



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Comorbiditeit van syndroom- en persoonlijkheidsstoornissen

Arntz, A.

Publication date

2018

Document Version

Final published version

Published in

Comorbiditeit van psychische stoornissen

License

Article 25fa Dutch Copyright Act

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Arntz, A. (2018). Comorbiditeit van syndroom- en persoonlijkheidsstoornissen. In P. Spinhoven, C. Bockting, E. Ruhe, & J. Spijker (Eds.), *Comorbiditeit van psychische stoornissen* (pp. 82-93). De Tijdstroom.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

6

Comorbiditeit van syndroom- en persoonlijkheidsstoornissen

Arnoud Arntz

- 1 Inleiding
 - 1.1 Epidemiologie
 - 1.2 Fenomenologie en begeleidende verschijnselen van persoonlijkheidsstoornissen
 - 1.3 Behandelmodellen (sequentieel/parallel/geïntegreerd) voor deze comorbiditeit
- 2 Assessment
 - 2.1 Detectie
 - 2.2 Diagnostisch systeem
 - 2.3 Gespecialiseerde assessment
 - 2.4 Planning van de behandeling
- 3 Behandeling
 - 3.1 Farmacologische interventies
 - 3.2 Psychosociale interventies
 - 3.3 Empirische evidentie over de effecten van behandeling
- 4 Conclusies
- Literatuur

1 Inleiding

De vraag of comorbide persoonlijkheidsstoornissen de behandeling van syndroomstoornissen (in DSM-IV-terminen: as-I-stoornissen) negatief beïnvloeden, is een van de meest controversiële in het veld. Het empirische onderzoek naar de invloed van comorbide persoonlijkheidsstoornissen op het behandelverloop van syndroomstoornissen wordt ook nog eens bemoeilijkt door diverse methodologische kwesties, die de conclusies sterk kunnen beïnvloeden. Dit komt later nog aan de orde. In dit hoofdstuk komen wat betreft de comorbiditeit van syndroom- en persoonlijkheidsstoornissen achtereenvolgens aan bod: de fenomenologie, de behandelmodellen, assessment, de planning van behandeling, de behandeling, de empirische evidentie en de conclusies.

1.1 Epidemiologie

Ook de frequentie van voorkomen van persoonlijkheidsstoornissen in de algemene populatie (schatting: 10-12%; Torgersen, 2012) en in klinische populaties (schatting: 65%; Torgersen, 2012) is omstreken. Hoewel er goed uitgevoerde studies met semigestructureerde interviews als de SCID-II in klinische populaties gedaan zijn, die een prevalentie rond de 65% laten zien (Torgersen, 2012) en een comorbiditeit van 35-60% bij angst- en stemmingsstoornissen (Friborg e.a., 2013, 2014), is er ook enige reden om aan deze getallen te twijfelen. Zo kan de momentane negatieve stemming en demoralisatie, alsmede de neiging om problemen te benadrukken in een poging goede hulp te krijgen, tot een overrapportage van verschijnselen leiden die matchen met bepaalde persoonlijkheidstrekken. Hoewel de invloed van een door een syndroomstoornis gedomineerde toestand duidelijk sterker is bij zelfrapportage van persoonlijkheidsstoornissen dan bij een diagnostisch interview, valt de valkuil van overdiagnostiek ook bij interviews niet uit te sluiten. Zo is het moeilijk te begrijpen dat persoonlijkheidsstoornissen zouden verdwijnen na een puur op de syndroomstoornis gerichte behandeling, terwijl dit toch regelmatig gerapporteerd wordt (bijvoorbeeld Durbin & Klein, 2006). Een verklaring daarvoor is dat er mogelijk sprake is van overdiagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij aanmelding voor behandeling.

1.2 Fenomenologie en begeleidende verschijnselen van persoonlijkheidsstoornissen

Onder persoonlijkheidsstoornissen worden psychische problemen verstaan die hun ontstaan vinden in de jeugd, en zich steeds in een veelheid van situaties voordoen, waarbij de persoon (of diens omgeving) leed wordt aangedaan (de drie P's: persistent, pervasief en pathologisch). Het gaat dus om het habituele en disfunctionele voelen, denken en doen van een persoon. Een belangrijk kenmerk van persoonlijkheidsstoornis is dat dit denken, voelen en doen egosyntoon is: de persoon beschouwt deze als 'normaal' en kan zich maar moeilijk andere wijzen van voelen, denken en doen voorstellen. Iemand met een depressieve stoornis kan zich waardeloos voelen, maar kan zich ook herinneren dat er tijden waren waarin hij of zij zich wel van waarde voelde. In zekere zin is het zich waardeloos voelen egodystoon, vreemd aan het gewone zelfbeeld. Dit in tegenstelling tot iemand met een persoonlijkheidsstoornis: als het zich waardeloos voelen deel uitmaakt van de persoonlijkheidspathologie, gaat de persoon ervan uit dat hij of zij ook daadwerkelijk waardeloos is, en heeft hij of zij dat steeds ook gevonden. Hoewel lang gedacht is dat de persoonlijkheid gevormd wordt in de jeugd en met het bereiken van de volwassenheid niet meer verandert (of alleen onder extreme omstandigheden), laat empi-

risch onderzoek zien dat dit niet klopt, noch wat de gewone persoonlijkheid betreft, noch wat persoonlijkheidsstoornissen betreft (Roberts & DelVecchio, 2000; Roberts e.a., 2006). Opvallend daarbij is dat de verandering van persoonlijkheidstrekken gemiddeld genomen plaatsvindt in de richting van betere adaptatie. Belangrijke rolveranderingen (bijvoorbeeld toegenomen verantwoordelijkheid bij het krijgen van kinderen), en invloed van de omgeving (bijvoorbeeld kritiek op ongepast gedrag) spelen hier een rol in (Roberts e.a., 2006). Een systematisch gebruik van beïnvloeding door de omgeving vindt plaats bij psychotherapie, wat in paragraaf 3 aan de orde komt.

Persoonlijkheidsstoornissen zijn geassocieerd met een verlaagde kwaliteit van leven, lager dan bij veel syndroomstoornissen (Torgersen, 2012; Samuels, 2011; Soeteman, Verheul & Busschbach, 2008), en een toename van fysieke gezondheidsproblemen en problematische leefstijl (Samuels, 2011). De kosten voor de maatschappij zijn hoog, veel hoger dan die van bijvoorbeeld depressieve stoornis, wat samenhangt met onder meer hoge zorgconsumptie, werk- en schooluitval, misbruik van middelen, criminaliteit, en kosten die de omgeving maakt (Soeteman, Roijen e.a., 2008; Van Asselt e.a., 2007; Bamelis e.a., 2015). De levensverwachting is circa 18 jaar korter dan die van de algemene populatie, waarbij vervroegde dood door suïcide niet is meegeteld, en de grootste risico's op voortijdig overlijden treden op voor het 44e levensjaar, juist wanneer een belangrijke bijdrage aan de maatschappij en aan het opvoeden van kinderen wordt verwacht (Fok e.a., 2012). Cardiovasculaire ziekten spelen daar een grote rol bij, waarbij chronisch verhoogde stressniveaus waarschijnlijk een aanzienlijke rol spelen (Moran e.a., 2007). Comorbiditeit is meer regel dan uitzondering bij persoonlijkheidsstoornissen. Zowel andere persoonlijkheidsstoornissen of trekken daarvan als syndroomstoornissen komen veelvuldig voor. Bovendien zullen potentiële patiënten zich eerder met angst- of stemmingsklachten tot de zorg wenden dan om hulp voor hun persoonlijkheidsstoornis (die immers voor hen egosyntoon is). Dit maakt dat in veel gevallen de hulp in de eerste plaats gericht wordt op een (veronderstelde) syndroomstoornis. De vraag is in hoeverre dit een goed idee is.

1.3 Behandelmodellen (sequentieel/ parallel/ geïntegreerd) voor deze comorbiditeit

Bij de behandeling van comorbide syndroom- en persoonlijkheidsstoornissen zijn er verschillende modellen denkbaar. Volgens het klassieke psychodynamische model is elke syndroomstoornis het gevolg van onderliggende persoonlijkheidsproblematiek, en dient de behandeling zich op de persoonlijkheid te richten. Daartegenover staat het 'klassieke' CGT-denken, dat (aanvankelijk) persoonlijkheidsstoornissen ontkende. De behandeling diende zich louter op de syndroomstoornis (of op symptomen die in DSM-termen bij een syndroomstoornis horen) te richten. Beide modellen ontkennen daarmee de noodzaak of wenselijkheid om de behandeling te richten op de stoornis die niet in het model past. Tegenwoordig wordt meestal volgens het principe van stepped care behandeld en wordt hierbij met een syndroomstoornis begonnen. Dit is meestal niet gebaseerd op een weloverwogen keuze, maar wordt veroorzaakt doordat persoonlijkheidsproblematiek niet wordt onderkend en geen tijd wordt besteed aan de diagnostiek ervan. Men begint met het behandelen van een syndroomstoornis, of van wat verondersteld wordt een syndroomstoornis te zijn, en wanneer deze behandeling niet goed aanslaat of wanneer er complicaties ontstaan, wordt (soms) een persoonlijkheidsstoornis overwogen en wordt de patiënt doorverwezen naar een gespecialiseerd behandelprogramma. Het gevolg hiervan is dat in de behandelprogramma's voor persoonlijkheidsstoornissen meestal patiënten gezien worden die al meerdere op syndroomstoornissen gerichte behandelingen hebben gehad.

Bij de borderline-persoonlijkheidsstoornis ligt dat weleens anders, wat samenhangt met het feit dat deze persoonlijkheidsstoornis voor klinici (en patiënten) redelijk goed te detecteren is zonder uitgebreid diagnostisch onderzoek. Maar ook bij deze groep heeft de meerderheid een reeks van eerdere behandelingen gehad alvorens bij een op de persoonlijkheidsstoornis gericht behandelprogramma te komen. Geïntegreerde en parallelle behandelingen van syndroom- en persoonlijkheidsstoornissen komen veel minder voor. Ontwikkelaars en uitvoerders van gespecialiseerde behandelingen van persoonlijkheidsstoornissen menen vaak dat hun behandeling alle psychopathologie kan adresseren. Bij hooggespecialiseerde instellingen voor persoonlijkheidsstoornissen worden soms wel parallelle behandelingen aangeboden, bijvoorbeeld voor fobieën of PTSS, maar we spreken hier over een zeer klein deel van het aanbod. Er moet echter een belangrijke nuancering gemaakt worden: als we naar farmacotherapie kijken, is parallelle behandeling de regel. De meeste patiënten met comorbiditeit als in dit hoofdstuk bedoeld, krijgen medicatie voorgeschreven. Dit is dan vaak – helaas – in de vorm van polyfarmacie, waarbij als een middel onvoldoende soelaas biedt, het niet wordt afgebouwd maar een nieuw middel wordt toegevoegd. Bij de farmacotherapeutische behandeling van comorbide syndroom- en persoonlijkheidsstoornissen is het overigens vaak niet duidelijk of een bepaald middel nu voor de syndroomstoornis of voor bepaalde aspecten van de persoonlijkheidsstoornis wordt voorgeschreven, wat de vraag oproept of er in zulke gevallen wel echt sprake is van parallelle behandeling. Concluderend kan gesteld worden dat er momenteel geen consensus is over de specifieke behandelprincipes met betrekking tot deze comorbiditeit. In de praktijk wordt de behandeling meestal eerst gericht op een (veronderstelde) syndroomstoornis en pas als de behandeling(en) herhaaldelijk stagneren of onvoldoende soelaas bieden, wordt een behandeling voor de persoonlijkheidsstoornis overwogen. Alleen als de persoonlijkheidsstoornis zich in het klachtenbeeld zo sterk manifesteert dat ze elke syndroomstoornis overschaduwde, is er een kans dat de behandeling direct op de persoonlijkheidsproblematiek wordt gericht.

2 Assessment

2.1 Detectie

Er zijn geen instrumenten voor (vroeg) detectie van persoonlijkheidsstoornissen bekend met voldoende sensitiviteit en specificiteit om individueel toe te passen. In de praktijk zal de hulpverlener moeten letten op het bestaan van langdurige disfunctionele patronen van denken, voelen en doen, die zich ook buiten de syndroomstoornis(en) om manifesteren. Bij een vermoeden van ernstige persoonlijkheidsproblematiek en een hulpvraag die met deze problematiek samenhangt, dient er gespecialiseerde diagnostiek gedaan te worden.

2.2 Diagnostisch systeem

De DSM-5 kent niet langer het meerassige systeem van de DSM-IV, waarbij syndroom- en persoonlijkheidsstoornissen op verschillende assen werden gediagnosticeerd. De persoonlijkheidsstoornisdiagnoses zijn in de DSM-5 hetzelfde gebleven als in de DSM-IV; een nieuw (maar zeer complex) systeem van diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen heeft het niet gehaald. De tien persoonlijkheidsstoornissen worden vaak gegroepeerd in drie clusters: cluster A (het vreemde, bizarre cluster, gekenmerkt door merkwuurige ideeënvorming, die gezien

kan worden als een psychotische vorm van persoonlijkheidspathologie); cluster B (het drama- tische, impulsieve en emotionele cluster, gekenmerkt door excessieve uitingen van emoties en impulsen, die gezien kan worden als een externaliserende vorm van persoonlijkheidspatho- logie); en cluster C (het angstige cluster, gekenmerkt door overmatige vrees en vreesgedreven coping als vermijding, aanklamping en perfectionisme; dit cluster kan gezien worden als een internaliserende vorm van persoonlijkheidspathologie). Tabel 6.1 geeft de persoonlijkheids- stoornissen weer, geordend per cluster. Daarnaast kent de DSM-5 een restcategorie, de andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis, die gebruikt kan worden wanneer er sprake is van trekken van verschillende persoonlijkheidsstoornissen die samen een zodanig probleem vormen dat een diagnose gerechtvaardigd is, maar waarbij niet de diagnose van een van de tien genoemde persoonlijkheidsstoornissen gehaald wordt. Deze restcategorie kan ook gebruikt worden wanneer de clinicus een persoonlijkheidsstoornis diagnosticeert op basis van trekken die niet in de DSM-5 voorkomen, zoals bij een sadistische persoonlijkheidsstoornis.

Tabel 6.1 Persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-5 per cluster

<i>Cluster</i>	<i>Persoonlijkheidsstoornis</i>
Cluster A	Paranoïde-persoonlijkheidsstoornis
	Schizotypische-persoonlijkheidsstoornis
	Schizoïde-persoonlijkheidsstoornis
Cluster B	Narcistische-persoonlijkheidsstoornis
	Histrionische-persoonlijkheidsstoornis (voorheen theatrale)
	Borderline-persoonlijkheidsstoornis
	Antisociale-persoonlijkheidsstoornis
Cluster C	Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis (voorheen ontwijkende)
	Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis
	Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis (voorheen obsessieve-compulsieve)
Rest	Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis

2.3 Gespecialiseerd assessment

Voor de valide diagnostiek is het noodzakelijk om klinische interviews te gebruiken, waarmee systematisch de criteria van de diagnoses worden nagegaan. Deze helpen de clinicus ook om niet te snel tot een oordeel te komen en niet meer open te staan voor weerlegging van het gevormde oordeel. Voor de DSM-5 syndroomstoornissen zijn de SCID-5-S en de MINI beschikbaar, voor de persoonlijkheidsstoornissen de SCID-5-P. Een zorgvuldige diagnostiek van syndroom- stoornissen moet aan de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen voorafgaan, omdat zonder kennis van de syndroomstoornissen en hun beloop de diagnosticus bepaalde proble- matiek onterecht aan persoonlijkheidsstoornissen kan toeschrijven. Zo is het bijvoorbeeld van belang na te gaan of overmatige afhankelijkheid van een partner louter toe te schrijven is aan een paniekstoornis met agorafobie, of dat er sprake is van een afhankelijkheid die zich niet beperkt tot de paniekstoornis. Een ander voorbeeld zijn stemmingswisselingen, die onterecht

aan een borderline-persoonlijkeitsstoornis worden toegeschreven omdat vergeten is na te gaan of er sprake is van een bipolaire stoornis. Evenzo is het een kunstfout om paniekaanvallen toe te schrijven aan een paniekstoornis, als deze optreden bij (vermeende) verlating, oftewel een criterium van de borderline-persoonlijkeitsstoornis zijn. Met andere woorden, in de diagnostiek is het van het grootste belang om twee soorten fouten te vermijden: een syndroomstoornis aan te zien voor een persoonlijkheidsstoornis, en een persoonlijkheidsstoornis aan te zien voor een syndroomstoornis.

2.4 Planning van de behandeling

Bij comorbide syndroom- en persoonlijkheidsstoornissen is het dus allereerst van belang een goed diagnostisch beeld te krijgen met behulp van (semi)gestructureerde klinische interviews. Te vaak worden door slordige diagnostiek psychologische of farmacologische behandelingen gericht op syndroomstoornissen ingezet voor problematiek die het gevolg is van persoonlijkheidsstoornissen. Bij mogelijke syndroomstoornissen moet dus goed bekeken worden of de problematiek autonoom is (geworden), dat wil zeggen: niet voortkomt uit persoonlijkheidsproblematiek.

De behandeling wordt meestal vooral gericht op de primaire diagnose. Echter, uit klinische interviews als de SCID volgt niet welke de primaire diagnose is, dus waar de behandeling in de eerste plaats op gericht moet zijn. Dit is overigens een probleem dat zich net zo goed voordoet bij comorbiditeit tussen syndroomstoornissen. Om te bepalen waar de behandeling primair op gericht moet zijn, maakt de clinicus in nauwe samenspraak met de patiënt een keuze waarbij de volgende overwegingen betrokken worden.

- 1 Wat is precies de hulpvraag van de patiënt? In de meeste gevallen zal de behandeling gericht zijn op die diagnose die samenhangt met de problemen waarvoor de patiënt hulp vraagt. Het zou immers vreemd zijn om hulp te gaan bieden voor een probleem waar de patiënt geen behandeling voor wenst.
- 2 Welk probleem was er het eerst?
- 3 Welk probleem is (op dit moment) het ernstigste? Psychotische stoornissen, anorexia nervosa, verslaving, bipolaire stoornis en borderline-persoonlijkeitsstoornis worden vaak als ernstiger gezien dan andere stoornissen en worden daarom vaak als primaire stoornis gezien.
- 4 Welk probleem heeft de meeste urgentie c.q. welk probleem moet eerst behandeld worden alvorens de (andere) problematiek waar de patiënt hulp voor zoekt aangepakt kan worden? Denk hier bijvoorbeeld aan verslaving, die eerst moet stoppen alvorens aan andere stoornissen gewerkt kan worden, ook al wenst de patiënt aanvankelijk alleen behandeling van de andere problemen, en vindt hij of zij de verslaving helemaal geen probleem.

Psycho-educatie is van groot belang tijdens dit gezamenlijke proces. De patiënt kan aanvankelijk moeite hebben te begrijpen dat er sprake is van een bepaalde stoornis, zoals bij de eerdergenoemde verslaving of bij een persoonlijkheidsstoornis. Daarbij komt dat de patiënt vaak weinig weet van de behandelingsmogelijkheden en met name van de behandelbaarheid. Het inzicht dat persoonlijkheidsstoornissen te behandelen zijn is namelijk vrij recent. Het kan dus nodig zijn enige tijd te nemen alvorens de keuze te maken wat de primaire diagnose is, en of de behandeling primair op één diagnose gericht moet zijn of dat een geïntegreerde of parallelle behandeling moet plaatsvinden.

3 Behandeling

3.1 Farmacologische interventies

Er zijn geen farmacologische interventies bekend die een persoonlijkheidsstoornis kunnen genezen (Lieb e.a., 2010; Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen, 2017). Onderzoek, voornamelijk bij borderline-persoonlijkheidsstoornis, geeft wel aanwijzingen voor effecten op bepaalde symptomen van de persoonlijkheidsstoornis. Opvallend is dat er weinig evidentie is voor de effectiviteit van antidepressiva op symptomen van de borderline-persoonlijkheidsstoornis, terwijl deze zeer vaak voorgeschreven worden, ook als er geen sprake is van een depressieve stoornis. De EBR0-module die hoort bij de *Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen* (2017) geeft een gedetailleerd overzicht. Internationaal gezien zijn er grote verschillen tussen richtlijnen, waarbij de Britse NICE *guidelines* het meest terughoudend zijn met het voorschrijven van psychofarmaca bij persoonlijkheidsstoornissen (NICE, 2009), en sterk waarschuwen voor ongefundeerd gebruik van polyfarmacie.

Er zijn weinig aanwijzingen dat de aanwezigheid van een comorbide persoonlijkheidsstoornis de effectiviteit van psychofarmaca voor syndroomstoornissen vermindert, met één uitzondering: bij een comorbide borderline-persoonlijkheidsstoornis zijn er serieuze bedenkingen tegen de effectiviteit van antidepressiva als behandeling voor depressieve stoornis (Lieb e.a., 2010; Feurino & Silk, 2011; Skodol, 2015). Bij het voorschrijven van psychofarmaca bij comorbide persoonlijkheidsstoornissen dient opgepast te worden voor een verhoogd risico op misbruik, verslaving en suicide. Bovendien kan het eenzijdig vertrouwen op psychofarmaca juist bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis een afhankelijke positie ten aanzien van de zorg versterken. Ook kunnen paradoxale effecten optreden, zoals bij benzodiazepines in een geagiteerde periode bij borderline-persoonlijkheidsstoornis, waarbij angst toeneemt in plaats van afneemt (Cowdry & Gardner, 1988; Gardner & Cowdry, 1985). Dit is waarschijnlijk toe te schrijven aan de ontremmende effecten van benzodiazepines, die daarmee het vermogen van de patiënt om impulsdoorbraken te stoppen vermindert, wat de patiënt (terecht) angstiger maakt. Gebruik in combinatie met alcohol versterkt dit paradoxale effect.

3.2 Psychosociale interventies

Wanneer de behandeling gericht is op een primaire stoornis die een syndroomstoornis is, kan in het algemeen gebruikgemaakt worden van de empirische ondersteunde psychosociale behandelingen die voorhanden zijn. Het wordt ten zeerste afgeraden om vanwege een comorbide persoonlijkheidsstoornis de patiënt een evidencebased behandeling voor een syndroomstoornis, als deze de primaire diagnose is, te ontzeggen (zie paragraaf 3.3). Helaas gebeurt dit in de praktijk wel. Het kan lastiger zijn om een constructieve therapeutische relatie aan te gaan en de patiënt te motiveren zich te engageren aan de behandeling (Dreessen & Arntz, 1999), maar therapeuten blijken hier in het algemeen wel in te slagen. Mocht na de behandeling voor de syndroomstoornis er nog een hulpvraag zijn voor de persoonlijkheidsproblematiek, dan kan een vervolgbehandeling aangewezen zijn die daarop gericht is (sequentiële behandeling; misschien beter te beschrijven als stepped care omdat het alleen om de subgroep gaat die nog een hulpvraag heeft). Wel wordt aangeraden om de behandeling gericht op de syndroomstoornis niet té lang te laten voortduren. Mocht de behandeling niet aanslaan, dan kan dat komen omdat de problematiek onvoldoende losstaat van de persoonlijkheidsstoornis: de mate waarin de problematiek autonoom is geworden kan verkeerd zijn ingeschat, waarmee

de onderhoudende mechanismen die in de op de syndroomstoornis gerichte behandeling focus van therapie zijn wellicht niet zo'n grote rol spelen, en een andere focus geïndiceerd is. Die andere focus kan dan de persoonlijkheidsproblematiek zijn, en/of vroegere ervaringen als trauma en verwaarlozing in de jeugd, die zowel aan de syndroom- als aan de persoonlijkheidsstoornis ten grondslag liggen.

Wanneer de behandeling op de persoonlijkheidsstoornis is gericht, dient primair gekozen te worden voor een specialistische psychotherapie (Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen, 2017). Deze psychotherapieën kenmerken zich door een theorie over het ontstaan en voortduren van de persoonlijkheidsstoornis, door een set van specifieke technieken die ingrijpen op de onderhoudende mechanismen, en een consistent model van waaruit de therapeutische relatie wordt aangegaan en de technieken worden gebruikt. Voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis zijn deze specialistische psychotherapieën: dialectische gedragstherapie (DGT), schematherapie (ST), *transference-focused psychotherapy* (TFP), en *mentalization-based treatment* (MBT). Voor de andere persoonlijkheidsstoornissen zijn dit ST en specialistische vormen van CGT en psychodynamische psychotherapie (Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen, 2017). De mate waarin deze gespecialiseerde psychotherapieën een behandeling die op een comorbide syndroomstoornis is gericht kunnen integreren of combineren, verschilt. Bij therapieën die van CGT zijn afgeleid zoals ST en DGT, is dit goed mogelijk. Het ST-protocol beschrijft bijvoorbeeld al dat traumatische ervaringen verwerkt dienen te worden, bijvoorbeeld met imaginaire rescripting en schrijf oefeningen, en hoe CGT-technieken als exposure in vivo en gedragsverandering gebruikt kunnen worden. Bij DGT zal het eerder om een parallelle (of sequentiële) behandeling van de syndroomstoornis gaan dan om een integratie, omdat het DGT-protocol (althans van jaar 1) al behoorlijk in detail vastligt. Bij CGT voor cluster C-persoonlijkheidsstoornissen is het ook relatief eenvoudig een CGT-behandeling gericht op een syndroomstoornis te integreren. Bij de psychodynamische behandelingen ligt zo'n integratie minder voor de hand, vanwege het verschil in referentiekader van deze behandelingen enerzijds, en dat van de meeste evidence-based syndroombehandelingen anderzijds. Bovendien zal de syndroomstoornis, indachtig de psychodynamische traditie, toch vooral gezien worden als een manifestatie van onderliggende persoonlijkheidsproblematiek, waarop de behandeling gericht wordt. Indien dit nodig wordt geacht is een parallelle of seriële behandeling van een hardnekkige syndroomstoornis mogelijk, zoals vaak gedaan wordt bij fobische klachten in psychotherapeutische klinieken.

Omdat bij een succesvolle psychotherapie voor persoonlijkheidsproblematiek de comorbide syndroomstoornissen vaak – maar niet altijd – ook herstellen, is het niet aangewezen om zeer complexe geïntegreerde, parallelle of seriële behandelprogramma's op te zetten. Een zekere eenvoud en consequent doorwerken vanuit één model zijn meer aangewezen dan een voor de patiënt moeilijk te integreren overdaad aan behandelingen, die voor de behandelaren ook nog eens moeilijk onderling af te stemmen zijn. Het is in de meeste gevallen het beste om de behandeling voor de persoonlijkheidsstoornis op kernthema's te richten, en na verloop van tijd (bijvoorbeeld na een jaar) te evalueren of de behandeling ook de gewenste effecten heeft op de comorbide syndroomstoornissen. Overigens, vaak gaat de verbetering na afsluiting van de therapie door, en om die reden wordt aangeraden om na een zekere dosis van therapie (varierend van één tot twee jaar bij ambulante psychotherapie) een pauze in te lassen van minstens een jaar, alvorens geëvalueerd wordt en tot eventuele verdere behandeling besloten wordt (bijvoorbeeld Barnelis e.a., 2014).

3.3 Empirische evidentie over de effecten van behandeling

Eerdergenoemde aanwijzingen voor behandeling zijn voor een groot deel gebaseerd op de huidige wetenschappelijke inzichten. De bijbehorende empirische evidentie komt hier voor het voetlicht.

- Er is geen (sterke) evidentie voor een negatieve invloed van comorbide persoonlijkheidsstoornissen op de effecten van goede behandelingen van syndroomstoornissen. In het kort: onderzoek laat zien dat patiënten met deze comorbiditeit weliswaar bij aanvang van behandeling ernstiger problematiek, óók op maten van de syndroomstoornis, laten zien, maar dat ze gemiddeld genomen parallel aan patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis verbeteren, of dat de verschillen in mate van verbetering zeer klein zijn (0,5-1% verklaarde variantie; Goddard e.a., 2015; Porter & Chambless, 2015). Dit is het meest onderzocht bij de behandeling van depressieve stoornis en angststoornissen, inclusief ocs en prss (Goddard e.a., 2015; Mulder, 2002; Olatunji e.a., 2010; Weertman e.a., 2005). Wanneer echter de ernst van de syndroomstoornis na de behandeling of het herstel van de syndroomstoornis de afhankelijke variabele is, dan komt het vaker voor dat een negatieve invloed van comorbide persoonlijkheidsstoornis gerapporteerd wordt (bijvoorbeeld Newton-Howes e.a., 2006). Omdat de comorbide groep bij aanvang van behandeling meestal ernstiger klachten heeft, is dat bij (ongeveer) gelijke verbetering ook te verwachten. Met andere woorden: de conclusie of een comorbide persoonlijkheidsstoornis wel of geen negatieve invloed op het behandelresultaat van een depressieve stoornis of angststoornis heeft, hangt in belangrijke mate af van of men naar de mate van verbetering kijkt, of naar het eindpunt, zonder het beginpunt in ogenschouw te nemen. Het is echter niet zo dat de behandeling van angst- of depressieve stoornis net zo makkelijk gaat bij de comorbide groep. Onderzoek laat zien dat therapeuten rapporteren harder hun best te moeten doen (Dreessen & Arntz, 1999; Steketee e.a., 2001). Des te opmerkelijker is het dat zij er dan uiteindelijk wel in slagen een gemiddeld genomen even groot, of nauwelijks verschillend effect te bereiken. In enkele reviews is opgemerkt dat de invloed van comorbide persoonlijkheidsstoornissen groter lijkt te zijn in naturalistische designs, dan in rct's. Mulder (2002) suggereert dat dit komt omdat de meer gecompliceerde comorbide groep patiënten in de klinische praktijk vaak slechtere behandelingen krijgt omdat ze bij voorbaat al afgeschreven worden, wat dan in de behaalde effecten een *self-fulfilling prophecy* wordt. rct's beschermen tegen zo'n bias in toewijzing aan behandeling, omdat de toewijzing willekeurig is. Er zijn overigens wel enkele nuanceringen te maken bij het algemene patroon dat er weinig invloed is van comorbide persoonlijkheidsstoornissen op de effecten van op syndroomstoornissen gerichte behandelingen. Ten eerste is het mogelijk dat baselinediagnoses van persoonlijkheidsstoornissen niet altijd correct zijn (zie de opmerking hierover in paragraaf 1.1). Ten tweede zijn er aanwijzingen dat specifieke overtuigingen die gerelateerd zijn aan persoonlijkheidsstoornissen wél een negatieve invloed hebben. Dit geldt mogelijkwijze voor overtuigingen die getuigen van wantrouwen, magisch denken, emoties moeten controleren of vermijden, afhankelijkheid en hopeloosheid (Arntz, 2014; Weertman e.a., 2005). Ten derde worden in veel onderzoek bepaalde ernstige persoonlijkheidsstoornissen uitgesloten, zoals borderline-, schizotypische- en antisociale-persoonlijkheidsstoornissen. Ten vierde is drop-out van behandeling veel minder onderzocht, terwijl er aanwijzingen zijn dat met name borderline-persoonlijkheidsstoornis een voorspeller daarvan is (Arntz, 2014).
- Waarom geadviseerd wordt om persoonlijkheidsstoornissen met specialistische psychotherapie te behandelen, en niet met algemene vormen van psychotherapie of andere psychosociale behandeling, wordt duidelijk uit de achtergronddocumentatie van de *Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen* (2017). De specialistische psychotherapieën voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis doen het

systematisch beter dan gebruikelijke behandelingen en dan *community treatment by experts* (psychotherapie uitgevoerd door therapeuten die zichzelf als experts zien in de behandeling van de betreffende persoonlijkheidsstoornis) op de algemene ernst van de stoornis (*pooled effect size* in termen van de Standardized Mean Difference = 0,5; Oud e.a., 2017). Er zijn geen RCT's waaruit blijkt dat meer generieke behandelingen, zoals *general psychiatric management* (GPM) en *structural clinical management* (SCM), superieur zijn aan gebruikelijke behandeling. Wel is er één onderzoek dat geen significante verschillen laat zien tussen GPM en DGT, maar het is een statistische fout om uit een niet-significant verschil te concluderen dat de behandelingen even effectief zijn: daar zijn equivalentietrials voor nodig, waarbij een verschil geformuleerd moet worden dat klinisch nog net relevant wordt geacht en waarbij zeer grote aantallen noodzakelijk zijn om uit te sluiten dat er toch geen verschillen zijn. Ook door middel van meta-analyses is het nog niet mogelijk om equivalentieuitspraken te doen, simpelweg omdat er te weinig RCT's zijn die dezelfde behandelingen hebben vergeleken. Bij de niet-borderline-persoonlijkheidsstoornissen is hetzelfde patroon te zien, dat (sommige) specialistische psychotherapieën de meeste evidentie van werkzaamheid hebben, maar de aantallen studies te klein zijn voor een meta-analyse.

- Worden de effecten van behandeling van persoonlijkheidsstoornissen beïnvloed door comorbide syndroomstoornissen? De meeste aandacht is hierbij uitgegaan naar comorbide depressieve stoornis, wellicht omdat er in de klinische praktijk vaak discussie is of de depressieve stoornis niet eerst behandeld moet worden, en omdat er een aanname is dat de demoraliserende effecten van een depressieve stoornis funest zijn voor de psychotherapie voor andere problematiek. Echter, de enige ons bekende gecontroleerde studie is die van Renner e.a. (2014), gebaseerd op de RCT van Bamelis e.a. (2014) met een onderzoekspopulatie van 320 personen. Omdat het type behandeling in een RCT niet afhankelijk is van kenmerken van de patiënt, zijn de resultaten hiervan veel betrouwbaarder dan van naturalistische studies, waarbij niet gecontroleerd is voor het type behandeling. De bevindingen van Renner e.a. laten hetzelfde beeld zien als bij de invloed van persoonlijkheidsstoornissen op de effecten van de behandeling van syndroomstoornissen: een comorbide depressieve stoornis was al op baseline geassocieerd met een grotere ernst op uitkomstmaten, en de verbetering was parallel. De aanvankelijke negatieve impact van een comorbide depressieve stoornis op de kans op herstel van een persoonlijkheidsstoornisdiagnose verdween wanneer gecontroleerd werd voor algemene ernst bij aanvang van de behandeling. De auteurs concluderen dat niet depressieve stoornis, maar algemene ernst de voorspeller is van de behaalde toestand na therapie. Een andere mogelijke complicerende comorbide syndroomstoornis is PTSS. Hoewel er geen duidelijke evidentie is dat PTSS de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen negatief beïnvloedt, is er wel een klinische waarneming dat PTSS wanneer er geen traumaverwerking plaatsvindt, tot suboptimale behandelresultaten leidt. Om deze reden worden momenteel modellen van sequentiële of geïntegreerde behandelingen ontwikkeld, bijvoorbeeld DGT gecombineerd met exposuretherapie (bijvoorbeeld Harned e.a., 2014; Steil e.a., 2011). Zoals gezegd is dit minder relevant voor ST, mits de therapeut zich aan het protocol houdt en traumabehandeling integreert in de therapie.
- Verbeteren syndroomstoornissen wel met een op de persoonlijkheidsstoornis gerichte psychotherapie? Het antwoord daarop is ja: parallel aan de afname van de persoonlijkheidsproblematiek vindt meestal een vermindering van de syndroomstoornisklachten plaats (Arntz, 2014; Skodol, 2015). Daar komt nog bij dat sommige specialistische psychotherapieën zoals ST het vooral goed doen bij stemmingsstoornissen (Bamelis e.a., 2014).

4 Conclusies

De behandeling van comorbide syndroom- en persoonlijkheidsstoornissen zal voorlopig nog wel een controversiële kwestie blijven. Dit hangt samen met elkaar soms tegensprekende onderzoeksresultaten en de invloed van methodologische factoren op de resultaten. In dit hoofdstuk is getracht een genuanceerd beeld over te brengen. Dit houdt kort samengevat in dat wanneer er sprake is van een duidelijke syndroomstoornis die de primaire diagnose is, het in de rede ligt de behandeling daar eerst op te richten. Deze behandeling dient state of the art te zijn; de comorbiditeit moet de toegang tot zo'n behandeling niet in de weg te staan. Mocht na een geslaagde behandeling er nog persoonlijkheidsproblematiek restereren en mocht de patiënt daar een hulpvraag voor hebben, dan is een specialistische psychotherapie voor de persoonlijkheidsstoornis aangewezen. Omgekeerd, wanneer de persoonlijkheidsstoornis de primaire diagnose is, en er geen sprake is van exclusies als onbehandelde bipolaire stoornis, psychose, of verslaving, dan is een specialistische psychotherapie voor de persoonlijkheidsstoornis geïndiceerd. Hoewel de verwachting is dat de syndroomstoornissen zullen verminderen bij succesvolle behandeling van de persoonlijkheidsstoornis, wordt aangeraden dit te monitoren en indien aangewezen de behandeling aan te vullen of op te volgen met speciaal op de hardnekkige syndroomstoornis gerichte therapie.

Ten slotte kunnen enkele aantekeningen gemaakt worden bij deze algemene richtlijn. Ten eerste zijn sterke overtuigingen die getuigen van wantrouwen, magisch denken, emoties moeten controleren of vermijden, afhankelijkheid en/of hopeloosheid een indicatie dat een behandeling van de syndroomstoornis minder kans van slagen heeft. Het is dan te overwegen de behandeling eerst op deze persoonlijkheidsfactoren te richten, hoewel deze overweging eerder op klinische ervaring dan op directe empirische evidentie is gericht. Ten tweede, bij de ernstigste persoonlijkheidsstoornissen als de borderline- en de schizotypische-persoonlijkheidsstoornis moet overwogen worden de behandeling in eerste instantie daarop te richten, uiteraard als de patiënt daarmee instemt. Ten derde dient men altijd voorzichtig te zijn met farmacotherapie bij patiënten met comorbide persoonlijkheidsstoornissen, onder meer wegens risico's op verslaving, misbruik en suïcide. In het bijzonder bij de borderline-persoonlijkheidsstoornis zijn er aanwijzingen dat benzodiazepines averechtse effecten kunnen hebben en dat antidepressiva geen of onduidelijke effecten hebben, zelfs als er sprake is van een depressieve stoornis. De laatste aantekening is dat de primaire behandeling van persoonlijkheidsstoornissen psychologisch dient te zijn, waarbij eventuele farmacotherapie de therapie kan ondersteunen.

Literatuur

- Arntz, A. (2014). Treatment of comorbid anxiety disorders and personality disorders. In: P.M.G. Emmelkamp & T. Ehring (Eds.), *Handbook of anxiety disorders: Theory, research and practice* (pp. 1183-1194). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Asselt, A.D.I. van, Dirksen, C.D., Arntz, A., & Severens, J.L. (2007). The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. *European Psychiatry*, 22, 354-361.

- Bamelis, L.L.M., Evers, S.M.A.A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicentered randomised controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *171*, 305-322.
- Bamelis, L.L.M., Arntz, A., Wetzelaer, P., Verdoorn, R., & Evers, S.M.A.A. (2015). Economic evaluation of schema therapy and clarification-oriented psychotherapy for personality disorders: A multicenter, randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, *76*, 1432-1440.
- Cowdry, R.W., & Gardner, D. (1988). Pharmacotherapy of borderline personality disorder: Alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine and tranylcypromine. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 111-119.
- Dreessen, L., & Arntz, A. (1999). Personality disorders have no excessively negative impact on therapist-rated therapy process in the cognitive and behavioral treatment of Axis I anxiety disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *6*, 384-394.
- Durbin, E.C., & Klein, D.N. (2006). Ten-year stability of personality disorders among patients with mood disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*, 75-84.
- Feurino, L., & Silk, K.R. (2011). State of the art in the pharmacologic treatment of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, *13*, 69-75.
- Fok, M.L.Y., Hayes, R.D., Chang, C.K., Stewart, R., Callard, F.J., & Moran, P. (2012). Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, *73*, 104-107.
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K.T., & Rosenvinge, J.H. (2013). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: a meta-analysis of 30 years of research. *Journal of Affective Disorders*, *145*, 143-155.
- Friborg, O., Martinsen, E.W., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K.T., & Rosenvinge, J.H. (2014). Comorbidity of personality disorders in mood disorders: a meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal of Affective Disorders*, *152*, 1-11.
- Gardner, D.L., & Cowdry, R.W. (1985). Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *142*, 98-100.
- Goddard, E., Wingrove, J., & Moran, P. (2015). The impact of comorbid personality difficulties on response to IAPT treatment for depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *73*, 1-7.
- Harned, M.S., Korslund, K.E., & Linehan, M.M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, *55*, 7-17.
- Lieb, K., Völm, B., Rucker, G., Timmer, A., & Stoffers, J.M. (2010). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *British Journal of Psychiatry*, *196*(1), 4-12.
- Moran, P., Stewart, R., Brugha, T., Bebbington, P., Bhugra, D., Jenkins, R., & Coid, J.W. (2007). Personality disorder and cardiovascular disease: results from a national household survey. *Journal of Clinical Psychiatry*, *68*, 69-74.
- Mulder, R.T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: A review. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 359-371.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., & Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *The British Journal of Psychiatry*, *188*, 13-20.
- NICE (2009). *Borderline personality disorder: Treatment and management*. NICE clinical guideline 78. British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists, 2009. Raadpleegbaar via: www.guidance.nice.org.uk/cg78.

- Olatunji, B.O., Cisler, J.M., & Tolin, D.F. (2010). A meta-analysis of the influence of comorbidity on treatment outcome in the anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 30, 642-654.
- Oud, M., Arntz, A., Hermens, M.L.M., Verhoef, R., & Kendall, T. (2017). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. [Aangeboden ter publicatie]
- Porter, E., & Chambless, D.L. (2015). A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia. *Clinical Psychology Review*, 42, 179-192.
- Renner, F., Barnelis, L.L.M., Huibers, M.J.H., Speckens, A., & Arntz, A. (2014). The impact of comorbid depression on recovery from personality disorders and improvements in psychosocial functioning: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 55-62.
- Roberts, B.W., & DelVecchio, W.F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 126, 3-25.
- Roberts, B.W., Walton, K.E., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 132, 1-25.
- Samuels, J. (2011). Personality disorders: Epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*, 23, 223-233.
- Skodol, A.E. (2015). Borderline personality disorder and mood disorders: longitudinal course and interactions. In L.W. Choi-Kain, & J.G. Gunderson (Eds.), *Borderline personality and mood disorders: comorbidity and controversy* (pp. 175-187). New York: Springer.
- Soeteman, D.I., Verheul, R., & Busschbach, J.J. (2008). The burden of disease in personality disorders: diagnosis-specific quality of life. *Journal of Personality Disorders*, 22, 259-268.
- Soeteman, D.I., Roijen, L.H.V., Verheul, R. & Busschbach, J.J. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 259-265.
- Steil, R., Dyer, A., Priebe, K., Kleindienst, N., & Bohus, M. (2011). Dialectical behavior therapy for post-traumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: a pilot study of an intensive residential treatment program. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 102-106.
- Steketee, G., Chambless, D.L., & Tran, G.Q. (2001). Effects of Axis I and II comorbidity on behavior therapy outcome for obsessive-compulsive disorder and agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 76-86.
- Torgersen, S. (2012). Epidemiology. In: T.A. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 186-205). Oxford (UK): Oxford University Press.
- Weertman, A., Arntz, A., Schouten, E., & Dreesen, L. (2005). Influences of beliefs and personality disorders on treatment outcome in anxiety patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 936-944.
- Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen* (2017). Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. Raadpleegbaar via: <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2015/03/Zorgstandaard-Persoonlijkheidsstoornissen.pdf>