

## **Cluster A-persoonlijkheidsstoornissen; aanbevelingen voor herkenning, diagnostiek en behandeling**

Podium Cluster A-persoonlijkheidsstoornissen  
Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen ([www.kenniscentrump.nl](http://www.kenniscentrump.nl))

C.W. Slotema, A. Kaasenbrood, T. Ingenhoven

De schizotypische-, schizoïde- en paranoïde-persoonlijkheidsstoornis komen naar schatting in de bevolking voor bij respectievelijk 0,6-4,6%, 3,1-4,9 en 2,3-4,4% (APA, 2013) en onder psychiatrische patiënten bij respectievelijk 1%, 1,4% en 5,7% (Andrea & Verheul 2009). In de praktijk van de hulpverlening worden deze persoonlijkheidsstoornissen echter minder frequent vastgesteld (binnen de instellingen waar de leden van het Podium werkzaam zijn in 0,08-0,7%). Waarschijnlijk herkennen hulpverleners deze diagnoses vaak niet. Ook is nog weinig bekend over de behandeling.

Met behulp van de wetenschappelijke vakliteratuur en op basis van eigen expertise heeft een werkgroep voor Cluster A-persoonlijkheidsstoornissen (zie Bijlage 1) aanbevelingen geformuleerd voor het herkennen, diagnosticeren en behandelen van deze patiënten in de klinische praktijk.

### *Herkennen van cluster A-persoonlijkheidsstoornissen*

De volgende aanwijzingen kunnen hulpverleners op het spoor zetten van een cluster A-persoonlijkheidsstoornis:

- a. De persoon weet niet goed zijn/haar emoties te benoemen of weet niet goed hoe met emoties om te gaan. Hij/zij herkent emoties aan afgeleide kenmerken zoals toegenomen lichamelijke spanning, hartkloppingen, transpireren of hoofdpijn.
- b. Mensen met een cluster A-persoonlijkheidsstoornissen hebben moeite met sociale contacten en begrijpen vaak andermans intenties of non-verbale boodschappen niet. Sommigen ervaren angst voor te grote nabijheid van anderen en leiden vaak een teruggetrokken bestaan.
- c. Aanwezigheid van uitgesproken achterdocht in uiteenlopende situaties zonder dat daar een gegronde reden voor lijkt.
- d. De inhoud van hun spreken is weinig concreet, de vorm ervan formeel of omslachtig, vooral indien het sociaal-emotionele thema's betreft.
- e. Bij verlies van een belangrijke ander kunnen mensen met een cluster A-persoonlijkheidsstoornis reageren met een forse achteruitgang. Door het wegvallen van structuur en hulp bij het functioneren in het dagelijks leven nemen het disfunctioneren en de desorganisatie toe.
- f. Voorkomen van excentriek gedrag, bijvoorbeeld op het gebied van kleding en interesses.
- g. Tekenen van verwaarlozing: het huis is vervuild, de telefoon wordt niet opgenomen en post wordt niet opengemaakt. Dit niet alleen vanuit vermijding (angst voor negatief nieuws) maar ook op basis van magische gedachten ("als ik niet zie wat erin zit is het er ook niet").
- h. Familieleden zijn bekend met een psychotische stoornis of een cluster A-persoonlijkheidsstoornis.

### *Diagnostiek*

Bij verdenking op een cluster A-persoonlijkheidsstoornis is het van belang om andere psychische stoornissen uit te sluiten, zoals o.a. schizofrenie, een waanstoornis, autisme spectrum stoornis of sociale pragmatische communicatiestoornis (NVvP, 2015), aangezien cluster A-persoonlijkheidsstoornissen geen criteria omvatten die niet eveneens kunnen voorkomen bij bovengenoemde diagnoses (Adler & Strakowski 2003; Ford & Crewther 2014; DSM 5).

Het is aanbevolen om voor het classificeren van cluster A-persoonlijkheidsstoornissen een (semi-gestructureerd) instrument te gebruiken, zoals de SCID-II (SCID-5-P).

### *Psychotherapeutische behandeling van cluster A-persoonlijkheidsstoornissen*

Verschillende vormen van psychotherapie zijn beschreven, in uiteenlopende settings (zie Tabel 1). Bij de (dag)klinische behandelingen werden deze aangevuld met non-verbale therapie en sociotherapie (Bartak e.a., 2011). Deze studies waren gericht op het effect van behandelingen voor het brede pallet aan persoonlijkheidsstoornissen, inclusief cluster A-persoonlijkheidsstoornissen. Over het algemeen resulteerde psychotherapie in een significante afname van symptomen en een verbetering van het sociaal functioneren en de kwaliteit van leven, ook in de follow-up periode die varieerde van zes maanden tot drie jaar. Gerandomiseerde studies naar het effect van psychotherapeutische behandelingen bij cluster A ontbreken echter. Kortom, onderzoek geeft aanwijzingen dat mensen met een cluster A-persoonlijkheidsstoornis kunnen profiteren van psychotherapie, maar het is niet duidelijk welke vorm van behandeling binnen welke setting het meest effectief is.

#### *Farmacologische interventies*

Antipsychotica zijn onderzocht in zeven studies met kleine aantallen patiënten met een schizotypische-persoonlijkheidsstoornis (zie tabel 2). Drie van de vier niet gecontroleerde open studies en één RCT toonden een afname van psychiatrische symptomen, en twee van de drie open studies een verbetering in het algeheel functioneren. Bij één placebogecontroleerde RCT werd een afname van psychotische verschijnselen vastgesteld (Koenigsberg e.a. 2003). Bijwerkingen kwamen in wisselende mate voor en het percentage dat voortijdig deelname aan het onderzoek beëindigde was hoog. Samenvattend geven een beperkt aantal, inmiddels wat oudere studies aanwijzingen voor een positief effect van medicatie. Recente studies ontbreken echter geheel en de evidentie is dan ook laag.

#### *Aanbevelingen voor behandeling*

Samenvattend kunnen op grond van de resultaten van empirisch onderzoek geen duidelijke richtlijnen voor behandeling worden geformuleerd. De leden van de werkgroep kwamen dan ook voornamelijk op basis van expert opinion tot aanbevelingen voor de behandeling van mensen met een cluster A-persoonlijkheidsstoornis.

Hierbij heeft de werkgroep de overeenkomsten met schizofrenie en autisme spectrum stoornissen, te weten overeenkomstige problemen bij het sociale en cognitieve functioneren en cognitief-perceptuele symptomen, mede in overweging genomen. De reden is dat bij aanwezigheid van deze problemen en/of symptomen veel meer uitleg en structuur nodig is dan tijdens de reguliere psychotherapieën voor persoonlijkheidsstoornissen wordt gegeven.

Aanbevolen behandeling is een combinatie van psycho-educatie, psychotherapie, psychosociale begeleiding en waar nodig farmacotherapie.

1. Allereerst formuleert de behandelaar met de patiënt concrete behandeldoelen aan de hand van de hulpvraag. Daarbij wordt rekening gehouden met de wensen van de patiënt. Indien cognitieve vermogens beperkt zijn is het zaak om meer tijd te nemen voor uitleg en structuur.
2. Psycho-educatie over cluster A-persoonlijkheidsstoornissen voor de patiënt en zijn naasten.
3. Psychotherapie met een steunend, structurerend en coachend karakter heeft de voorkeur. Deze kan cognitief-gedragstherapeutisch dan wel meer psychodynamisch van aard zijn, of als integratieve vorm gegeven worden. Indien mogelijk kan psychotherapie worden aangeboden in een groep, maar in de regel kiezen deze mensen vanuit hun angst en achterdocht voor een individueel behandeltraject. Bij de paranoïde-persoonlijkheidsstoornis staan de achterdocht en de neiging tot externaliseren op de voorgrond (Gabbard & Gabbard, 2014). Door het bieden van een veilige setting en consequente houding van de therapeut wordt de patiënt gestimuleerd om naar alternatieve verklaringen te zoeken en te kijken naar zijn/haar eigen aandeel in het contact met anderen. Mensen met een schizoïde- en schizotypische-persoonlijkheidsstoornis zien zichzelf vaak als een buitenstaander. Het versterken van de identiteit, leren herkennen wat hen goed doet en wat niet, kunnen een bijdrage leveren aan het aangaan van sociale contacten en het stellen van grenzen daarin (Gabbard & Gabbard, 2014). Gezien hun kwetsbaarheid voor waarnemingen en denkbeelden buiten de werkelijkheid hebben mensen met een cluster A-persoonlijkheidsstoornis baat bij ondersteuning van de realiteitstoetsing.

Het overkoepelende doel van de behandeling is dat de patiënt een eigen weg leert vinden in het leven, ook al kan die flink afwijken van de gebruikelijke maatschappelijke normen.

4. Afhankelijk van het niveau van functioneren van de patiënt aandacht besteed aan de volgende aspecten:  
Zelfzorg (slapen, eten, hygiëne en lichaamsbeweging) en het herkennen van en omgaan met emoties en stress. Bij forse stress of crisissituaties (zoals agressie, suicidaliteit of terugval in middelenmisbruik) kan een crisissignaleringsplan behulpzaam zijn waaraan een crisisregeling kan worden gekoppeld.  
De thuissituatie, financiën en daginvulling worden in kaart gebracht. Indien nodig kan maatschappelijk werk hierbij worden ingeschakeld.  
Daarnaast komen het steunsysteem en sociale netwerk aan bod. Hoe kan de patiënt problemen in de interactie (beter) leren herkennen en begrijpen, en hoe ervoor te zorgen dat iemand meer tevreden is over zijn relaties en het sociale functioneren in het algemeen?
5. Behandeling van co-morbide stoornissen, evenals somatische aandoeningen. Mensen met een cluster A-persoonlijkheidsstoornis hebben niet altijd in de gaten wat hen mankeert op lichamelijk gebied.
6. Het is zinvol om naastbetrokkenen al in een vroeg stadium bij de behandeling te betrekken, zowel voor praktische hulp bij het regelen van zaken, maar ook om de interactie tussen de patiënt en zijn/haar systeem te verbeteren.
7. Tot slot dient regelmatig te worden geïnventariseerd of sprake is van mogelijke psychotische symptomen gezien het verhoogde risico hierop. Als de patiënt voldoet aan de criteria van een hoog risico op een psychose kunnen gerichte cognitief-gedragstherapeutische interventies geboden worden; wanneer de patiënt psychotische symptomen gaat vertonen kunnen antipsychotica geïndiceerd zijn (Schmidt e.a.2015; Schultze-Lutter e.a. 2015). Ondanks het gebrek aan effectiviteitsstudies geldt dit advies wat ons betreft ook voor de paranoïde- en schizoïde-persoonlijkheidsstoornis.

## References

Adler CM, Strakowski SM. Boundaries of schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 2003; 1: 1-23.

Andrea H, Verheul R. Categoriale classificatie, epidemiologie en comorbiditeit. In: Eurlings-Bontekoe EHM, Verheul R, Snellen WM, redactie. *Handboek persoonlijkheidspathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2009. p. 91-118.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, 2013.

Bartak A, Spreeuwenberg AH, Thunnissen M, Ziegler UM, Dekker J, Bouvy F, e.a. Patients with cluster A personality disorders in psychotherapy: an effectiveness study. *Psychother Phychosom* 2011; 80: 88-99.

Ford TC, Crewther DP. Factor analysis demonstrates a common schizoidal phenotype within autistic and schizotypal tendency: implications for neuroscientific studies. *Front Psychiatry* 2014 Aug 27;5:117. doi: 10.3389/fpsy.2014.00117. eCollection 2014.

Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. American Psychiatric Association Publishing. Arlington, USA. 2014.

Goldberg SC, Schulz SC, Schulz PM, Resnick RJ, Hamer RM, Friedel RO. Borderline and schizotypal personality disorders treated with low-dose thiothixene vs placebo. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 680-6.

Hymowitz P, Frances A, Jacobsberg LB, Sickles M, Hoyt R. Neuroleptic treatment of schizotypal personality disorders. *Compr Psychiatry* 1986; 27: 267-71.

- Jensen HV, Andersen J. An open, noncomparative study of amoxapine in borderline disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79:89-93.
- Karterud S, Pedersen G, Bjordal E, Brabrand J, Friis S, Haaseth O, e.a. Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network. *J Pers Dis* 2003; 17: 243-62.
- Keshavan M, Shad M, Soloff P, Schooler N. Efficacy and tolerability of olanzapine in the treatment of schizotypal personality disorder. *Schizophr Res* 2004; 71: 97-101.
- Koenigsberg HW, Reynolds D, Goodman M, New AS, Mitropoulou V, Trestman RL, e.a. Risperidone in the treatment of schizotypal personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 628-34.
- Markovitz PJ, Calabrese JR, Schulz SC, Meltzer HY. Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1064-7.
- Mehlum L, Friis S, Irion T, Johns S, Karterud S, Vaglum P, e.a. Personality disorders 2-5 years after treatment: a prospective follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84: 72-7.
- NVvP. Richtlijn psychiatrische diagnostiek. De Tijdstroom, Utrecht. 2015.
- Serban G, Siegel S. Response of borderline and schizotypal patients to small doses of thiothixene and haloperidol. *Am J Psych* 1984; 141: 1455-8.
- Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG, Maric NP, Salokangas RKR, Riecher-Rössler, A., e.a. (2015). EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry*, 30, 388-404. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.01.013.
- Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ, Schimmelmann BG, Maric NP, Salokangas RKR, e.a. (2015). EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry*, 30, 405-416. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.01.010.

## Bijlage 1 Informatie werkgroep cluster A persoonlijkheidsstoornissen

In 2012 werd een podium opgericht van het landelijke Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen met als titel: Meer oog voor Cluster A persoonlijkheidsstoornissen (zie [www.kenniscentrump.nl](http://www.kenniscentrump.nl)). De werkgroep bestond uit psychiaters, klinisch (neuro)psychologen en psychotherapeuten, met expertise op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen, psychotische stoornissen en de autisme spectrum stoornis. Deze werkgroep kwam verschillende keren bijeen om aan de hand van de literatuur en eigen professionele kennis en kunde aanbevelingen te formuleren voor het herkennen, diagnosticeren en behandelen van deze patiënten in de klinische praktijk. Het concept voor aanbevelingen werd voorgelegd aan hulpverleners die werken met mensen met cluster A persoonlijkheidsstoornissen. Met behulp van hun aanvullingen zijn de uiteindelijke aanbevelingen tot stand gekomen.

Leden werkgroep:

C.W. Slotema, voorzitter

T. Ingenhoven

A. Kaasenbrood

E. van Ankum

N.M. van Bunningen

E.H.M. Eurelings-Bontekoe

P. Dessing

M. van der Gaag

G.H. Kuipers

M.G. Vollema.

Tabel 1 Psychotherapeutische studies bij cluster A persoonlijkheidsstoornissen

Studie	N	Psychotherapie	Setting	Vragenlijsten	Effect pre-post meting
Bartak e.a. 2011	57	Psychodynamische, cognitieve gedragstherapie, eclecticische psychotherapie of psychotherapie anderszins	Poliklinisch ( $\eta$ 13mnd)	GSI	0,27#
			Dagbehandeling ( $\eta$ 10mnd)		1,33#
			Klinisch ( $\eta$ 9mnd)		1,27#
			Poliklinisch	OQ-45-SRF	0,69#
			Dagbehandeling		1,11#
			Klinisch		1,10#
			Poliklinisch	OQ-45-IR	0,36#
			Dagbehandeling		0,85#
			Klinisch		1,27#
			Poliklinisch	EQ-5D	0,47#
			Dagbehandeling		0,85#
			Klinisch		0,59#
Karterud e.a. 2003	186	Combinatie van psychodynamische en cognitieve gedragstherapie	Groepsdagbehandeling (18-41 weken)	GAF	1,58^
				GSI	0,71^
				CIP	0,53^
				QOL	0,94^
Mehlum e.a. 1991	13	Psychodynamisch	Groeps- en individuele dagbehandeling ( $\eta$ 171dg)	HSRS	p<0.01
				SAS	-
				GSI	p<0.001 gehele groep

$\eta$  = gemiddelde

# = effectgrootte Cohen's d (0,2 – 0,5 klein, 0,5 – 0,8 middelgroot, >0,8 groot) na 18 maanden

^= effectgrootte Cohen's d gehele groep persoonlijkheidsstoornissen, schizoïde-persoonlijkheidsstoornis slechter dan BPS en BPS met paranoïde-persoonlijkheidsstoornis nog slechtere uitkomsten.

BPS = borderline-persoonlijkheidsstoornis

BSI = Brief Symptom Inventory

CIP = Circumplex of Interpersonal Problems

EQ-5D = EuroQuol Questionnaire

EQ-VAS = EuroQuol Questionnaire Visual Analogue Scale

GAF = Global Assessment of Functioning

GSI = Global Severity Index

HSRS = Health Sickness Rating Scale

PPS = paranoïde-persoonlijkheidsstoornis

OQ-45-SRF – Outcome Questionnaire Social Role Functioning

OQ-45-IR = Outcome Questionnaire Social Interpersonal Relations

QOL = Quality of Life

SAS = Social Adjustment Scale

STP = schizotypische-persoonlijkheidsstoornis

Tabel 2 Psychofarmacologische studies voor de behandeling van symptomen en algemeen functioneren

Studie	Setting	Diagnose	N	Interventie	Meetinstrument	p-waarde	Dropouts
Goldberg e.a. 1986	RCT	STPS	13	Thiothixene (5- 40mg/dag, 12wk) vs placebo	HSCL-90	ns	42% vs 54%
		STPS/BPS	20		GAS	ns	
		BPS	17		SIB	ns	
Serban & Siegel 1984	RCT	STPS	14	Haloperidol (3mg/dag) vs thiothixene (10mg/dag, 6wk – 3mnd)	BSI	<0,01 thiothixene#	21%
		BPS	16		HRSD	<0,01 beiden#	
		STPS/BPS	16		PAI	<0,01 beiden#	
Koenigsberg e.a. 2003	RCT	STPS	25	Risperidon (tot 2mg/dag, 9wk) vs placebo	PANSS HRSD CGI	0,013 ns ns	40% vs 60%
Hymowitz e.a. 1986	Open studie	STPS	17	Haloperidol (2- 8mg/dag, 8wk)	SIB GAS	ns # ns #	50%
Keshavan e.a. 2004	Open studie	STPS	11	Olanzapine (9mg/dag, 26wk)	BPRS HRSD GAS OAS	0,001# 0,035# 0,005# 0,09#	27%
Jensen & Andersen 1989	Open studie	BPS	6	Amoxapine (250mg/dag, 4wk)	BPRS	<0,05#	17%
		STPS	6		HRSD CGI	<0,05# + (waarde niet genoemd)#	
Markovitz e.a. 1991	Open studie	BPS STPS/BPS STPS	8 10 4	Fluoxetine (20- 80mg/dag, 12wk)	HSCL	<0,001 alle deelnemers#	

ns= *niet significant*

# = pre-post meting

BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale

BPS = borderline-persoonlijkheidsstoornis

BSI = Borderline Syndrome Index

CGI = Clinical Global Impressions scale

GAS = Global Assessment Scale

HRSD = Hamilton Rating Scale for Depression

HSCL-90 = Hopkins Symptom Checklist-90

OAS = Overt Agression Scale

PAI = Psychiatric Assessment Interview

PANSS P, N, G = Positive And Negative Syndrome Scale, Positive symptoms, Negative symptoms en general symptoms

RCT = randomized controlled trial

SIB = Schedule for Interviewing Borderlines

STPS = schizotypische-persoonlijkheidsstoornis

Vs = versus