie en *treatment as usual* bij patiënten met voornamelijk cluster C-persoonlijkheidsstoornissen (Bamelis e.a. 2014). Schematherapie is een integratieve methode met cognitieve, experiëntiële, gedragsmatige en interpersoonlijke technieken, terwijl de clarificatiegerichte psychotherapie geworteld is in de *client-centered* traditie. Het merendeel van de in totaal 50 sessies vond in het eerste jaar van behandeling plaats. Na 3 jaar voldeed 80% van de patiënten in schematherapie niet meer aan de diagnose persoonlijkheidsstoornis, voor de andere twee vormen was dat respectievelijk 60 en 52%. Er zijn verschillende reviews en meta-analyses waarbij ook naturalistische studies zijn meegenomen, naar de effecten van psychotherapievormen in gemengde diagnostische groepen. Voor een belangrijk deel ging het hierbij om patiënten met cluster C-problematiek. Zowel psychodynamische als cognitieve benaderingen blijken dan effectief (McMain & Pos 2007; Simon 2009). Uit deze studies blijkt dat de behandel-effecten behouden blijven bij follow-up.

BEHANDELDUUR

Veel behandelaars menen dat voldoende duur van behandeling een belangrijke factor in het succes is. Alhoewel zeer beperkt onderzocht, zijn er een paar aanwijzingen die dat ondersteunen. Lorentzen e.a. (2015) randomiseerden 167 patiënten met internaliserende problemen over een korte (20 sessies) en lange (80 sessies) psychodynamische groepstherapie. Het bleek dat bij mensen die voldeden aan de criteria voor een persoonlijkheidsstoornis de lange

behandeling duidelijk beter was. Mensen zonder persoonlijkheidsstoornis vertoonden juist bij de korte groepstherapie een betere respons. Bij follow-up na 3 en 7 jaar was verdere verbetering opgetreden in de groep die langdurige groepstherapie had gehad. Dat bleek niet het geval bij de kortdurend behandelde groep.

Deze bevindingen zijn in lijn met een eerdere meta-analyse die aantoonde dat langere behandelingen (50 sessies en meer) superieur zijn aan korte behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen (Leichsenring & Rabung 2011).

BEHANDELINTENSITEIT

De resultaten van een grootschalige Nederlandse multicenterstudie laten zien dat ook de *intensiteit* een relevante factor is. Kortdurende klinische psychotherapie van drie maanden was voor mensen met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis het effectiefst. Zelfs na vijf jaar follow-up bleken de effecten op zowel symptoomniveau als interpersoonlijk functioneren van kortdurende klinische opname nog steeds te onderscheiden van ambulante en deeltijdbehandeling (Bartak e.a. 2010; Horn e.a. 2015). Overigens lieten alle behandelvormen goede effectgroottes zien, tussen 0,6 en 1,7. Hoewel statistisch gecorrigeerd werd voor factoren zoals ernst en comorbiditeit is een punt van aandacht dat het niet om een RCT ging. Mogelijk toch optredende selectie van patiënten voor de diverse behandelvormen kan de vergelijking van resultaten hebben vertekend. Een mogelijke hypothese voor dit dosiseffect is dat de behandeling van mensen met cluster C-persoonlijkheidsstoornissen gebaat is bij een relatief hoge mate van ontregeling, wat mogelijk in het bijzonder in een opnamecontext gerealiseerd kan worden.

Over de effecten van farmacotherapie specifiek voor cluster C-persoonlijkheidsstoornissen is nauwelijks iets bekend. Ripoll e.a. (2011) vonden in secundaire analyses wel aanwijzingen voor een positief effect van antidepressiva op de sociale angst bij vermijdende persoonlijkheidsstoornissen.

Kosteneffectiviteit van de behandeling

In de genoemde Nederlandse multicenterstudie werden kosten en effecten van verschillende doseringen van psychotherapie voor cluster C-persoonlijkheidsstoornissen vergeleken: langdurig versus kortdurend en ambulante versus deeltijd versus opname (Soeteman e.a. 2011). Na een jaar behandeling varieerden de kosten van € 36.766,- voor langdurige ambulante psychotherapie tot € 73.456,- voor langdurige opname. Hierin zitten zowel directe behandelkosten als andere kosten, bijvoorbeeld ten gevolge van arbeidsverzuim, vervat. De twee meest kosteneffectieve strategieën waren kortdurende deeltijdbehandeling en kortdurende opname. Wanneer we uitgaan van de normen

die door de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2006) als acceptabel worden gezien voor de behandeling van aandoeningen met een ernstige beperking, dan zou een behandeling tot € 37.600,- per QALY mogen kosten. Op basis daarvan kan kortdurende opname gezien worden als de beste behandeling die de meeste gezondheidswinst oplevert (Horn e.a. 2015). Ook uit de studie van Bamelis (2014) naar schematherapie blijkt een gunstige kosteneffectiviteit.

DISCUSSIE

Cluster C-persoonlijkheidsstoornissen komen vaak voor, in de regel in combinatie met andere problematiek zoals angst, depressie en eetstoornissen. Omdat de symptomen hiervan doorgaans op de voorgrond staan, worden cluster C-persoonlijkheidsstoornissen vaak gemist. Uit onderzoek blijkt dat de ernst van deze stoornissen, de tijd die nodig is om te herstellen en de kans op recidief in belangrijke mate bepaald wordt door aanwezigheid van comorbide cluster C-problematiek. Bovendien blijken deze persoonlijkheidsstoornissen gepaard te gaan met zeer hoge maatschappelijke kosten. Dat maakt dat er veel meer aandacht nodig is voor herkenning en specialistische behandeling van cluster C-persoonlijkheidsstoornissen. De beschikbare studies tonen aan dat deze persoonlijkheidsstoornissen goed behandelbaar zijn, dat resultaten beklijven en dat behandeling kosteneffectief is. Er zijn aanwijzingen dat men met diverse modellen vergelijkbare effecten bereikt. Een voldoende hoge intensiteit van de behandeling is een belangrijke voorspeller voor het succes.

Het is evident dat gezien de huidige stand van zaken meer onderzoek nodig is. Wij stellen voor hieraan de volgende richtingen te geven.

Vroegdetectie

Cluster C-persoonlijkheidsstoornissen worden vaak pas onderkend op latere leeftijd of nadat meerdere behandelingen voor andere stoornissen gefaald hebben. Tijdens de adolescentie zijn problemen met gevoelens van eigenwaarde of terugtrekking nog moeilijk te onderscheiden zijn van normale ontwikkelingsfenomenen. Tegelijk is de adolescentie en jongvolwassenheid de periode waarin persoonlijkheidskenmerken nog plastisch zijn en dus wellicht beter te beïnvloeden door therapie (Hutsebaut & Hessels 2017). Er is daarom behoefte aan goede diagnostische instrumenten waarmee risico op cluster C-problematiek bij jongeren kan worden gedifferentieerd van andere problemen en van normale ontwikkelingsfenomenen.

Comorbiditeit en behandeling

Cluster C-persoonlijkheidsstoornissen komen in de regel samen voor met andere psychische stoornissen, zoals

stemmings-, angst- en eetstoornissen en beïnvloeden de prognose van behandelingen hiervoor. Het is niet bekend of beter sequentieel of geïntegreerd behandeld moet worden. In de praktijk kan men de ernst van de afzonderlijke stoornissen en/of de aard van eerdere, niet-geslaagde, behandeltrajecten een rol laten spelen in de afwegingen.

Langetermijneffecten

De beperkte beschikbare studies laten zien dat psychotherapie effectief is en dat de effecten standhouden. Een manco is echter dat er meestal is gekeken naar symptomatische remissie en minder naar sociaal en beroepsmatig functioneren. Het is van belang te onderzoeken of positieve behandelresultaten zich ook vertalen op het niveau van werk en sociaal functioneren.

Kosteneffectiviteitsstudies

Het wordt steeds duidelijker hoeveel maatschappelijke kosten psychische aandoeningen met zich meebrengen. Bij cluster C-problematiek zijn de indirecte kosten hoog door geassocieerde somatische problemen en door arbeidsverzuim. Kosteneffectiviteitsstudies waarin alle medische kosten en kosten ten gevolge van productieverlies verdisconteerd worden, zijn nodig om de rendabiliteit van behandeling nader in kaart te brengen.

AANBEVELINGEN

Voor *clinici* raden wij aan:

- Cluster C-persoonlijkheidsstoornissen komen vaak voor en hebben een grote invloed op de prognose van reguliere

behandelingen. Screen in het bijzonder bij stagnerende of weinig succesvolle behandelingen voor stemmings-, angst- en eetstoornissen op de aanwezigheid van een cluster C-persoonlijkheidsstoornis.

- Zowel vanuit psychodynamische als cognitieve hoek zijn effectieve behandelingen beschikbaar. Maak gebruik van goed beschreven modellen van voldoende duur en intensiteit.


Voor *beleidsmakers* adviseren wij:

- Cluster C-persoonlijkheidsstoornissen zorgen voor een hoge ziektelast en maatschappelijke kosten. Investeren in goede behandelingen is kosteneffectief.

- Er zijn overtuigende aanwijzingen dat kortdurende klinische opnames zeer (kosten)effectief zijn in de behandeling van mensen met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis. In de algemene discussie over beddenafbouw in de psychiatrie dient dit meegewogen te worden.

NOOT

1 Een ingekorte versie van dit artikel verscheen eerder als Factsheet, uitgegeven door het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen (www.kenniscentrumPS.nl).

 Nina van Bunningen (Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen) voerde de literatuursearch uit; Nathan Bachrach, Susanne Dalmeijer en Eelco Muste gaven input op een eerdere versie van dit manuscript en de leden van het Podium Cluster C van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen gaven feedback op dit manuscript.

LITERATUUR

- Alphen SPJ van, Rossi G, Dierckx E, Oude Voshaar RC. DSM-5 classificatie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Tijdschr Psychiatr 2014; 56: 816-20.
- Andrea H, Verheul R. Categoriale classificatie, epidemiologie en comorbiditeit. In: Eurelings-Bontekoe EHM, Verheul R, Snellen W. Handboek persoonlijkheidspathologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2009.
- Ansell EB, Pinto A, Edelen MO, Markowitz JC, Sanislow CA, e.a. The association of personality disorders with the prospective 7-year course of anxiety disorders. Psychol Med 2011; 41: 1019-28.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington: American Psychiatric Association; 2013.
- American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Amsterdam: Boom; 2014.
- Bamelis LLM, Arntz A, Wetzelaer P, Verdoorn R, Evers SMMA. Economic evaluation of schema therapy and clarification-oriented psychotherapy for personality disorders: A multicenter, randomized controlled trial. J Clin Psychiatry 2015; 76: e1432-40.
- Bartak A, Spreeuwenberg MD, Andrea H, Holleman L, Rijniere P, Rossum BV, e.a. Effectiveness of different modalities of psychotherapeutic treatment for patients with cluster C personality disorders: Results of a large prospective multicentre study. Psychother Psychosomat 2010; 79: 20-30.
- Boom KJ van der, Houtveen JH. Psychiatrische comorbiditeit bij ernstige somatiforme aandoeningen in de derde lijn. Tijdschr Psychiatr 2014; 56: 743-7.
- Crane AM, Roberts ME, Treasure J. Are obsessive-compulsive personality traits associated with a poor outcome in anorexia nervosa? Int J Eating Disord 2007; 40: 581-8.
- Diedrich A, Voderholzer U. Obsessive-compulsive personality disorder: a current review. Curr Psychiatry Rep 2015; 17: 2. doi 10.1007/s11920-014-0547-8.
- Dreesen L, Arntz A, Luttelts C, Sallaerts S. Personality disorders do not influence the results of cognitive behavior therapies for anxiety disorders. Comprehensive Psychiatry 1994; 35: 264-75.

- Emmelkamp PM, Benner A, Kuipers A, Feiertag GA, Koster HC, van Apeldoorn FJ. Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 60-4.
- First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV). Arlington: American Psychiatric Association; 2015.
- Friborg O, Martinsen EW, Martinussen M, Kaiser S, Overgard KT, Roseninge JH. Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *J Affect Disord* 2014; 152-154: 1-11.
- Friborg O, Martinussen M, Kaiser S, Øvergård KT, Roseninge JH. Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research. *J Affect Disord* 2013; 145:143-55.
- Friborg O, Martinussen M, Kaiser S, Overgard KT, Martinsen EW, Schmierer P, e.a. Personality disorders in eating disorder not otherwise specified and binge eating disorder. A Meta-analysis of comorbidity studies. *J Nerv Mental Disease* 2014; 202: 119-25.
- Gjerde LC, Czajkowski N, Roysamb E, Ystrom E, Tambs K, Aggen SH, e.a. A longitudinal, population-based twin study of avoidant and obsessive-compulsive personality disorder traits from early to middle adulthood. *Psychol Med* 2015; 45: 3539-48.
- Horn EK, Verheul R, Thunnisse M, Delimon J, Soons M, Meerman AMMA e.a. Effectiveness of short-term inpatient psychotherapy based on transactional analysis with patients with personality disorders: A matched control study using propensity score. *J Pers Disord* 2015; 29: 663-83.
- Hutsebaut J, Hessels C.J. Klinisch stadiëring en vroege interventie bij borderlinepersoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 166-74.
- International Personality Disorder Examination (IPDE). DSM-IV module. Nederlandse bewerking: Duijssens IJ, Eurelings-Bontekoe EHM, Diekstra RF. Leiderdorp: Datec; 1995.
- Jong CAJ de, Derks FCH, van Oel CJ, Rinne T. SIDP-IV: Gestructureerd interview voor de DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen. Sint Oedenrode: Stichting Verslavingszorg Oost Brabant; 1996.
- Lampe L, Sunderland M. Social phobia and avoidant personality disorder: similar but different? *J Pers Disord* 2015; 29: 115-30.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Utrecht: Trimbos-instituut; 2008.
- Leichsenring F, Leibing E. Cognitive-behavioural therapy for avoidant personality disorder. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 80.
- Leichsenring F, Rabung S. Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 15-22.
- Lenzenweger MF, Lane MC, Lornager A, Kessler RC. DSM-IV Personality disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Biol Psychiatry* 2007; 62: 553-64.
- Lorentzen S, Ruud T, Fjeldstad A, Hoglend PA. Personality disorder moderates outcome in short- and long-term group analytic psychotherapy: A randomized clinical trial. *Br J Clin Psychol* 2015; 54: 129-46.
- Martinussen M, Friborg O, Schmierer P, Kaiser S, Overgard KT, Neunhoeffler AL, e.a. The comorbidity of personality disorders in eating disorders: A meta-analysis. *Eat Weight Disord* 2016; doi: 10.1007/s40519-016-0345-x.
- Massion AO, Dyck IR, Shea MT, Phillips KA, Warshaw MG, Keller MB. Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 434-40.
- McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, Ralevski E, Morey LC, e.a. Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis II disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 883-9.
- McMain S, Pos AE. Advances in psychotherapy of personality disorders: a research update. *Curr Psychiatry Reports* 2007; 9: 46-52.
- Morse JQ, Pilkonis PA, Houck PR, Frank E, Reynolds CF. Impact of cluster C personality disorders on outcomes of acute and maintenance treatment in late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13: 808-14.
- Newton-Howes G, Clark LA, Chanan A. Personality disorder across the life course. *Lancet* 2015; 385: 727-34.
- Nyjordet RF. The effects of affect exposure in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for patients with cluster C personality disorder: a randomized controlled process study. [Master's thesis]. NTNU; 2014.
- Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen H-U, Jonsson B. The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology* 2012; 19: 155-62.
- Oleski J, Cox BJ, Robinson J, Grant B. The predictive validity of cluster c personality disorders on the persistence of major depression in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Pers Disord* 2012; 26: 322-33.
- Olsson I, Dahl AA. Avoidant personality problems--their association with somatic and mental health, lifestyle, and social network. A community-based study. *Compr Psychiatry* 2012; 53: 813-21.
- Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Zinnige en duurzame zorg. Zoetermeer: RVZ; 2006.
- Ripoll LH, Triebwasser J, Siever LJ. Evidence-based pharmacotherapy for personality disorders. *Int J Neuropsychopharmacol* 2011; 14: 1257-88.

- Sanislow CA, Little TD, Ansell EB, Grilo CM, Daversa M, Markowitz J, e.a. Ten-year stability and latent structure of the DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *J Abnormal Psychology* 2009; 118: 507-19.
- Simon W. Follow-up psychotherapy outcome of patients with dependent, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: A meta-analytic review. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2009; 13: 153-65.
- Skodol AE. Manifestations, clinical diagnosis, and comorbidity. In: Oldham J, Skodol A, Bender D. *Textbook of personality disorders*. Arlington: American Psychiatric Press; 2005. p 57-87.
- Soeteman DI, Verheul R, Meerman AMMA, Ziegler U, Van Rossum B, Delimon J, e.a. Cost-effectiveness of psychotherapy for cluster C personality disorders: A decision-analytic model in the Netherlands. *J Clin Psychiatry* 2011; 72: 51-9.
- Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH. Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 710-6.
- Torgersen S. Prevalence, Sociodemographics and Functional Impairment. In: Oldham J, Skodol A, Bender D. *Textbook of personality disorders* (2nd ed). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2014. p 109-29.
- Ullrich S, Coid J. The age distribution of self-reported personality disorder traits in a household population. *J Pers Disord* 2009; 23: 187-200.
- Viinamäki H, Tanskanen A, Koivumaa-Honkanen H, Haatainen K, Honkalampi K, Antikainen R, e.a. Cluster C personality disorder and recovery from major depression: 24-month prospective follow-up. *J Pers Disord* 2003; 17: 341-50.
- Visser S, van Balkom A. Angststoornissen en persoonlijkheidspathologie. In: Eurelings-Bontekoe EHM, Verheul R, Snellen W. *Handboek Persoonlijkheidspathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2009.

SUMMARY

Time for cluster C personality disorders: state of the art

J. HUTSEBAUT, E.M.C. WILLEMSSEN, H.L. VAN

BACKGROUND Compared to cluster B personality disorders, the assessment and treatment of people with obsessive-compulsive, dependent, and avoidant personality disorders (cluster C) is given little attention in the field of research and clinical practice.

AIM Presenting the current state of affairs in regard to cluster C personality disorders.

METHOD A systematic literature search was conducted using the main data bases.

RESULTS Cluster C personality disorders are present in approximately 3-9% of the general population. In about half of the cases of mood, anxiety, and eating disorders, there is co-morbid cluster C pathology. This has a major influence on the progression of symptoms, treatment effectiveness and potential relapse. There are barely any well conducted randomized studies on the treatment of cluster-C in existence. Open cohort studies, however, show strong, lasting treatment effects.

CONCLUSION Given the frequent occurrence of cluster C personality disorders, the burden of disease, associated societal costs and the prognostic implications in case of a co-morbid cluster C personality disorder, early detection and treatment of these disorders is warranted.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)5, 306-314

KEY WORDS avoidant, dependent and obsessive-compulsive personality disorders, cluster C personality disorders