

CLUSTER C PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN

CO-MORBIDITEIT

Rien Van

Arkin: Opleider Psychiatrie, directeur behandelen zaken NPI





kenniscentrum
persoonlijkheidsstoornissen

Tijd voor Cluster C!

*Joost Hutsebaut, Ellen Willemsen, Rien Van
Tijdschrift voor Psychiatrie 2018*

Handboek
persoonlijkheids-
stoornissen



dr. Theo Ingenhoven
dr. Han Berghuis
dr. Sjoerd Colijn
dr. Rien Van



ONLINE LEREN
www.tijdstroom.nl
Kijk binnenin

Onderwerpen

- I. Inleiding: Vragen en illustratie
- II. Facts over Cluster C
- III. Behandeling Cluster C en comorbiteit: Is er evidentie?
- IV. Herkenning Cluster C pathologie in de dagelijkse praktijk

1. Wanneer co-morbide cluster C behandelen?

	Depressie	Angst
1. Voorafgaand aan depressie/ angst behandeling		
2. Pas nadat goede respons of remissie bij depressie/ angst is bereikt		
3. Tegelijkertijd		
4. Nooit		

2. Depressie behandeling heeft beperkt effect

Wanneer co-morbide cluster C behandelen?

- 1. Na min 2 antidepressiva en 1 x EST als CGT of IPT
- 2. Na volledig doorlopen biologische depressieprotocol, liefst inclusief ECT
- 3. Niet curatief behandelen, alleen rekening mee houden in de aanpak (therapeutische relatie)
- 4. Anders.....

Casus illustratie

- Mw A, 38 jarige alleenstaande vrouw, ziekenverzorgende, vanaf 27^e jaar depressies.
- VG: 1^e lijn behandelingen, antidepressiva, 2 a 3 x CGT, steunende gesprekstherapie. 2 x kortdurende opname vanwege o.a. suicidaliteit.
- Uitgestelde diagnose PS, wel vermijdende en dwangmatige trekken beschreven
- Specialistisch centrum: Volledige biologische depressie protocol:
 - 3 antidepressiva, additie lithium en antipsychoticum, ECT, deels in dagbehandeling.
 - R/
 - Partieel resultaat, blijft matig ernstig depressief met slecht sociaal functioneren (geen werk, sociale isolatie)
- Wat nu?

Casus (vv)

- Na ECT verwezen voor behandeling pers st.
- Dagbehandeling EDT (ervaringsgerichte dynamische therapie).
 - 3dg/ wk 9 mnd + 6 mnd nazorggroep.
- R/
 - Extreme vermijding van emoties verminderd, interpersoonlijk functioneren verbeterd, gedeeltelijke werkhervatting.
 - Tijdens nazorg (voor het eerst) intieme relatie aangegaan.
 - Antidepressiva en benzodiazepinen afgebouwd.
 - Bij ontslag: depressie in remissie en voldeed niet meer aan descriptieve diagnose DSM pers st

II. Facts over Cluster-C

- 8 Behandelrichtlijnen (V.S., Engeland, Nederland, Australië, Duitsland, Zwitserland, Denemarken, Spanje), vrijwel altijd enkel over borderline
- 60-tal RCT's, waarvan 95% over Borderline
- 5 Cochrane reviews, 3 over borderline, 2 over Antisociale
- 5 algemeen erkende 'bewezen effectieve behandelingen'
 - Allemaal voor borderline (DGT, MBT, TFP, SFT, GPM)
- ICD-11 overweging alle types PS afschaffen, behalve borderline

1. Prevalentie

	Vermijdend	Afhankelijk	Dwangmatig	Cluster-C (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 (2,1-31,6)	8,9 (1,3-24,0)	11,0 (3,4-24,6)	

¹ Torgersen (2014) review, 13 studies

² Andrea en Verheul (2009) review, 20 studies

Facts prevalentie

- Met 50% van de PS hoger dan borderline
- Bij depressie, angst, eetstoornissen:
 - Hoe ernstiger, hoe vaker Cluster C!
- >50% ook (trekken van) uit cluster A of B
- Gender verschillen
- Beloop
 - Toename bij ouder worden (?)
 - Selectieve persistentie van symptomen,
 - Zelfbeeld, minderwaardig voelen, rigiditeit

Prevalentie(%) bij andere diagnoses

	Dwangmatig	Vermijdend	Afhankelijk	Cluster C (totaal)
Verslaving ²	7.1	10.1	5.2	17.1
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 st ⁵	24	17		
Paniekst 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)
Dwangst ³	20 (16-25)	17 (12-23)	10 (7-14)	34 (26-42)
Bulimia nervosa ⁷	12 (9-16)	20 (15-25)	18 (12-25)	36 (28-45)
Binge eating dis. 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)
Anorexia Nervosa ⁷	23 (17-31)	23 (16-30)	18 (13-25)	43 (33-54)

³ Friborg et al (2013): rev n=125; ⁴ Friborg (2014): rev n= 122; ⁵ Boom en Houtveen (2014),

⁶ Friborg (2014): rev n= 20; ⁷ Martinussen (2016): rev n=87

Gevolgen bij cluster C-PS

- Depressie en angst st
 - circa 2 minder kans op remissie
- Anorexia Nervosa
 - 1,5- 2 minder kans remissie
- OCD
 - > 2 x recidief kans na behandeling
- Gebruiken vaker medicatie bij dezelfde co-morbide st *(Eskedal 2006)*
- 3 jaar beloopstudie algemene bevolking depressie + co-morbide Cluster C *(Oleski et al 2012)*
 - 2 x vaker nog steeds depressief
 - 2-3 x vaker TS
 - 2 x vaker co-morbide angst st ontwikkeld

Diagnostiek: Instrumenten & Richtlijnen

- Classificatie bij voorkeur op basis van gestructureerd interview
 - Structured Interview for DSM Personality Disorders (SIDP-IV)
 - International Personality Disorder Examination (IPDE)
 - Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5)
- Maak gebruik van verschillende bronnen (oa.heteroanamnese), vooral bij complexe co-morbiditeit
- Rol SRQ
- Maar vooral: bij behandelresistentie: onderzoek het!

III. Behandeling Cluster C en co-morbiteit: Evidentie?

- Behandelingen:
 - Psychodynamisch:
 - AFT (affect fobie therapie)
 - ISTPD (Intensive Short-Term Psychodynamic Therapy)
 - Langerdurende psychoanalytische psychotherapie
 - CGT:
 - CT (Cognitieve Therapie)
 - SFT (Schema Therapie)
 - CAT (Cognitief Analytische Therapie)
 - Cliënt-centered
 - Groepstherapieën
 - Dag- en klinische behandelingen

*open cohort studies en veel studies gemengde diagnostische groepen PS

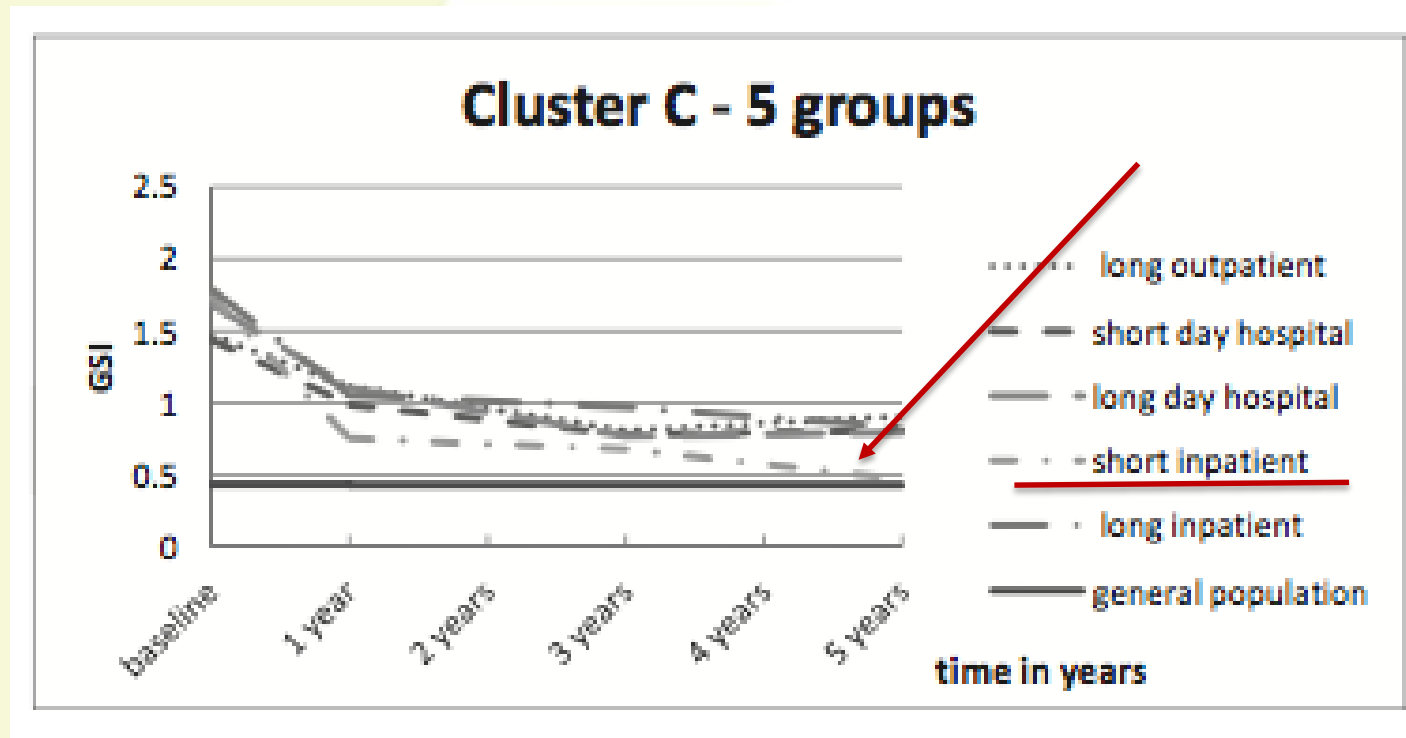
3. Behandelingen met evidentie

- Effecten
 - Pre-post ES > 1
 - Aanwijzingen voor dosiseffecten (mn intensiteit)
 - Oa. Groepstherapie 20 vs 80 sessies (Lorentzen et al 2013)
 - Zonder PD: geen verschil
 - Met PD: 80 vs 20 sessies:
 - » ES: Δ .3 - .5;
 - » 2 x vaker remissie (41 vs 21 %)
 - Bij Follow-up: minimaal behouden, ook na 3 – 7 jr,

SCEPTRE

Multicentered, quasi-experimenteel cohort, N= 922, Cluster C: 371

Invloed van “dosing” op effect



Focus op co-morbiditeit



- Geen primaire studies
- Secundaire uitkomstmaten van algemene behandelstudies naar cluster C

RCT

- M/
 - 40 sessies in 1jr
 - N=50
- R/ Geen sign verschillen

Article

Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy and Cognitive Therapy for Cluster C Personality Disorders

Martin Svartberg, M.D., Ph.D.

Tore C. Stiles, Ph.D.

Michael H. Seltzer, Ph.D.

Objective: This study compared the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for outpatients with cluster C personality disorders.

Method: Patients (N=50) who met the criteria for one or more cluster C person-

period. Significant changes in symptom distress after treatment were found for the group of patients who received short-term dynamic psychotherapy but not for the cognitive therapy patients. Despite these differences in intragroup changes, no sta-

Effect sizes	PDT	CT
Einde behandeling		
SCL-90	1.76	1.29
MCMII	1.67	0.96
Follow-up (1 jr)		
SCL-90	1.01	0.96
MCMII	0.65	0.61

RCT

- M/
 - N=323 (90% Cluster C)
 - 50 sessies
- R/ 1 jr na behandeling

	Geen diagn PS (%)	SCL-90 (ES)	Depressie	Angst
SFT	80	0.93		
Clarificerend	60	1.13		
TAU	52	0.94		
Totaal			1.08	0.83

Article

Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial of the Clinical Effectiveness of Schema Therapy for Personality Disorders

Lotte L.M. Bamelis, Ph.D.

Silvia M.A.A. Evers, Ph.D.

Philip Spinhoven, Ph.D.

Arnoud Arntz, Ph.D.

Objective: The authors compared the effectiveness of 50 sessions of schema therapy with clarification-oriented psychotherapy and with treatment as usual among patients with cluster C, paranoid, histrionic, or narcissistic personality disorder.

Method: A multicenter randomized controlled trial with a single-blind parallel de-

Results: A significantly greater proportion of patients recovered in schema therapy compared with treatment as usual and clarification-oriented psychotherapy. Second-cohort schema therapists had better results than first-cohort therapists. Clarification-oriented psychotherapy and treatment as usual did not differ. Findings

Dwangmatige PS

Review 12 studies (Diedich & Voderholzer 2015)



- 4 case studies
- 6 Open cohort
 - CGT, CT, CGT + AD, PDT
 - 243 pt
 - Verbetering co-morbide depressieve symptomen in alle studies
- 2 RCT
 - Barber (1996) 239 pt, IPT>CT tav depressieve symptomen
 - Bamelis (2014)

Conclusie Cluster C en co-morbiditeit

- Komt vaak voor
- Grote gevolgen voor prognose
 - Screen bij stagnerende of weinig succesvolle behandelingen voor stemmings-, angst- en eetstoornissen op de aanwezigheid Cluster C pathologie
 - Wanneer diagnosticeren/ behandelen?
- Evidentie mager, maar
 - Depressie en angst sympt verbeteren bij cluster C behandelingen
 - Effecten blijven behouden
 - Behandel met goed beschreven modellen van voldoende duur en intensiteit