

De prevalentie, ziektelast, structuur en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten¹

D.J. FEENSTRA, J. HUTSEBAUT

- ACHTERGROND** Clinici lijken terughoudend in het stellen van de diagnose van persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten. Bovendien is er nog weinig bekend over de diagnostiek en behandeling van adolescenten met een persoonlijkheidsstoornis.
- DOEL** Onderzoeken van de prevalentie, ziektelast, persoonlijkheidsstructuur en behandelbaarheid van persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten.
- METHODE** Adolescenten, aangemeld bij de Viersprong (n = 257), werden onderzocht op uiteenlopende variabelen. Van deze adolescenten werden er 133 opgenomen op de afdeling voor klinische psychotherapie voor adolescenten; zij werden tot een jaar na hun behandeling gevolgd.
- RESULTATEN** Persoonlijkheidsstoornissen kwamen veelvuldig voor bij de aangemelde adolescenten. De ervaren ziektelast was hoog. De structuur van de kerncomponenten die ten grondslag lag aan de persoonlijkheidsproblematiek bij adolescenten bleek vergelijkbaar met die van volwassenen. Adolescenten met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis profiteerden het meest van de klinische behandeling.
- CONCLUSIE** Persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten tonen meer overeenkomsten dan verschillen met persoonlijkheidsstoornissen bij volwassenen. Het lijkt van belang om bij aangemelde adolescenten na te gaan of er sprake is van persoonlijkheidsproblematiek om zo de meest passende vorm van behandeling aan te kunnen bieden.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)5, 319-325

TREFWOORDEN adolescenten, diagnostiek, klinische behandeling, persoonlijkheidsstoornissen



Persoonlijkheidsstoornissen worden bij jongeren zelden vastgesteld. Clinici lijken erg terughoudend bij het stellen van een dergelijke diagnose (Allertz & van Voorst 2007; Chanen & McCutcheon 2008). Redenen voor deze terughoudendheid lopen uiteen: het idee dat problemen in de adolescentie mogelijk vanzelf overgaan, deze levensfase sowieso erg woelig is, de diagnose stigmatiserend werkt of dat het stellen van een dergelijke diagnose simpelweg niet is toegestaan. De DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2000 p. 687) stelt echter dat persoonlijkheidsstoornissen ook bij kinderen en adolescenten vastgesteld mogen worden.

Diagnose bij jongeren

In de afgelopen decennia zijn meerdere studies verschenen die de betrouwbaarheid en de validiteit van de diagnose van een persoonlijkheidsstoornis bij adolescenten bevestigen. Deze studies toonden aan dat persoonlijkheidsstoornissen ook bij adolescenten veelvuldig voorkomen (zie Grilo e.a. 1998; Johnson e.a. 2000; Westen e.a. 2003). Ook werd gevonden dat adolescenten met een persoonlijkheidsstoornis, meer dan adolescenten met enkel een as I-stoornis (zoals een stemmings-, angst-, gedrags- of midde-lenstoornis) een verhoogd risico lopen op suïcidale gedachten en suïcidepogingen (Braun-Scharm 1996; Wes-

ten e.a. 2003), problemen op school (Westen e.a. 2003), gedragsproblemen (Johnson e.a. 2005), middelenmisbruik (Serman e.a. 2002) en risicovol seksueel gedrag (Lavan & Johnson 2002). Ook maken zij frequenter gebruik van hulpverlening en medicijnen (Kasen e.a. 2007).

Adolescenten met een persoonlijkheidsstoornis ontwikkelen zich, vaker dan adolescenten zonder stoornis of met enkel een as I-stoornis, tot kwetsbare volwassenen (Chen e.a. 2006; Daley e.a. 1999; 2006; Johnson e.a. 1999; 2004; 2005; Levy e.a. 1999). Toch worden adolescenten niet besproken in richtlijnen voor de diagnostiek of behandeling van persoonlijkheidsstoornissen (Landelijke Stuurgroep Richtlijnontwikkeling in de GGZ 2008); ook is er weinig bekend over de effectiviteit van behandelprogramma's voor deze specifieke doelgroep.

Behandeling bij jongeren

Chanen e.a. (2008) waren de eersten die, in een gerandomiseerde studie, de langetermijneffecten beschreven van een behandelprogramma voor adolescenten met kenmerken van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS). Zij vergeleken de effecten van cognitieve analytische therapie (CAT) met goede klinische zorg. Goede klinische zorg was een gestandaardiseerde behandeling, die speciaal werd ontwikkeld voor dit onderzoek. Er werden geen verschillen gevonden tussen de groepen; echter, er was enige evidentie voor een snellere verbetering in de CAT-groep.

Schuppert e.a. (2009) onderzochten de effectiviteit van emotieregulatietraining (ERT) specifiek ontwikkeld voor adolescenten met kenmerken van BPS. Patiënten werden toegewezen aan ERT in combinatie met *treatment as usual* (TAU) of enkel aan TAU. In beide condities lieten de adolescenten verbeteringen zien van borderlinekenmerken.

Onlangs presenteerden Rossouw en Fonagy (2012) de resultaten van de eerste gerandomiseerde gecontroleerde trial naar *mentalization-based treatment* (MBT) bij adolescenten. MBT werd vergeleken met TAU en bleek meer effectief in het verminderen van zelfbeschadigend gedrag en depressie. Andere aanpassingen van MBT voor adolescenten werden beschreven (zie bijvoorbeeld Asen & Bevington 2007; Bleiberg 2001), maar werden nog niet systematisch onderzocht.

Rathus en Miller (2002) onderzochten de effectiviteit van dialectische gedragstherapie (DGT) door DGT met TAU te vergelijken. Zij vonden grotere effecten in de DGT-groep. Fleischhaker e.a. (2006) bestudeerden de effecten van DGT in een pre-postvergelijking en vonden dat symptomen afnamen gedurende de behandeling. Van geen van deze behandelingen werden de effecten op lange termijn onderzocht.

AUTEURS

DINEKE FEENSTRA, senior onderzoeker en gezondheidszorgpsycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog, de Viersprong, landelijk centrum voor persoonlijkheidsproblematiek, Halsteren.

JOOST HUTSEBAUT, senior onderzoeker en klinisch psycholoog, de Viersprong, landelijk centrum voor persoonlijkheidsproblematiek, Halsteren.

CORRESPONDENTIEADRES

Dineke Feenstra, de Viersprong, Postbus 7, 4660 AA Halsteren.

E-mail: dineke.feenstra@deviersprong.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-10-2013.

Vraagstelling eigen onderzoek

Het doel van dit onderzoek was om persoonlijkheidsstoornissen bij jongeren beter te leren begrijpen. Hiertoe werden de prevalentie, persoonlijkheidsstructuur en behandelbaarheid van persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten onderzocht. De volgende onderzoeksvragen kwamen aan bod:

- Wat is de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten die verwezen werden voor specialistische psychotherapie?
- Wat is de ziektelast van persoonlijkheidsstoornissen bij deze jongeren?
- Is de structuur van de kerncomponenten van (dis)adaptief persoonlijkheidsfunctioneren bij adolescenten vergelijkbaar met de structuur die gevonden werd bij volwassenen?
- Kan behandeling verlichting bieden voor deze adolescenten?
- Wat zijn de langetermijneffecten van behandeling?

TRAP-studie

Dit onderzoek maakt deel uit van de TRAP-studie: een uitkomst- en processtudie over een lange termijn bij therapieresistente adolescenten met persoonlijkheidsproblematiek. Deze studie werd uitgevoerd binnen de jeugdafdeling van de Viersprong. De Viersprong is een landelijk centrum dat gespecialiseerd is in de diagnostiek en behandeling van jongeren en volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen. De jeugdafdeling biedt ambulante, deeltijd- en klinische behandelingen aan jongeren van 14 tot 19 jaar oud. Over het algemeen worden patiënten naar de Viersprong verwezen vanuit heel Nederland vanwege complexe pro-

blematiek die resistent lijkt te zijn tegen ambulante behandelingen (gewoonlijk gericht op het behandelen van as I-problematiek).

Voor inclusie kwamen jongeren in aanmerking die werden verwezen naar de Viersprong tussen mei 2006 en maart 2008. Inclusiecriteria voor de studie (en de klinische afdeling) waren: de aanwezigheid van ernstige al langer bestaande klachten, die leidden tot klinisch significant lijden en beperkingen op sociaal vlak en in het functioneren op school. Exclusiecriteria waren chronische psychotische stoornissen, aangeboren hersenletsel en/of een verstandelijke beperking. Geen van de verwezen patiënten werd overigens geëxcludeerd op basis van deze criteria. In totaal 257 adolescenten werden geïncludeerd in deze studie.

Van deze adolescenten werden er 133 (51,8%) opgenomen op de Viersprong, 109 van hen werden opgenomen op de afdeling Klinische Psychotherapie voor Adolescenten (KPA). Deze 109 jongeren werden tijdens en na hun opname op de KPA (een intensief 12-maandsprogramma) gevolgd. De meeste van deze adolescenten werden verwezen door een tweedelijnsinstelling (> 60%), wat een indicatie geeft voor de ernst van de stoornis. Op één na hadden alle jongeren al eerdere behandelingen gehad, gericht op hun psychische klachten. Jongeren ervoeren reeds klachten en zochten voor het eerst hulp meerdere jaren voor hun aanmelding bij de Viersprong.

RESULTATEN

Prevalentie

Eerder Amerikaans onderzoek heeft laten zien dat ongeveer de helft van de adolescenten in een klinische setting lijdt aan een persoonlijkheidsstoornis (Grilo e.a. 1998). Om te onderzoeken of dit percentage ook geldt voor een Europese populatie werden 257 adolescenten die aangemeld werden voor specialistische psychotherapie onderworpen aan semigestructureerde interviews om as I- en as II-stoornissen te meten. De bevindingen werden eerder gepubliceerd: Feenstra 2012, hoofdstuk 3; Feenstra e.a. 2011a. As I-stoornissen werden in kaart gebracht met de Nederlandse editie van het *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Child Version* – (kindinterview) (ADIS-C; Siebelink & Treffers 2001) aangevuld met delen uit het gestructureerd klinisch interview voor de vaststelling van DSM-IV-as I-stoornissen (SCID I; van Groenestijn e.a. 1999). As II-stoornissen werden in kaart gebracht met het gestructureerd klinisch interview voor de vaststelling van DSM-IV-as II-persoonlijkheidsstoornissen (SCID II; Weertman e.a. 2000). Interviews werden afgenomen door psychologen die getraind waren door de eerste auteur van de Nederlandse vertaling van de SCID II (A.W.). De interviewers hadden elke twee weken

boostersessies om afwijken van de richtlijn te voorkomen. Ongeveer 40% van de aangemelde adolescenten voldeed aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis. De meeste adolescenten met een persoonlijkheidsstoornis (78,9%) voldeden tevens aan de criteria van één of meerdere stoornissen op as I. Met prevalentiecijfers van 22,6 en 12,5% respectievelijk kwamen de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis het vaakst voor. Een groot gedeelte van de gehele steekproef (15,6%) voldeed niet aan de formele criteria van een van de specifieke persoonlijkheidsstoornissen, maar voldeed wel aan 5 tot 9 trekken van verschillende persoonlijkheidsstoornissen.

In deze studie werd gebruikgemaakt van het in wetenschappelijke studies gehanteerde afkappunt van 10 trekken van persoonlijkheidsstoornissen om de diagnose persoonlijkheidsstoornis niet anderszins omschreven (NAO) vast te stellen. Bij het hanteren van een lager afkappunt van 5 trekken (waarvoor Verheul e.a. (2007) evidentie vonden dat dit aantal tot eenzelfde beperking in het functioneren zou leiden als 10 trekken), zou 56% van de adolescenten voldoen aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis.

De gevonden resultaten komen overeen met eerdere studies bij zowel adolescenten (zie o.a. Grilo e.a. 1998; Westen e.a. 2003) als volwassenen (zie Verheul & van den Brink 1999). De overeenkomsten tussen Europese en Noord-Amerikaanse studies geven verdere evidentie voor de generaliseerbaarheid over verschillende landen van de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten.

Ziektelast

Persoonlijkheidsstoornissen bij volwassenen gaan gepaard met een lage kwaliteit van leven (Soeteman e.a. 2008a) en hoge kosten (Soeteman e.a. 2008b). Wij gingen na of de ziektelast bij adolescenten met een persoonlijkheidsstoornis vergelijkbaar was met die bij volwassenen met een dergelijke stoornis (Feenstra 2012, hoofdstuk 4; Feenstra e.a. 2012). Daartoe werden bij 133 adolescenten die opgenomen waren bij de Viersprong in kaart gebracht de kwaliteit van leven (EuroQol EQ-5D; Brooks e.a. 2003) en de kosten (*Trimbos and Institute for Medical Technology Assessment Questionnaire on Costs Associated with Psychiatric Illness*; Hakkaart-van Roijen 2002).

Adolescenten met een persoonlijkheidsstoornis ervoeren een lage kwaliteit van leven (EQ-5D-indexscore: 0,55), vergelijkbaar met de kwaliteit van leven gemeten bij volwassenen met een persoonlijkheidsstoornis (Soeteman e.a. 2008a). De kwaliteit van leven was negatief geassocieerd met de ernst van de persoonlijkheidsstoornissen.

De geschatte directe medische kosten in het jaar voorafgaand aan opname waren € 14.032,- per adolescent. Deze

kosten bestonden voornamelijk uit kosten voor klinische en ambulante geestelijke gezondheidszorg. De geschatte directe kosten voor adolescenten waren hoger dan de totale kosten bij volwassenen (Soeteman e.a. 2008b), bij wie ook indirecte kosten (zoals kosten door verzuim op werk) waren meegenomen. De gevonden kosten voor adolescenten zijn derhalve een onderschatting van de daadwerkelijke kosten doordat indirecte kosten (door bijvoorbeeld schoolverzuim) hierin niet zijn meegenomen. De gevonden resultaten geven aan dat de ziektelast onder jongeren met een persoonlijkheidsstoornis hoog is. Deze hoge last vormt een sterk argument voor verdere ontwikkeling van (kosten)effectieve behandelingen voor deze populatie.

Structuur van de kerncomponenten

Is de structuur van de kerncomponenten van (dis)adaptief persoonlijkheidsfunctioneren bij adolescenten vergelijkbaar met die bij volwassenen? Om deze vraag te kunnen beantwoorden onderzochten wij de psychometrische eigenschappen van de *Severity Indices of Personality Problems* (SIPP-118; Verheul e.a. 2008) bij verschillende steekproeven van adolescenten (Feenstra 2012, hoofdstuk 5; Feenstra e.a. 2011b).

De SIPP-118 is een zelfrapportagevragenlijst die de kerncomponenten van persoonlijkheidsfunctioneren beoogt te meten. De SIPP-118 werd ontwikkeld en gevalideerd in een volwassen populatie. Bij volwassenen bleken de 16 facetten van de SIPP-118 te passen binnen een structuur van 5 hogere domeinen: zelfcontrole, identiteitsintegratie, relationele capaciteiten, sociale concordantie en verantwoordelijkheid. Deze structuur werd gerepliceerd in onderzoek naar een steekproef van adolescenten. Facetten bleken tevens homogeen te zijn; de alfa-coëfficiënten lagen tussen de 0,62 en 0,89. De facetscores waren lager, en dus meer pathologisch, voor de patiëntenpopulatie. Binnen de onderzochte patiëntenpopulaties waren facetscores lager voor de adolescenten met een persoonlijkheidsstoornis, dan voor adolescenten zonder persoonlijkheidsstoornis. Facetscores konden derhalve deze populaties van elkaar onderscheiden. Samengevat: de SIPP-118 lijkt een beloftevol instrument om de kerncomponenten van persoonlijkheidsstoornissen ook bij adolescenten te meten.

Effect behandeling

Van de 133 adolescenten die in behandeling kwamen bij de Viersprong werden er 109 opgenomen op de Klinische Psychotherapieafdeling voor Adolescenten (KPA). De KPA is een intensief 12 maanden durend behandelprogramma voor jongeren met persoonlijkheidsstoornissen. De jongeren vulden bij de start en bij het einde van hun behandeling vragenlijsten in om klachten (*Brief Symptom Inventory* (BSI;

de Beurs 2006)), kwaliteit van leven (Euroqol EQ-5D; Brooks e.a. 2003) en persoonlijkheidsfunctioneren (SIPP-118; Verheul e.a. 2008) te meten (Feenstra 2012, hoofdstuk 6; Feenstra e.a. 2014a).

De adolescenten rapporteerden op groepsniveau aan het einde van hun behandeling significant minder klachten, een significant hoger niveau van persoonlijkheidsfunctioneren en een significant hogere kwaliteit van leven. Als we keken naar klinisch betekenisvolle veranderingen ($n = 65$), dan kwam naar voren dat ongeveer 40% van de adolescenten een significante verbetering liet zien op klachtniveau (gemeten met de BSI). Bij 29% van de adolescenten verschoof de pathologisch genormeerde naar een niet-afwijkende score op de BSI. Bij 26% van de adolescenten zagen wij zowel een significante verbetering als een verschuiving naar een normale score op de BSI. Bij 6 adolescenten zagen wij aan het eind van hun behandeling een verslechtering op basis van hun BSI-score.

Langetermijneffecten behandeling

De 109 opgenomen adolescenten vulden bij de start van de behandeling en 6, 12 en 24 maanden erna diverse vragenlijsten in (Feenstra 2012, hoofdstuk 7; Feenstra e.a. 2014b). De adolescenten lieten als groep een significante verbetering zien wat betreft het symptoomniveau (BSI) en het niveau van persoonlijkheidsfunctioneren (SIPP-118) bij 24 maanden na start behandeling. Als we keken naar klinisch betekenisvolle veranderingen 24 maanden na de start van de behandeling ($n = 40$), werd duidelijk dat 45% van de adolescenten een significante verbetering liet zien op de BSI. Bij 35% van de adolescenten verschoof de pathologische score naar een normale score op de BSI. Ongeveer 27% van de adolescenten liet zowel een significante verbetering als een verschuiving naar een normale score op de BSI zien. Vier adolescenten lieten een verslechtering zien op basis van hun BSI-score. De jongeren die het meest profiteerden van de klinische behandeling werden gekenmerkt door hogere niveaus van afhankelijkheid, gemeten met de *Depressieve Ervaringen Vragenlijst Adolescentenversie* (DEV-A; Luyten P, Corveleyn J, Blatt SJ, schriftelijke mededeling 1997), of door hogere aantallen persoonlijkheidstrekken uit het C-cluster (gemeten met de SCID II).

Hoewel de klinische behandeling effectief kan zijn voor een bepaalde groep adolescenten, lieten de gemiddelde behandelresultaten op langere termijn een bescheiden effect zien. Gezien de hoge kosten van een klinische behandeling is de ontwikkeling van aanpassingen en van richtlijnen voor de indicatiestelling aangewezen om ervoor te zorgen dat een dergelijk klinisch programma een kosteneffectieve behandeling kan zijn ten opzichte van ambulante behandelprogramma's.

DISCUSSIE

Met dit onderzoek beogen wij een bijdrage te leveren aan de kennis over persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten door de prevalentie, persoonlijkheidsstructuur en behandelbaarheid van persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten te onderzoeken.

Persoonlijkheidsstoornissen bij jongeren en volwassenen vergelijkbaar

De resultaten uit het beschreven onderzoek dragen bij aan het beeld dat persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten meer overeenkomsten vertonen met persoonlijkheidsstoornissen bij volwassenen dan dat er verschillen zouden zijn. Prevalentiestudies naar het voorkomen van persoonlijkheidsstoornissen laten gelijkwaardige cijfers zien bij jongeren en volwassenen, zowel in de algemene populatie (Johnson e.a. 2000; Verheul & van den Brink 1999) als in klinische populaties (Grilo e.a. 1998; Westen e.a. 2003). De ervaren ziektelast is eveneens vergelijkbaar in beide leeftijdsgroepen.

Daarnaast is de structuur van de kerncomponenten van persoonlijkheidsfunctioneren bij adolescenten vergelijkbaar met de structuur die gevonden werd bij volwassenen. Dit suggereert dat de structuur onderliggend aan persoonlijkheidsstoornissen dezelfde is. De kenmerken die persoonlijkheidsstoornissen definiëren bij volwassenen lijken ook bij een bepaalde groep adolescenten als zodanig voor te komen. Deze kenmerken lijken tevens op eenzelfde manier gegroepeerd te zijn in beide leeftijdscategorieën. Dit suggereert dat persoonlijkheidsstoornissen zich gedurende het hele leven lijken te ontwikkelen, met wortels in de adolescentie en mogelijk al in de kindertijd. Persoonlijkheidsstoornissen presenteren zich hoogstwaarschijnlijk anders in verschillende levensfasen, maar de onderliggende processen en structuren lijken gelijkwaardig.

Klinische implicaties

De resultaten uit dit onderzoek hebben ook klinische implicaties. Zo lijkt de diagnose van persoonlijkheidsstoornissen ook bij adolescenten klinisch bruikbaar te zijn. Met deze diagnose kan men een belangrijke subgroep van adolescenten met ernstige problemen identificeren (Braun-Scharm 1996; Johnson e.a. 2005; Kasen e.a. 2007; Lavan & Johnson 2002; Serman e.a. 2002; Westen e.a. 2003) en de diagnose lijkt een voorspellende waarde te hebben voor de prognose en het beloop (Chen e.a. 2006; Daley e.a. 1999; 2006; Johnson e.a. 1999; 2004; 2005; Levy e.a. 1999). Immers, deze adolescenten ontwikkelen zich tot kwetsbare volwassenen. Een hoge prevalentie, hoge ziektelast en responsiviteit ten aanzien van behandeling werden geobserveerd.

Het routinematig diagnosticeren van persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten zal echter een substantiële verandering in de houding van klinici vereisen. Het erkennen van de ernst van de stoornis bij deze adolescenten zal mogelijk een voorwaarde zijn voor de effectieve ontwikkeling van behandelprogramma's voor deze groep. Nog steeds is er immers weinig bekend over effectieve behandelvormen voor adolescenten met persoonlijkheidsstoornissen.

Onze resultaten lijken ervoor te pleiten dat behandelprogramma's ontwikkeld voor volwassenen met persoonlijkheidsproblemen ook zouden kunnen werken bij adolescenten. De onderliggende structuren van persoonlijkheidsstoornissen lijken immers overeen te komen. Ervaring heeft ons inmiddels geleerd dat we deze behandelprogramma's substantieel moeten aanpassen om ze bruikbaar te maken bij adolescenten (en hun families). Aanpassingen aan de ontwikkelingsfase en de systemische context zullen noodzakelijk zijn.

De bevindingen uit dit onderzoek suggereren verder dat adolescenten met verschillende types persoonlijkheidsstoornissen op een andere manier zullen profiteren van diverse behandelprogramma's. Adolescenten met cluster C-persoonlijkheidsstoornissen bleken, evenals volwassenen met deze problematiek, het meest te profiteren van een klinische behandeling. Adolescenten met cluster B-problematiek profiteren mogelijk meer van een deeltijd- of ambulante behandeling. Voor een juiste indicatiestelling lijkt het dus van belang om de aard van de persoonlijkheidsproblematiek goed in kaart te brengen.

Dit onderzoek draagt bij aan de kennis over persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten. Toch is er nog veel wat onbekend blijft. We bevelen verder onderzoek naar dit onderwerp dan ook van harte aan. Het onderzoek dat gedaan is, maakte meestal gebruik van de criteria voor persoonlijkheidsstoornissen bij volwassenen. Het zou zeer de moeite waard zijn om te investeren in onderzoek naar de juiste criteria om persoonlijkheidsproblematiek bij adolescenten te beschrijven. Verder is onderzoek naar de effectiviteit van behandelprogramma's voor deze doelgroep noodzakelijk.

NOOT

1 Dit artikel is een samenvatting van de voornaamste bevindingen uit het proefschrift van Dineke Feenstra: *Personality disorders in adolescents: prevalence, burdens, assessment, and treatment*. Rotterdam: Erasmus Universiteit; 2012.

LITERATUUR

- Allertz A, van Voorst, G. Personality disorders from the perspective of child and adolescent psychiatry. In: van Luyn B, Akhtar S, Livesley WJ, red. Severe personality disorders: everyday issues in clinical practice. New York: Cambridge University Press; 2007. p. 79-92.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition, text revision). Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Asen E, Bevington D. Barefoot practitioners: a proposal for a manualized, home-based Adolescent in Crisis Intervention Project. In: Baruch G, Fonagy P, Robins D, red. Reaching the Hard to Reach. Chichester: Wiley; 2007.
- Beurs E de. Brief Symptom Inventory (BSI): Handleiding. Leiden: PITS BV; 2006.
- Bleiberg E. Treating Personality disorders in children and adolescents: a relational approach. New York: Guilford press; 2001.
- Braun-Scharm H. Suicidality and personality disorders in adolescence. *Crisis* 1996; 17: 64-8.
- Brooks R, Rabin R, de Charro F. The measurement and valuation of health status using EQ-5D: a European perspective. London: Kluwer; 2003.
- Chanen AW, McCutcheon LK. Complex case. Personality disorder in adolescence: the diagnosis that dare not speak its name. *Personal Ment Health* 2008; 2: 35-41.
- Chanen AW, Jackson HJ, McCutcheon LK, Jovev M, Dudgeon P, Yuen HP, e.a. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008; 193: 477-84.
- Chen H, Cohen P, Kasen S, Johnson JG. Adolescent axis I and personality disorders predict quality of life during Young adulthood. *J Adolesc Health* 2006; 39: 14-9.
- Daley SE, Rizzo CJ, Gunderson BH. The longitudinal relation between personality disorder symptoms and depression in adolescence: the mediating role of interpersonal stress. *J Pers Disord* 2006; 20: 352-68.
- Daley SE, Hammen C, Burge D, Davilla J, Paley B, Lindberg N, e.a. Depression and axis II symptomatology in an adolescent community sample: concurrent and longitudinal associations. *J Pers Disord* 1999; 13: 47-59.
- Feenstra DJ. Personality disorders in adolescents: prevalence, burden, assessment, and treatment. Rotterdam: Erasmus Universiteit; 2012.
- Feenstra DJ, Busschbach JJV, Verheul R, Hutsebaut J. Prevalence and comorbidity of Axis I and Axis II disorders among treatment refractory adolescents admitted for specialized psychotherapy. *J Pers Disord* 2011a; 24: 842-850.
- Feenstra DJ, Hutsebaut J, Laurensen EMP, Verheul R, Busschbach JJV, Soeteman DI. The burden of disease among adolescents with Personality pathology: quality of life and costs. *J Pers Disord* 2012; 26: 593-604.
- Feenstra DJ, Hutsebaut J, Verheul R, Busschbach JJV. Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118) in adolescents: reliability and validity. *Psychol Assess* 2011b; 23: 646-55.
- Feenstra DJ, Laurensen EMP, Hutsebaut J, Verheul R, Busschbach JJV. Predictors of treatment outcome of Inpatient Psychotherapy for Adolescents (IPA) with personality pathology. *Personal Ment Health* 2014a; 8: 102-14.
- Feenstra DJ, Laurensen EMP, Timman R, Verheul R, Busschbach JJV, Hutsebaut J. Long-term outcome of inpatient psychotherapy for adolescents (IPA) with personality pathology. *J Pers Disord* 2014b; DOI: 10.1521/pedi_2014_28_132.
- Fleischhaker C, Munz M, Böhme R, Sixt B, Schulz E. Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) – eine Pilotstudie zur Therapie von Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzenden Verhaltensweisen bei Patientinnen mit Symptomen einer Borderlinestörung. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2006; 34: 15-25.
- Grilo CM, McGlashan TH, Quinlan DM, Walker ML, Greenfeld D, Edell WS. Frequency of personality disorders in two age cohorts of psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 140-2.
- Groenestijn MAC van, Akkerhuis GW, Kupka RW, Schneider N, Nolen WA. Gestructureerd klinisch interview voor de vaststelling van DSM-IV as I stoornissen. Amsterdam: Harcourt Test Publishers; 1999.
- Hakkaart-van Roijen L. Handleiding Trimbos/ iMTA Questionnaire for Costs Associated with Psychiatric Illness. Rotterdam: Institute for Medical Technology Assessment; 2002.
- Johnson JG, Chen H, Cohen P. Personality disorder traits during adolescence and relationships with family members during the transition to adulthood. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 923-32.
- Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Hamagami F, Brook JS. Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 265-75.
- Johnson JG, Cohen P, Skodol AE, Oldham JM, Kasen S, Brooks JS. Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 805-11.
- Johnson JG, First MB, Cohen P, Skodol AE, Kasen S, Brook JS. Adverse outcomes associated with personality disorder not otherwise specified in a community sample. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1926-32.
- Kasen S, Cohen P, Skodol AE, First MB, Johnson JG, Brook JS, e.a. Comorbid personality disorder and treatment use in a community sample of youths: a 20-year follow up. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115: 56-65.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2008.
- Lavan H, Johnson JG. The association between axis I and axis II psychiatric symptoms and high-risk sexual behavior during adolescence. *J Pers Disord* 2002; 16: 73-94.
- Levy KN, Becker DF, Grilo CM, Mattanah JJ, Garnet KE, Quinlan DM, e.a. Concurrent and predictive validity of the personality disorder diagnosis in adolescent inpatients. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1522-8.
- Rathus JH, Miller AL. Dialectical behaviour therapy adapted for suicidal adolescents.

- Suicide Life Threat Behav 2002; 32: 146-57.
- Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomised control trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 52: 1304-13.
 - Schuppert HM, Giesen-Bloo J, van Gemert TG, Wiersma HM, Minderaa RB, Emmelkamp PMG, e.a. Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents – a randomized controlled pilot study. *Clin Psychol Psychother* 2009; 16: 467-78.
 - Serman N, Johnson JG, Geller PA, Kanost RE, Zacharapoulou H. Personality disorders associated with substance abuse among American and Greek adolescents. *Adolescence* 2002; 37: 841-54.
 - Siebelink BM, Treffers PhDA. Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV child version, kind interview. Lisse: Swets & Zeitlinger; 2001.
 - Soeteman DI, Hakkaart-van Roijen L, Verheul R, Busschbach JJV. The economic burden of personality disorders in mental health care. *J Clin Psychiatry* 2008b; 69: 259-65.
 - Soeteman DI, Verheul R, Busschbach JJV. The burden of disease in personality disorders: diagnosis-specific quality of life. *J Pers Disord* 2008a; 22: 259-68.
 - Verheul R, Brink W van den. Persoonlijkheidsstoornissen. In: Jong A de, Brink W van den, Ormel J, Wiersma D, red. *Handboek psychiatrisch epidemiologie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom; 1999. p. 347-78.
 - Verheul R, Bartak A, Widiger T. Prevalence and construct validity of personality disorder not otherwise specified (PDNOS). *J Pers Disord* 2007; 21: 359-70.
 - Verheul R, Andrea H, Berghout CC, Dolan C, Busschbach JJV, Van der Kroft PJA, e.a. Severity Indices for Personality Problems (SIPP-118): development, factor structure, reliability, and validity. *Psychol Assess* 2008; 20: 23-34.
 - Weertman A, Arntz A, Kerkhofs M. *Gestructureerd klinisch interview voor DSM-IV as II persoonlijkheidsstoornissen*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers; 1996.
 - Westen D, Shedler J, Durett C, Glass S, Martens A. Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 952-66.

SUMMARY

The prevalence, burden, structure and treatment of personality disorders in adolescents

D.J. FEENSTRA, J. HUTSEBAUT

- BACKGROUND** Clinicians seem hesitant about diagnosing personality disorders in adolescents. Furthermore, little is known about the assessment and treatment of adolescents with personality disorders.
- AIM** To investigate the prevalence, burden, structure, and treatability of personality disorders in adolescents.
- METHOD** 257 adolescents, referred to De Viersprong (the Dutch national centre for personality disorders), were tested on different variables. 133 of them were admitted to the inpatient psychotherapy unit for adolescents and were followed for a period of one year after treatment.
- RESULTS** Personality disorders were frequently present in the referred adolescents. The burden of disease was high. The structure of the core components underlying personality pathology in adolescents was similar to the structure found in adults. Adolescents with a cluster C personality disorder profited most from the inpatient treatment.
- CONCLUSION** There appear to be more similarities than differences between personality disorders in adolescents and adults. It seems important to assess personality pathology in referred adolescents so that the most suitable treatment can be provided.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)5, 319-325

KEY WORDS adolescents, assessment, inpatient treatment, personality disorders