

Persoonlijkheidsstoornis/ -problematiek – Aangevuld voor adolescenten

Signaleren

Ieder mens heeft een eigen persoonlijkheid. Dat betekent dat ieder mens bepaalde eigenschappen heeft en op een heel eigen manier reageert op situaties. Bij een persoonlijkheidsstoornis zijn bepaalde eigenschappen zodanig aanwezig dat iemand niet altijd goed kan reageren op situaties.

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben veelal problemen met identiteit (zelfbeeld), zelfsturing, verbondenheid en intimiteit (intermenselijke relaties). Dit leidt tot ernstig persoonlijk lijden en heeft negatieve gevolgen voor werk, intieme relaties en het aangaan en onderhouden van sociale contacten.

DSM-classificatie: Vanuit de DSM 5 worden tien verschillende persoonlijkheidsstoornissen beschreven en deze zijn verdeeld in de volgende clusters.

Cluster A-persoonlijkheidsstoornissen: paranoïde-persoonlijkheidsstoornis, schizoïde persoonlijkheidsstoornis en schizo typische-persoonlijkheidsstoornis.

Cluster B-persoonlijkheidsstoornissen: antisociale-persoonlijkheidsstoornis, borderlinepersoonlijkheidsstoornis, histrionische-persoonlijkheidsstoornis (voorheen: theatrale) en narcistische persoonlijkheidsstoornis.

Cluster C-persoonlijkheidsstoornissen: vermijdende-persoonlijkheidsstoornis, afhankelijkke persoonlijkheidsstoornis en dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis (voorheen obsessieve compulsieve).

Bij een andere gespecificeerde en ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis wordt wel voldaan aan de algemene criteria voor een persoonlijkheidsstoornis, maar voldoet niet volledig voldaan aan de criteria van één van de tien specifieke persoonlijkheidsstoornissen.

Het gaat daarbij om steeds terugkerende patronen van denken, voelen en handelen waardoor er problemen ontstaan in iemands leven. Kenmerkend aan een persoonlijkheidsstoornis is dat bepaalde patronen al jaren aanwezig zijn en zijn ontstaan in de kindertijd of vroege volwassenheid.

ADOLESCENTEN: Persoonlijkheidsstoornissen kunnen betrouwbaar worden gediagnosticeerd bij adolescenten en blijken bij 10-15% van de adolescenten voor te komen. Er bestaat geen evidence-based diagnostisch protocol voor de onderkenning van persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten. Voor het vaststellen van trekken van persoonlijkheidsstoornissen bij kinderen en adolescenten geldt als richtlijn 'ten minste 1 jaar'.

Screeningsinstrumenten: SCID-screen / CBCL/ YSR.

Breng ook risico- en beschermende factoren in kaart middels beleid Risicotaxatie.

Diagnostiek

Een diagnostisch proces bestaat uit:

1. Een inventarisatie van klachten en hulpvraag.
2. Het richting geven middels classificatie, mede op basis van differentiaal diagnostische overwegingen. (Cluster A, B, C met subtypes & de ander of ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis).
3. Het opstellen van een biografische anamnese en diagnostische formulering (de beschrijving van de cliënt en zijn problemen in de individuele context, ook wel casus-conceptualisatie genoemd).
 1. Dit wordt vormgegeven in de intakefase door middel van de klachtanalyse, probleemanalyse. Met aanvullend hulpmiddel: levenslijn en holistisch beeld maken. Met als helpende conclusie: patronen herkennen bij klachten. Vanaf de start van het diagnostisch proces is de behandelaar alert op de wijze van contact maken, de interactie met de cliënt, het appél dat de cliënt op de behandelaar doet en de (tegen)overdracht. Met in gedachten algemene PS-box DSM-V.
ADOLESCENTEN: vraag een grondige ontwikkelingsanamnese uit bij zowel de jongere als diens ouders. Deze anamnese moet gericht zijn op het in kaart brengen van de ontwikkelingsgeschiedenis (inclusief temperamentsfactoren en ontwikkelingsmijlpalen en -taken), (traumatische) life events, vroege antecedenten van de klachten, het verloop van de klachten, de psychiatrische belasting van het gezin, algemene ontwikkeling van de jongere (inclusief schoolprestaties, vrienden en andere voor de adolescent belangrijke levensgebieden. Verzamel informatie uit verschillende bronnen/ informanten.
 2. Een semigestructureerd interview afname (SCID-5-P) is de start van de diagnostiek fase. In een dergelijk interview worden alle specifieke symptomen stap voor stap uitgevraagd in een min of meer vaste volgorde en met vastgelegde vervolgvragen. Op deze manier wordt voorkomen dat specifieke symptomen over het hoofd worden gezien.
ADOLESCENTEN: SCID-5-P / SCID-5 Junior
 3. Voor een goede diagnostische formulering of casusconceptualisatie kan het nodig zijn om de diagnostiek verder te verfijnen, bijvoorbeeld door het uitvoeren van psychologisch (test)onderzoek. Er zijn verschillende persoonlijkheidsmodellen en daarbij behorende meetinstrumenten die gebruikt kunnen worden voor verfijnde diagnostiek. Zoals testen of vragenlijsten als: MMPI en NPV-e. Daarbij zal de DAPP-BQ een aanvullend beeld geven. Evenals observaties van naasten en andere (professioneel) betrokkenen. Ook kunnen krachten in kaart gebracht worden middels: SIPP-118, STiP-5.1, GAPD, Structureel Interview of Ontwikkelingsprofiel.
ADOLESCENTEN: MMPI(A)/ NPV-2/ NPV-J/ CBSA/ UCL/ FEEL-K/J/ DAPP-SF-A Dimensionale assessment van persoonlijkheids-pathologie bij adolescenten/ STiP-5.1/ PID-5/ evt. Projectief testmateriaal CAT/TAT of FID/ GVL (gezinsvragenlijst).
 4. Alle verzamelde informatie geeft beeldvorming van de krachten, klachten, patronen, problematiek van de cliënt. Deze tezamen genomen kan voldoende onderbouwing geven voor een DSM5 classificatie. Een op de cliënt afgestemde uitleg over de relevante DSM-5 classificatie en de behandelmogelijkheden zijn vanzelfsprekende onderdelen van het adviesgesprek.
ADOLESCENTEN: Het is wenselijk dat het systeem wordt betrokken bij het adviesgesprek.

Persoonlijkheidsstoornis/ -problematiek – Aangevuld voor adolescenten

Behandelinterventies

Gezien de veelzijdigheid van persoonlijkheidsstoornissen is er vaak een gespecialiseerde behandeling nodig. De behandeling wordt gestuurd vanuit een vastgesteld behandelplan, waarin via gezamenlijke besluitvorming tussen de behandelaar en de cliënt doelen zijn geformuleerd. Tevens kan samenwerken met naasten belangrijk zijn. Bovendien zullen behandelaars aandacht hebben voor kinderen en naasten van mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

De behandeling start met psycho-educatie over de gestelde classificatie.

Daarna worden de volgende behandelingen geadviseerd:

- (Psycho)Therapie
 - Cluster A en B problematiek kan er gedacht worden aan: *Schematherapie (ST)*.
 - Cluster C problematiek: *Schematherapie (ST)* en *Cognitieve Gedragstherapie (CGT)*.
- Sociaalpsychiatrische behandeling: wanneer psychotherapie (nog) niet mogelijk is.
- Farmacotherapie: er bestaan geen geneesmiddelen die voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen zijn geregistreerd. Als er al indicatie voor is, zal dit vooral gericht zijn op behandelbare deelaspecten of symptomen die samenhangen met de stoornis.

Binnen DOPPA Zorg zal bij start en gedurende het traject consistent gekeken worden naar welke behandelvorm het beste aansluit. Indien er sprake is van exclusiecriteria kan er in samenspraak met verwijzer doorverwezen worden naar o.a. Mediant (Boerhaavelaan) of Dimence.

Er wordt tevens gedurende de behandeling gewerkt, waar nodig, met een signaleringsplan. Daarbij worden de inclusie en exclusiecriteria in oog gehouden en bij crisis doorverwezen naar een desbetreffende organisatie.

ADOLESCENTEN: Het is absoluut aan te bevelen om het gezin en eventueel zelfs de school in de behandeling te betrekken. De interactie- en interventiepatronen bestaan wellicht al jaren thuis en op school. Verandering in de persoonlijkheid van de jongere kan ook voortborduren op veranderingen in de interactiepatronen van de omgeving met de jongere. Het betrekken van het gezin kan bovendien preventief werken voor (jongere) broertjes en zusjes.

Nazorg/ terugvalpreventie

De meeste psychotherapeutische interventies zijn gericht op 'herstel' door het op gang brengen van persoonlijke ontwikkeling en mentale groei. Herstel kan hierbij worden gezien als een individueel proces gericht op het (her)vinden van de persoonlijke identiteit en het (her)nemen van de regie op het leven.

De herstelvisie onderscheidt 4 aspecten van herstel die verbonden zijn:

- Symptomatisch herstel: gericht op de afname van symptomen.
- Functioneel herstel: gericht op het ontwikkelen van de executieve functies voor het dagelijks leven;
- Maatschappelijk herstel: gericht op het hervinden van een (sociale) rol in de maatschappij.
- Persoonlijk herstel: gericht op het leren inspelen op en het omgaan met de symptomen en stressvolle gebeurtenissen, het toenemen van zelfwaardering en daarmee regie ervaren over eigen leven.

De re-integratie van mensen met een persoonlijkheidsstoornis kent uitdagingen. Veelal is er sprake van: arbeidsongeschikt zijn of angst om weer deel te nemen aan het arbeidsproces. De eventuele druk vanuit de maatschappij heeft regelmatig een averechts effect. Tegelijkertijd kan werk bijdragen aan een gevoel van eigenwaarde en biedt school/studie en werk een dagstructuur. Het is belangrijk om als behandelaar oog te hebben voor beide aspecten in een geleidelijk nazorg proces.

Bij afbouw van behandeling zal er gezorgd worden voor een goede balans tussen afstand en nabijheid, waardoor kans op afhankelijkheid minimaal is en vergroten van zelfredzaamheid en zelfvertrouwen gestimuleerd wordt. Er wordt met de cliënt besproken welke hulpbronnen en krachten er liggen en hoe cliënt dit zelf kan inzetten in zijn dagelijkse leven. Er wordt met de cliënt een terugvalpreventieplan gemaakt. Bij afronding van de behandeling zal de (regie)behandelaar verantwoordelijk zijn de zorg over te dragen aan de cliënt zelf, naaste(n) of andere professionals.