
Cluster C

Persoonlijkheidsstoornissen

State of the art

Joost Hutsebaut

5 oktober 2018

Cluster C?

- Het veld van persoonlijkheidsstoornissen beschikt over:
 - 7 Behandelrichtlijnen (V.S., Engeland, Nederland, Australië, Duitsland, Zwitserland, Denemarken)
 - Waarvan 1 niet alleen over borderline (Ndl)
 - 60-tal RCT's
 - Waarvan 95% over Borderline
 - 5 Cochrane reviews (en 2 in aantocht)
 - 3 (5) over borderline
 - 2 over Antisociale
 - 5 algemeen erkende 'bewezen effectieve behandelingen'
 - Allemaal voor borderline
- ICD-11 heeft alle types PS afgeschaft
 - Behalve borderline

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.

- M.m.v. Nathan Bachrach, Susanne Dalmeijer, Eelco Muste, Nina van Bunningen

Methode: Literatuursearch

- Databases: Pubmed, Embase, Medline, Psych Info, Scholar, Cochrane, National Guideline Clearinghouse en Trip
- Zoektermen:
 - “dependent personality disorder”, “obsessive compulsive personality disorder”, “avoidant personality disorder”, “cluster C personality disorder”.
 - 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”
- Laatste update: september 2016
- Inspectie abstracts: 95 bruikbare publicaties

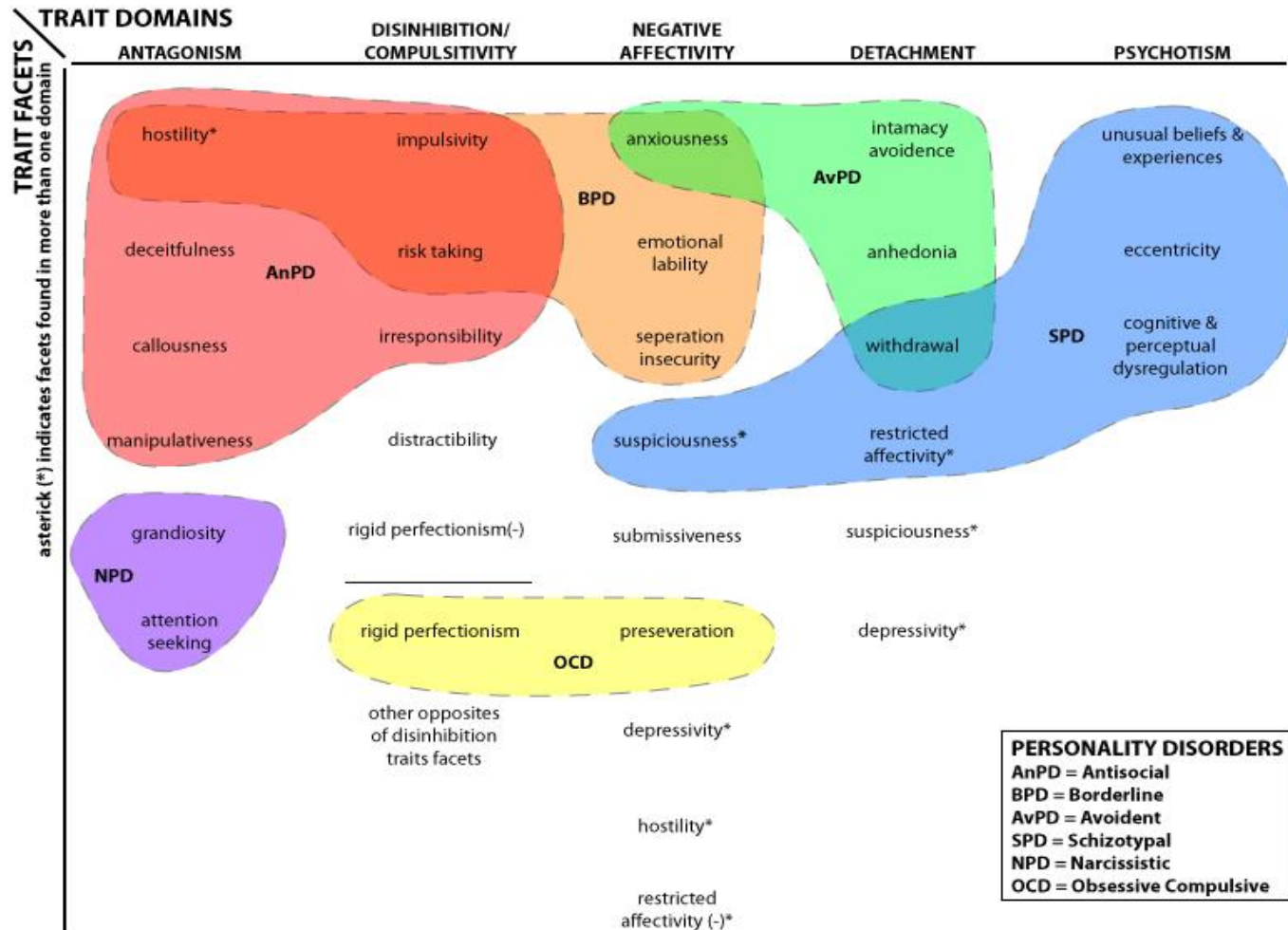
Wat zijn Cluster C PS?

- 'Duurzame patronen van angst, remming en controle'
- Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis
 - Kwetsbaar gevoel van eigenwaarde: onbekwaam, minderwaardig, onaantrekkelijk
 - Grote vrees voor negatieve beoordeling door anderen
 - Gereserveerd in sociale relaties
- Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis
 - Perfectionistisch, veeleisend naar zichzelf en anderen
 - Te zeer gericht op details, orde, lijstjes
 - Kunnen zich weinig ontspannen
- Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis
 - Veel nood aan bevestiging en geruststelling door anderen
 - Anderen nodig om beslissingen te nemen

Cluster C in het Alternatieve Model: criterium A

- Kenmerkende beperkingen op niveau 2 'matig niveau van beperkingen'
 - Identiteit: definiëren ifv ander, minderwaardigheid, kwetsbare gevoelens van eigenwaarde
 - Zelfsturing: gemis aan doorleefde, persoonlijke doelen, uiterst hoge eisen, neiging tot extreem rationaliseren
 - Intimiteit: oppervlakkige relaties, angst voor intimiteit, zichzelf onderschikken aan anderen
 - Empathie: gerichtheid op ander, angst voor ridiculisering, neiging eigen impact te overschatten

Cluster C in het Alternatieve Model: criterium B



	Vermijgend	Afhankelijk	Dwangmatig
Zelfbeeld	Minderwaardig, tekort schieten	Hulpeloos	Afgeleid van prestaties
Dominant affect	Schaamte	(verlatings)angst	Onvrede, nooit goed genoeg
Behoeften	Niet <i>uiten</i>	Niet <i>kennen</i>	Niet <i>beleven</i>
Zelfgevoel en ander	Wordt ondermijnd	Wordt ondersteund	Speelt geen rol
Relationele attitude	Wantrouwend Projecties (angstig)	Inwisselbaar Semi-permeabel	Ingeperkt
Relationele behoefte	Vermijndend	Eindeloos	Oppositieeel Willen controleren
Afweer/ coping	Verdringing Passieve agressie	Opgeven, vluchten Passieve spanningsreducties Wensvervullend denken	Affectisolatie, Rationalisatie Twijfelzucht

Diagnostiek: Cluster C versus Symptoomstoornissen

- Overlap in symptomen (angstig, depressief,...)
- Persoonlijkheidsstoornis:
 - Persistent: patronen gedurende langere tijd
 - Pervasief: patronen overheen verschillende situaties
 - Pathologisch: patronen leveren veel last en beperkingen op in sociaal-beroepsmatig functioneren
- Persoonlijkheidsstoornissen en symptoomstoornissen (zoals depressieve stoornis) komen vaak samen voor
- Persoonlijkheidsstoornissen gaan vaak wat gemaskeerd achter deze symptoomstoornissen (en wellicht vooral bij Cluster C)

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)

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)

Cluster C: geslacht en leeftijd

- Dwangmatige PS: man:vrouw = 2:1
- Afhankelijke PS: vrouwen > mannen
- Dwangmatige PS: ↑↑ leeftijd (natuurlijke ontwikkeling)
- Sommige kenmerken zijn stabiel, andere veranderlijker
 - VPS: zich onbeholpen en minderwaardig voelen (terwijl 'zich terugtrekken uit sociale en beroepsmatige situaties' afneemt)
 - DPS: rigiditeit en perfectionisme (terwijl gierigheid afneemt)

Impact cluster C: maakt het uit?

- Cluster C PS bij baseline: prognose voor behandeling van andere psychische aandoeningen een stuk slechter
 - GAS: 30% minder kans op herstel (Massion e.a. 2002)
 - Sociale fobie: 39% minder kans op herstel (idem)
 - Depressie: 30% minder kans op herstel (Viinamäki e.a. 2003)
 - Eetstoornis: negatieve prognose bij DPS (Crane e.a., 2007)
- Cluster C bij baseline: kans op hervat veel groter
 - Sociale fobie: 4 keer meer kans op herval na initieel succes (Ansell e.a. 2011; Paniekstoornis: drie maal meer kans op herval; Dwangstoornis en GAS: dubbel zoveel kans op herval
 - Depressie: Twee maal meer kans om na drie jaar nog steeds depressief te zijn, 3 keer meer kans op suïcidepoging (Oleski, 2011)
- Cluster C bij baseline: symptoomlevel van andere stoornis is zowel bij start als einde hoger (Dreessen, 1994)

Kosten Cluster C

- Totale kostprijs van PS in Europa: 27,3 miljard (Olesen e.a. 2011)
 - Vooral t.g.v. indirecte kosten, zoals werkverzuim en verhoogd beroep op somatische zorg
- Kostprijs Cluster C: € 24.000-30.000 / jaar (Bamelis e.a. 2015)
 - Maatschappelijke kosten: 12.000
 - Gezondheidszorgkosten: 1500-4.000
 - Productieverlies: 7.000-9.000
- Conservatieve raming omdat bepaalde kostenposten niet goed te berekenen zijn (zoals vb productieverlies t.g.v. inefficiënt functioneren)

Behandeling Cluster C

- In de praktijk worden diverse behandelmodellen toegepast
 - Affect Phobia Therapy (McCullough)
 - Short-term Dynamic Psychotherapy (Davanloo)
 - Schematherapie (Young)
 - Cognitieve therapie (Beck)
 - Metacognitieve interpersoonlijke therapie voor PS (Dimaggio)
- Beperkt aantal studies (overzicht: Simonsen et al., 2018)
 - 4 RCTs
 - Iets meer naturalistische studies
 - Vooral gericht op vermijdende PS

Table 2 Treatment studies for Cluster C

Author, year, design	Therapy	Sample size diagnostic intake criteria	Duration: number of ses- sions	Drop-out %	Follow-up	Results Assessments
Svartberg et al. (2004) RCT	Individual therapy cognitive therapy (CT) versus short term dynamic psycho- therapy (STDT)	50 (25 + 25) (31; 62% AvPD) DSM-III-R	40 weekly	2	2 year	No group difference ↓Sympt. SCL-90-R ↓IIP ↓MCMI Recovered at 2 y follow-up: sympt: STDT: 54%, CT 42% IIP and personality: 40%
Bartak et al. (2009) Naturalistic Multisenter	Short outpatient treatment (SOT) versus long (LOT) versus Short dayhospita- l treatment (SDHT) versus long (LDHT) versus short inpa- tient treatment (SIT) versus. long (LIT)	371 (63% AvPD) DSM-IV	Short versus long < 6 mounths > 6 mounths	SDHT 34 LOT 10	1 year after inclu- sion	Controlled for status at intake SIT > LOT, SDHT, LDHT, LIT GSI, IIP, EQ-5D, OQ-45 soc.role
Bamelis et al. (2014) RCT Multicenter	Individual therapy: schema therapy (ST) versus clar- ification-oriented therapy (COT) versus treatment as usual (TAU)	323 (51% AvPD) ST: N = 147 COT: N = 41 TAU: N = 135 DSM-IV	50 Median ST: 50 COT: 51 TAU: 22	ST: 26% COT: 22% TAU: 38%	3 year	Drop-out and diag- nostic recovery: ST > TAU No group difference in self-report
Skewes et al. (2015) Pilot	Group schema therapy	8 (6; 75% AvPD) DSM-IV	20	25% (AvPD: no drop- out)	6 mounths	5 of 6: No AvPD at Follow-up ↓Sympt GSI ↓Depression ↓ Schema Mode (40%)

Table 1 Treatment studies for AvPD

Author, year, design	Therapy	Sample size Diagnostic Intake criteria	Duration: number of sessions	Drop-out %	Follow-up	Results Assessments
Stravyski et.al. (1989) RCT Cross-over	Group discussion (GD) + home-work, individual targets + social skill training (SST)	28 DSM-III No medication or major clinical syndrom	10 (5 + 5) á 90 min Cross-over	25	No	No group difference ↑Social Functioning «blind» assessment ↓Sympt BDI, SAD, HAM
Stravyski et.al. (1994) RCT	GD with SST «in clinic» sess. versus comb. «in clinic» + «in vivo» sess	31 DSM-III No medication	14 á 90 min	10	3 months	No group difference ↑sos.funct. ↓ sympt. (SAD, SSQ, STAI, HAM) Improvements maintained at follow-up
Alden (1989) RCT 4 groups Alden and Capreol (1993)	1. Gradual exposure (GE) + relaxation 2. GE + Interpersonal skill training (IST) 3. GE + IST + intimacy focus 4. Control group = Waiting list	76 DSM-III Unmarried 20y < age < 40y No hospitalization	10 weekly sessions á 120–150 min	5	3 months	No group difference ↓Sympt./↑Sos.funct.; SORT, SRI, SQ Improvements maintained at follow-up IIP-C Cold negative predictor
Renneberg et al. (1990) Pilot, controlled	Group therapy, behavioral training Individual therapy before and after 3 months waiting list	17 DSM-III-R	32×60 min 4 days over 2 weeks	0	3 months 1 year	↓sympt (FNE, PSS, SAD, GRAI, BDI, STAI) ↑funk SAS-SR, 55% norm. FNE
Barber et al. (1997) Naturalistic	Time-limited individual therapy «Supportive-Expressive-Dynamic Therapy» Core Conflict Relationship Theme	24 DSM-III-R	Max. 52 Mean (SD) 35 (20)	46%	No	61% no UPF, ↓sympt (BAI, BDI, IIP, HARS, HARSD) ↓WISPI
Emmelkamp et al. (2006) RCT	Cognitive behavioral therapy (CBT) versus brief dynamic therapy (BDT) versus. Waiting list	62 DSM-IV	20 6 months	CBT: 15 BDT: 0	6 months	CBT > BDT; SPAI, PDBQ CBT: 91% no UPF, BDT: 64% no UPF at follow-up BDT ≠ Waiting list
Eikenæs et al. (2006) Pilot Quasi experimental	Combined group and indiv. therapy, incl. physical training (CC) versus CC + wilderness therapy = Integrated wilderness therapy (IWT)	53 37 (CC) versus 16 (IWT) DSM-IV (DSM-III-R)	Inpatient 12 weeks	0	1 year	No group diff.: GSI, BDI, IIP, PDQ-4 BDI and GSI at follow-up Men: IWT > CC *, Women: CC > IWT IWT: 50% no UPF at follow-up (87% answered)
Zimmermann et al. (2013) Naturalistic Military Hospital	Indiv.therapy 2 sess./week, daily phys. training, relaxation versus additional SST in group	192; AvPD traits 110 (57%); AvPD ICD-10	Inpatient 30 days	0	6 months	No group difference ↓sympt. (SCL-90; FKK) Improvements maintained at follow-up (46% answered)

Algemene bevindingen: behandel-effecten

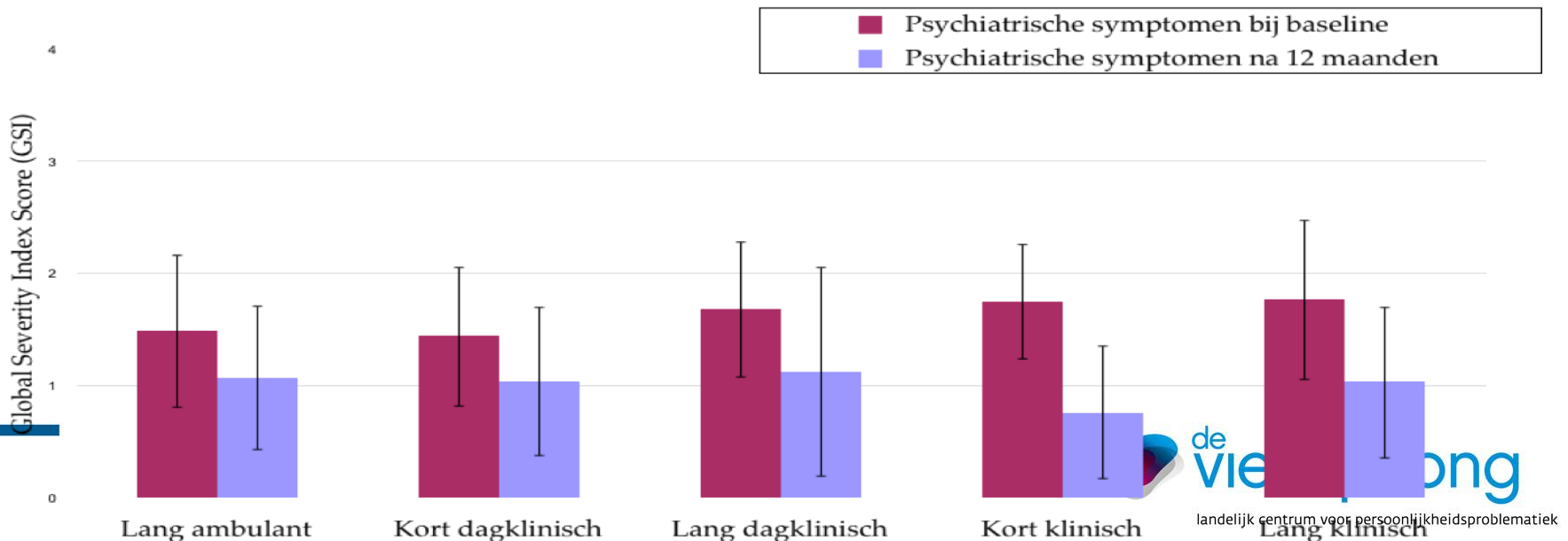
- Mixed:
 - Behandelingen tonen grote tot zeer grote effect sizes
 - RCT Svartberg (CT vs STDP): $d=1.70$ (SCL-90, MCMI)
 - RCT Bamelis (ST vs COT): $d=1.76$ (GAF)
 - Behandel-effecten blijven stabiel na behandeling
 - Er blijkt weinig verschil tussen psychodynamische en cognitieve behandelmethodes
 - Een belangrijke groep (+/-20-45%) blijft symptomatisch niet hersteld in verschillende studies

Behandelduur

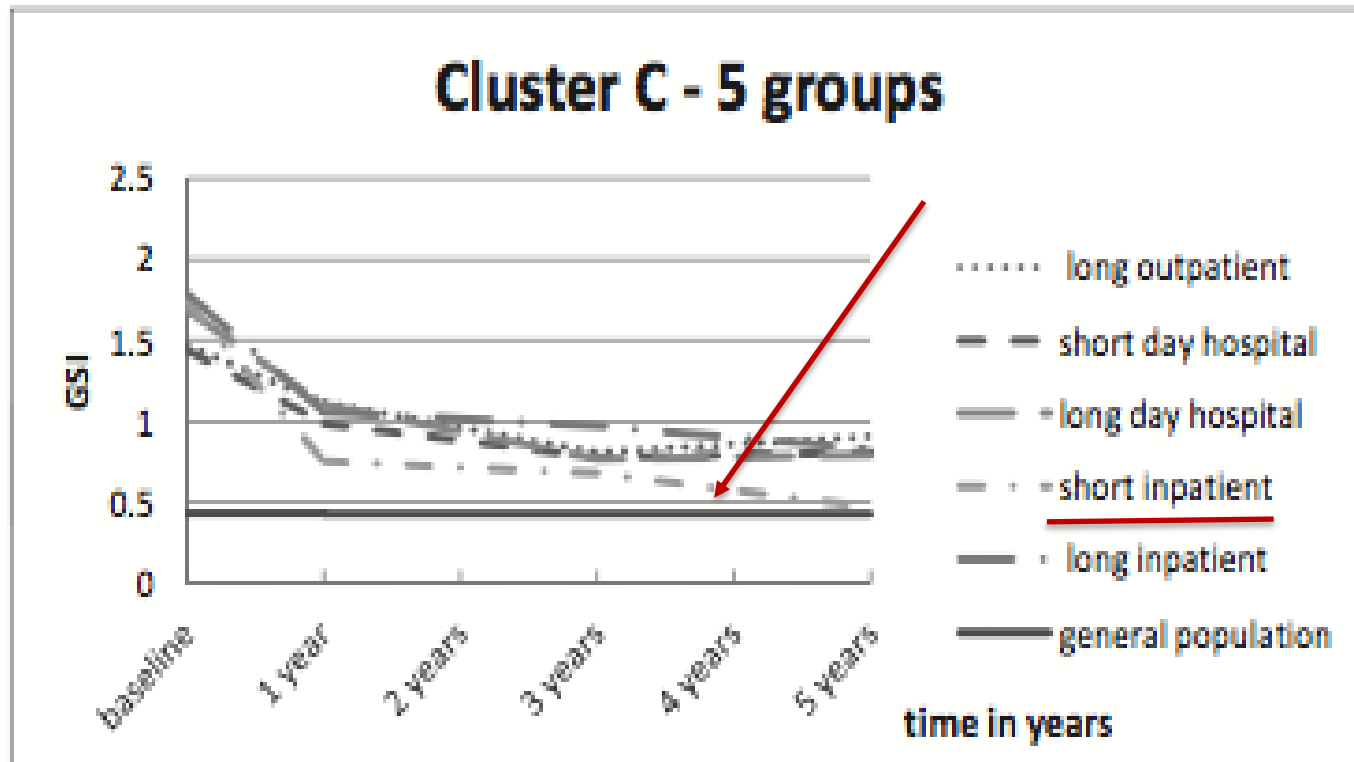
- Aanwijzingen voor effecten van behandelduur
 - Kortdurende gedragsgerichte behandelingen (CGT) hebben enig effect, maar onvoldoende (Simonsen e.a. 2018)
 - Sociale vaardigheden training als add on heeft geen toegevoegd effect (Zimmermann e.a. 2013)
 - Kortdurende psychodynamische behandelingen blijken beter effect te hebben (Simonsen e.a. 2018)
 - Toch is langdurige psychodynamische behandeling (80 sessies) beduidend beter dan kortdurend (20 sessies) (Lorentzen e.a. 2015)
 - Na 3-7 jaar follow-up verbeterden de lange groep verder i.t.t. korte groep
 - Opmerkelijk: mensen zonder Cluster C PS profiteerden meer van korte variant

Behandelintensiteit (SCEPTRE studie)

- Hogere intensiteit blijkt gunstiger
 - Kortdurende klinische opnames bleken meest effectief voor Cluster C (Bartak e.a., 2010; Horn e.a. 2015)
 - Differentieel effect van behandelintensiteit voor Cluster B versus Cluster C?
 - Hypothese: Cluster C is gebaat bij hoge mate van ontregeling



SCEPTRE Follow up



- Cluster C: korte klinische behandeling significant effectiever in het reduceren van symptomen dan alle andere doseringen

Kosteneffectiviteit behandeling

- SCEPTRE-studie
 - Lang versus kort
 - Ambulant versus Deeltijd versus Opname
- Kostprijs behandeling
 - 36700 (ambulant) tot 73400 (langdurige opname)
- Meest kosteneffectieve behandelingen
 - Kortdurende opname: meest kosteneffectieve behandeling
 - Kortdurende Deeltijd
- Schematherapie blijkt in andere studie eveneens kosteneffectiever dan controlebehandeling (Bamelis studie)

Foci in behandeling bij VPS (Simonsen e.a. 2018)

- Focus meer op interpersoonlijke schema's en motieven
 - Nood aan experiëntiële technieken om de problemen in relaties door te werken
- Affectieve vermijding en vermijding van nieuwigheden kunnen interfereren met behandeling en dienen te worden geadresseerd
 - Steunend helpen bij sociaal delen van eigen ervaringen en emoties
 - Probeer een veroordelende groepscultuur te vermijden
- Extreme interpersoonlijke gevoeligheid en schaamtegevoeligheid naast grote hunkering naar echte verbondenheid
 - Gevaar van pseudo-alliantie
 - Goed monitoren van effect op behandelaar en die ervaring in contact gebruiken

Conclusie

- Door co-morbiditeit en symptoomoverlap worden Cluster C PS vaak gemist
 - Milde vormen van Cluster C komen wellicht vaak voor in privé-praktijken en kunnen daar adequaat worden behandeld
 - Ernstige vormen van Cluster C vragen wellicht wel aangepaste behandeling
- Aanwezige Cluster C PS heeft grote invloed op de ernst van symptoomstoornissen, de kans op herstel en de kans op recidive
- Cluster C heeft hoge maatschappelijke kost (arbeidsverzuim of onderpresteren)

>> Nood aan screening op mogelijke Cluster C, in het bijzonder bij 'falende' klassieke behandeling op angst en depressie

Conclusie

- Cluster C PS zijn behandelbaar, de resultaten zijn duurzaam en de behandelingen zijn rendabel
- Hoge dosis lijkt belangrijke voorspeller, eerder dan lange duur (tegengesteld aan Cluster B)
- Toch blijft een groep in de meeste studies relatief onveranderd

Toekomstrichting

- Cluster C PS worden vaak laattijdig gedetecteerd, waardoor kansen op vroege interventie verloren gaan
 - Hoe kunnen Cluster C PS ook bij jongeren vroegtijdig worden gedetecteerd en onderscheiden van symptoomstoornissen, zodat er vroeg kan worden ingegrepen?
- Cluster C PS komen in de regel voor samen met andere (symptoom)stoornissen
 - Moet behandeling sequentieel of geïntegreerd gebeuren? Heeft de 'ernst' van de symptoomstoornis impact op behandelprognose van de PS?
- Maatschappelijk belang van behandelingen
 - Hebben onze behandelingen ook een duurzaam effect op sociaal en beroepsmatig herstel?
- Meer nood aan grootschalige RCT's om effecten van vooral ernstige varianten van Cluster C te onderzoeken



WHO
CARES?

Congres
Zorgstandaard
Persoonlijkheidstoornissen

Pre-congres workshops
26 november 2018

Congres
27 november 2018

Philharmonie Haarlem

Met
internationale
keynote
speakers!

Contact of slides

- Joost.Hutsebaut@deviersprong.nl

Website Cluster C Triade



Kennis, innovaties en netwerken in PS

Kennis ▾ Innovatie ▾ Netwerk ▾ Nieuws Agenda Over ons Lid worden Links

HOME | NETWERK | CLUSTER C PS

Cluster C PS

Misschien heb je al langer last van depressies, angsten, perfectionisme, of eetproblemen zonder dat behandeling je heeft geholpen. Of misschien ga je telkens je grenzen voorbij en ben je al jaren helemaal uitgeput?

Dat is ook het verhaal van de mensen die deze pagina hebben gemaakt. Zij kwamen erachter dat hun klachten niet alleen te maken hadden met depressies of andere problemen. De symptomen hiervan kunnen misleidend zijn omdat ze zich zo alledaags manifesteren. Door kunnen de klachten die men ervaart gemakkelijk afgedaan worden als 'normale klachten'. Bijvoorbeeld: je bent bang om naar een feestje te gaan, omdat je denkt dat niemand je interessant zal vinden. Maar wie is er nooit eens onzeker over wat anderen van hem denken? Of je verzuimt op je werk, omdat je bang bent door de mand te vallen. Heel veel mensen hebben wel eens die vrees. De meeste mensen kunnen zich daar echter over heen zetten, bijvoorbeeld omdat ze positieve ervaringen opdoen die het tegendeel bewijzen, waardoor ze hun beeld van zichzelf en de wereld kunnen bijstellen. Bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis is dat meestal niet voldoende en zijn deze angsten en overtuigingen zeer hardnekkig en invaliderend.

Er is weinig aandacht voor deze problemen en ook is er weinig over te vinden op internet. Vaak worden deze problemen niet als zodanig onderkend, maar worden mensen behandeld voor bijkomende problemen als depressie of angst. Onze missie is om de bekendheid rondom Cluster C persoonlijkheidsstoornissen te vergroten zodat mensen oog krijgen voor deze problemen en er gericht behandeling voor gaan zoeken.

Wat is een Cluster C Persoonlijkheidsstoornis?

Cluster C persoonlijkheidsstoornissen worden gekenmerkt door angst, remming en controle. Deze mensen vinden vaak snel (nieuwe) situaties en contacten spannend en maken zich snel zorgen. Ze gaan daar vaak mee om door te zoeken naar controle, over zichzelf en over deze situaties en personen. Bijvoorbeeld: ze zorgen ervoor dat anderen hen niet 'echt' zien en kennen of ze vermijden situaties waarin ze bang zijn te falen. Of ze proberen alles zo perfect mogelijk te doen, waardoor ze nooit op een fout kunnen worden betrapt. Vaak voelen deze mensen zich kwetsbaar en onzeker en proberen ze dat te verbergen naar anderen. Ze zijn vaak wat voorzichtig en afstandelijker in contacten met anderen, terwijl ze tegelijk wel verlangen naar verbondenheid met anderen. Soms voelen ze zich zo onzeker dat ze zich erg afhankelijk maken van een ander.

Er zijn drie verschillende typen te onderscheiden:

- De vermijdende persoonlijkheidsstoornis
- De dwangmatige persoonlijkheidsstoornis
- De afhankelijkke persoonlijkheidsstoornis

[Lees hier meer](#)

Naastbetrokkenen

Naastbetrokkenen

Wat kun je doen als het om je partner, broer, zus vader of moeder gaat?

Als iemand in je familie of omgeving een persoonlijkheidsprobleem heeft, dan heeft dit vaak ook gevolgen voor jou. Niet alleen omdat zo iemand bijvoorbeeld somber of angstig kan zijn, maar ook omdat de problemen voelbaar kunnen zijn in je relatie met deze persoon. Bijvoorbeeld, omdat je partner zich vaak terugtrekt of omdat hij of zij het moeilijk vindt als er een conflict of irritatie ontstaat. Of omdat je merkt dat je broer of zus zich telkens aanpast en daaronder lijdt. Ook kan je partner zo perfectionistisch zijn, dat ook voor jou de lat hoog gelegd wordt. Soms kan het beroep dat op jou gedaan wordt, groot zijn. Wanneer je behoefte hebt aan informatie en handvatten hoe jij kan omgaan met de persoon met een cluster C persoonlijkheidsprobleem, lees dan [hier de tips](#).

Video



Behandel mogelijkheden

Er wordt helaas niet veel onderzoek gedaan naar de behandeling van cluster C persoonlijkheidsstoornissen, maar de studies die er zijn, laten zien dat een cluster C ps goed te behandelen is. Er zijn verschillende soorten behandelingen, die ongeveer even effectief zijn. Zo zijn er therapieën die zich richten op (onbewuste) emoties en ervaringen en het uitdagen van weerstanden:

- Affect Fobie Therapie (AFT)
- Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)
- Transactionele Analyse (TA)
- Dynamische Interpersoonlijke Therapie (DIT)

Daarnaast bestaan er cognitieve modellen, zoals de Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en Schematherapie (ST). Alle behandelingen leveren meestal goede resultaten op.

Behandeling kan zowel individueel als in de groep worden aangeboden. De duur van de behandeling kan variëren van **15-20 sessies**.

Ervaringsverhalen

Lees hier de verhalen van een paar ervaringsdeskundigen:

- Ingrid
- Karin
- Jeroen
- Isa

Zelftest

Test [hier](#) of je kenmerken vertoont van een cluster C persoonlijkheidsstoornis. Let op: dit is géén diagnostisch onderzoek!