

NMG

NATIONALE MONITOR GEESTELIJKE GEZONDHEID

JAARBOEK 2006

SOCIALE FOBIE, DISSOCIATIEVE IDENTITEITSSTOORNIS,
GEDRAGSSTOORNIS (CD) EN OPPOSITIONEEL-
OPSTANDIGE GEDRAGSSTOORNIS (ODD),
AFHANKELIJKE PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS

 Trimbos
instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

NATIONALE MONITOR GEESTELIJKE GEZONDHEID

JAARBOEK 2006

Trimbos-instituut

Utrecht, 2006

COLOFON

Redactie:

dr. Hedda van 't Land
prof. dr. Corine de Ruiter

Met bijdragen van:

drs. Saskia van Dorsselaer
dr. ir. Ron de Graaf
dr. Margreet ten Have
dr. Hedda van 't Land

Met medewerking van:

Angita Peterse

Productie begeleiding:

Frédéric Zolnet

Vormgeving en druk

Ladenius Communicatie BV, Houten

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl,
of bij het Trimbos-instituut, Afdeling bestellingen,
Postbus 725, 3500 AS Utrecht, 030-297 11 80; fax: 030-297 11 11;
e-mail: bestel@trimbos.nl. Onder vermelding van artikelnummer AF0716.
U krijgt een factuur voor de betaling.

ISBN 13 978-90-5253-583-8

© 2007 Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Trimbos-instituut.

Jaarboek NMG 2006

nmg@trimbos.nl

LEDEN VAN DE WETENSCHAPPELIJKE RAAD

Wetenschappelijke Raad:

prof. dr. Paul Schnabel, SCP (voorzitter Wetenschappelijke Raad van de NMG)
prof. dr. Aartjan Beekman, VU Amsterdam, Trimbos-instituut
prof. dr. Wim van den Brink, UvA Amsterdam
drs. Wim Brunenberg, Ministerie van VWS (waarnemer)
dr. Alfons Crijnen, EMC Rotterdam
prof. dr. Hans Koot, VU Amsterdam
prof. dr. Jan Neeleman, UMC Utrecht
prof. dr. Hans Ormel, RUG Groningen
prof. dr. Jim van Os, UM Maastricht
mr. Mady Samuels, Ministerie van VWS (waarnemer)
prof. dr. Frank Verhulst, EMC Rotterdam
prof. dr. Durk Wiersma, RUG Groningen

Toegevoegde referenten:

prof.dr. Ton van Balkom, VU MC/GGZ Buitenamstel
prof.dr. Theo Doreleijers, VU MC
prof.dr. Onno van der Hart, Universiteit Utrecht
dr. Carol van Velzen, UMC Groningen

Bureau NMG:

prof. dr. Corine de Ruiter, Trimbos-instituut, Universiteit Maastricht (coördinator NMG)
dr. Hedda van 't Land, Trimbos-instituut (secretaris NMG)
Angita Peterse, Trimbos-instituut (informatie-specialist)

LIJST VAN AFKORTINGEN

ADHD	Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder
ADIS-C	Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV/ Child version
APA	American Psychiatric Association
CD	Conduct Disorder (CD)
CIDI	Composite international diagnostic interview
DALY	Disability-adjusted life years
DISC	Diagnostic Interview Schedule for Children
DSK	Dynamisch Stress Kwetsbaarheidmodel
DSM-IV-TR	Diagnostic Statistical Manual, vierde versie, tekst revisie
ECT	Electroconvulsie Therapie
EV	Exposure in Vivo
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HPA-as	Hypothalamus-hypofyse-bijnier-as
ICD-10	International Classification of Diseases
IOA	Inventarisatielijst omgaan met anderen
K-SADS	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children
LSAS	Liebowitz Social Anxiety Scale
MAO-remmer	Klassieke MonoAmino Oxidase remmers
MINI	Mini-International diagnostic interview
MMO	Monitor Maatschappelijke Opvang
MRI	Magnetic Resonance Imaging
NDM	Nationale Drug Monitor
NFGV	Nationaal Fonds Geestelijke Gezondheid
NMG	Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid
NAO	Persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
ODD	Oppositional Defiant Disorder
RCT's	Randomized Controlled Trials
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SCAN	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
SCARED	Screen for Child Anxiety Relaxed Emotional Disorders
SCAS	Spence Children's Anxiety Scale
SES	Sociaal-economische status
SIG	Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag
SSRI's	Selectieve Serotonine-heropname-remmers

TCA
VGCT
VWS
WHO

Tricyclische Antidepressiva
Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie
Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
Wereld Gezondheidsorganisatie

INHOUDSOPGAVE

LEDEN VAN DE WETENSCHAPPELIJKE RAAD	3
LIJST VAN AFKORTINGEN	5
1 INLEIDING	9
1.1 Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid	9
1.2 Jaarboek NMG 2006	11
1.3 Kernvragen en kernindicatoren	13
1.4 De psychiatrische diagnose volgens de DSM-IV-TR	15
1.5 De persoonlijkheidsstoornissen op As-2	17
1.6 De drie clusters persoonlijkheidsstoornissen	19
2 SOCIALE FOBIE	23
2.1 Wat is sociale fobie?	23
2.2 Hoe vaak komt sociale fobie voor en bij wie?	26
2.3 Hoe verloopt sociale fobie?	28
2.4 Komen er bij sociale fobie nog andere aandoeningen voor?	29
2.5 Wat zijn de gevolgen van sociale fobie?	30
2.6 Hoe ontstaat sociale fobie?	31
2.7 Kan sociale fobie worden voorkomen?	32
2.8 Hoe wordt sociale fobie vastgesteld?	33
2.9 Is sociale fobie behandelbaar? Een samenvatting	35
2.10 Kan sociale fobie worden behandeld met medicijnen?	38
2.11 Kan sociale fobie met psychologische interventies worden behandeld?	43
2.12 Welke andere hulp is denkbaar voor en rond mensen met sociale fobie?	47
3 DISSOCIATIEVE IDENTITEITSSTOORNIS (DIS)	55
3.1 Wat is DIS?	55
3.2 Hoe vaak komt DIS voor en bij wie?	58
3.3 Hoe verloopt DIS?	59
3.4 Komen er bij DIS nog andere aandoeningen of klachten voor?	60
3.5 Wat zijn de gevolgen van DIS?	61

4	GEDRAGSSTOORNIS (CD) EN OPPOSITIONEEL-OPSTANDIGE GEDRAGSSTOORNIS (ODD)	65
4.1	Wat zijn CD en ODD?	65
4.2	Hoe vaak komen CD en ODD voor en bij wie?	70
4.3	Hoe verlopen CD en ODD?	74
4.4	Komen er bij CD en ODD nog andere aandoeningen voor?	76
4.5	Wat zijn de gevolgen van CD en ODD?	78
5	AFHANKELIJKE PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS	85
5.1	Wat is een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis?	85
5.2	Hoe vaak komt de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis voor en bij wie?	87
5.3	Hoe verloopt de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis?	89
5.4	Komen er bij de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis nog andere aandoeningen voor?	90
5.5	Wat zijn de gevolgen van de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis?	91

1 INLEIDING

1.1 NATIONALE MONITOR GEESTELIJKE GEZONDHEID

In april 2002 liet de Minister van VWS de Tweede Kamer weten dat de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid (NMG) een feit was geworden. Daarmee bestaan er voor het terrein van de geestelijke volksgezondheid nu drie monitors. Naast de NMG zijn dat de in 1999 opgerichte Nationale Drug Monitor (NDM) en de Monitor Maatschappelijke Opvang (MMO), opgericht in 2000. Alle genoemde monitoren worden ondersteund door het Trimbos-instituut, het landelijke kenniscentrum op het gebied van de GGZ, verslavingszorg en maatschappelijke zorg.

Over de geestelijke gezondheid worden in Nederland en in het buitenland gegevens verzameld van uiteenlopende aard, kwaliteit en duurzaamheid. De NMG beoogt op gezaghebbende wijze het overzicht te verkrijgen en te behouden, eenheid van taal te bewerkstelligen en ontbrekende informatie waar nodig te benoemen en te verzamelen. Kortom, het doel is samenhangende, eenduidige en relevante informatie aan verschillende groepen gebruikers in en om de GGZ ter beschikking te stellen.

Om dat doel te bereiken worden verschillende kennisproducten gepubliceerd. Zo verschijnt jaarlijks een jaarboek met informatie over een aantal psychische stoornissen. De teksten van het jaarboek staan ook integraal op de website van het Trimbos-instituut. Daarnaast verschijnen er diverse achtergrondstudies:

- Evaluatie van het extramuraliseringsbeleid in de GGZ (2005)
- Trimbos kerncijfers psychische stoornissen (2006)
- Verkenningen in de kinder- en jeugdpsychiatrie (2006)
- Psychische stoornissen bij mensen met een lichamelijke aandoening (2006)
- Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen (2007)
- Verwaarlozing, mishandeling en misbruik in de kindertijd (te verschijnen medio 2007)

Dit is het vijfde en tevens laatste jaarboek van de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid. Eerder verschenen jaarboeken zijn gebundeld in de uitgave *Trimbos Zakboek Psychische Stoornissen*. In 2007 zal deze uitgave geactualiseerd worden.

Het Trimbos-instituut is verantwoordelijk voor de totstandkoming van de kennisproducten van de monitor. De kwaliteit van de publicaties wordt gewaarborgd door de inschakeling van deskundigen met expertise op het betreffende terrein van de geestelijke gezondheid. Daarnaast wordt nauw samengewerkt met de psychiatrische casusregisters.

Het jaarboek is geschikt voor een brede groep van belangstellenden: voor studenten aan gezondheidszorgopleidingen, voor professionals in de gezondheidszorg (van verpleegkundige tot beleidsmaker), voor andere beroepsgroepen die in hun werk te maken hebben met personen met psychische stoornissen en zeker ook voor de geïnteresseerde leek. De uitgave biedt een helder en toegankelijk overzicht van de belangrijkste en meest voorkomende psychische stoornissen. Elke stoornis wordt systematisch behandeld aan de hand van een vijftal vragen: Wat is de stoornis? Symptomen en diagnose, typen, onderscheid met andere stoornissen en klachten. Hoe vaak komt de stoornis voor en bij wie? Aantal mensen met de stoornis in Nederland, internationale vergelijking, risicofactoren. Hoe verloopt de stoornis? Beloop bij de algemene bevolking, beloop bij behandelde patiënten, factoren die het beloop beïnvloeden. Komen er bij de stoornis nog andere aandoeningen voor? Psychische stoornissen, lichamelijke aandoeningen. Wat zijn de gevolgen van de stoornis? Kwaliteit van leven voor mensen met de stoornis en voor de direct betrokkenen, levensverwachting, maatschappelijke kosten.

DOELSTELLING EN POSITIONERING VAN HET JAARBOEK NMG

Doelstelling van het Jaarboek NMG is hoogwaardige informatie over de geestelijke volksgezondheid en de geestelijke gezondheidszorg te bieden. Hoogwaardig betekent: actueel, betrouwbaar en - voor zover er gegevens voorhanden zijn - volledig.

Voor het jaarboek en andere producten van de NMG worden bestaande bronnen aangeboord. Het streven is niet om het wiel steeds opnieuw uit te vinden, maar om doelmatig gebruik te maken van de kennis die voorhanden is en die te integreren (kennisynthese).

KENNISPRODUCTEN EN DOELGROEPEN

Het Jaarboek wordt in boekvorm gepubliceerd waarna publicatie op internet volgt (zie www.trimbos.nl; hoofdrubriek Psychische Stoornissen; informatie voor professionals). De gepresenteerde informatie van de NMG over psychische stoornissen is één van de best bezochte sites van het Trimbos-instituut. De teksten over psychische stoornissen zijn tevens bewerkt voor KiesBeter.nl. KiesBeter.nl is een product van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu). De site biedt onafhankelijke informatie over zorg en gezondheid, die de consument in staat stelt keuzes te maken. Analoot aan de NDM is de NMG naar vorm en inhoud niet een product van alleen het Trimbos-instituut. Aan de teksten dragen diverse deskundigen bij (voor een overzicht, zie pagina 3).

De producten van de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid zijn van belang voor:

- Landelijke organisaties als koepels van zorginstellingen, patiënten- en cliënten-groeperingen en verzekeraars; beroepsverenigingen
- Lokale overheden
- Cliënten- en familieorganisaties
- Internationale instellingen en overheden zoals de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) en de Europese Commissie.
- Hulpverleners in opleiding

Behalve het jaarboek, levert de NMG nog meer kennisproducten. Het gaat daarbij vooral om achtergrondstudies en webteksten.

1.2 JAARBOEK NMG 2006

Het accent lag de eerste jaren op de opbouw van een kennisbestand. De bedoeling is om binnen vijf jaar de stand van de kennis over de belangrijkste psychische stoornissen minstens éénmaal volledig beschreven te hebben. De teksten over de beschreven stoornissen worden vervolgens geactualiseerd. Bij de actualisering ligt de nadruk op ontwikkelingen en trends. De internetversie biedt belangstellenden mogelijk aanvullende informatie. Gekozen is voor een indeling van het jaarboek naar onderscheiden psychische stoornissen. Wij proberen waar mogelijk aandacht te besteden aan bijkomende stoornissen; de zogenoemde co-morbiditeit.

Dit jaar heeft de redactie zich bij de keuze van de te beschrijven stoornissen laten leiden door ontwikkelingen in beleid en praktijk. In deze uitgave besloten we de schijnwerper vooral te richten op de sociale fobie (hoofdstuk 2), de dissociatieve identiteitsstoornis (hoofdstuk 3) en twee stoornissen in de kindertijd: *oppositieel-opstandige gedragsstoornis* (ODD) en gedragsstoornis (CD) (hoofdstuk 4). In hoofdstuk 5 wordt aandacht besteed aan de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis.

De hoofdstukken in het jaarboek hebben steeds dezelfde opbouw, zie tabel 1.1 op de volgende bladzijde:

TABEL 1.1 HOOFDSTUKINDELING NMG JAARBOEK 2006

1. *WAT IS DE STOORNIS? (Lang en kort hoofdstuk)*
 - Symptomen en diagnose
 - Typen
 - Onderscheid met andere stoornissen en klachten
2. *HOE VAAK KOMT DE STOORNIS VOOR EN BIJ WIE? (Lang en kort hoofdstuk)*
 - Aantal mensen met de stoornis in Nederland
 - Internationale vergelijking
 - Bij wie komt het vooral voor? (risicofactoren)
3. *HOE VERLOOPT DE STOORNIS? (Lang en kort hoofdstuk)*
 - Beloop onder algemene bevolking
 - Beloop onder behandelde patiënten
 - Factoren die het beloop beïnvloeden
4. *KOMEN ER BIJ DE STOORNIS NOG ANDERE AANDOENINGEN VOOR? (Lang en kort hoofdstuk)*
 - Psychische stoornissen
 - Lichamelijke aandoeningen
5. *WAT ZIJN DE GEVOLGEN VAN DE STOORNIS? (Lang en kort hoofdstuk)*
 - Kwaliteit van leven voor mensen met de stoornis
 - Kwaliteit van leven voor de direct betrokkenen uit de omgeving van de cliënt
 - Levensverwachting
 - Maatschappelijke kosten
6. *HOE ONTSTAAT DE STOORNIS? (Lang hoofdstuk)*
7. *KAN DE STOORNIS WORDEN VOORKOMEN? (Lang hoofdstuk)*
 - Voorkomen van de stoornis
 - Vroege herkenning van de stoornis
8. *HOE WORDT DE STOORNIS VASTGESTELD? (Lang hoofdstuk)*
 - Herkenning
 - Diagnose
9. *IS DE STOORNIS BEHANDELBAAR? (Lang hoofdstuk)*
 - Doelen behandeling
 - Effect behandeling (samenvatting paragrafen 10 en 11)
10. *KAN DE STOORNIS WORDEN BEHANDELD MET MEDICIJNEN? (Lang hoofdstuk)*
11. *KAN DE STOORNIS WORDEN BEHANDELD MET PSYCHOLOGISCHE METHODEN? (Lang hoofdstuk)*
12. *WAAR KUNNEN MENSEN MET DE STOORNIS VOOR HULP TERECHT? (Lang hoofdstuk)*

REFERENTIES

1.3 KERNVRAGEN EN KERNINDICATOREN

In elk hoofdstuk worden dezelfde kernvragen beantwoord. Idealiter gebeurt dat aan de hand van enkele vaste, liefst internationaal geaccepteerde kwantificeerbare kernindicatoren. De kernvragen luiden:

1. *Wat is de stoornis?*

Wij hanteren hierbij, omwille van de internationale vergelijkbaarheid van gegevens, zoveel mogelijk de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR.¹ Voor de leesbaarheid hebben wij de namen van de stoornissen in het Nederlands vertaald.

2. *Hoe vaak komt de stoornis voor en bij wie?*

Hierbij maken wij gebruik van de uitkomsten van meestal grootschalige onderzoeken onder bevolkingsgroepen, zoals in Nederland de Nemesis-studie.^{2,3}

De belangrijkste kernindicatoren hier zijn:

- Jaarprevalentie: het aantal mensen dat het afgelopen jaar leed aan de stoornis
- Incidentie: het aantal mensen dat het afgelopen jaar voor het eerst leed aan de stoornis.

Voor beschrijving van zogenoemde risicofactoren kozen wij voor het *dynamisch stress-kwetsbaarheidmodel*, zoals in 2001 beschreven door Ormel, Neeleman en Wiersma.⁴ Uit dit model - dat eerder als basis diende voor de beschrijving van determinanten in de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen van het RIVM - zijn deze groepen van factoren af te leiden:

- Geslacht en leeftijd
- Individuele kwetsbaarheid
- Erfelijkheid
- Aanwezigheid van stoornissen bij de ouders
- Persoonlijkheidskenmerken
- Lichamelijke aandoeningen
- Eerdere psychische stoornissen
- Uitval uit school of werk
- Omgevingsfactoren
- Sociaal-economische status (SES)
- Stressvolle werksituatie
- Gezinsomstandigheden
- Woonomgeving (verstedelijking)
- Sociaal-culturele factoren
- Sociale steun
- Oorlog/rampen
- Levensgebeurtenissen.

Overigens kunnen veel risicofactoren in meer dan één categorie worden ondergebracht. De indeling is slechts een hulpmiddel.

3. Hoe verloopt de stoornis?

Het meeste onderzoek naar het beloop van stoornissen is gedaan onder mensen die al onder behandeling waren. Het beloop onder de algemene bevolking in Nederland is vaak nog onbekend, al komt daar door psychiatrisch epidemiologisch onderzoek als Nemesis wel enige verandering in. Wanneer Nederlandse cijfers ontbraken deden wij een beroep op uitkomsten van onderzoek elders uit West-Europa, uit Australië of Noord-Amerika.

4. Komen er nog andere aandoeningen bij voor?

Het betreft hier de al eerder genoemde co-morbiditeit met andere psychische stoornissen of met lichamelijke aandoeningen. Co-morbiditeit is bij psychische stoornissen eerder regel dan uitzondering.

5. Wat zijn de gevolgen?

Wij onderscheiden:

- Gevolgen voor de persoon zelf
- Sterfte en overlevingsduur
- Gevolgen voor de omgeving
- Maatschappelijke kosten.

De gevolgen voor de persoon worden zoveel mogelijk uitgedrukt in *DALY*: 'disability-adjusted life years'. *DALY* is een maat voor ziektelast. Een *DALY* is een *gezond* levensjaar dat door de ziekte verloren gaat. De kans op vroegtijdige sterfte wordt uitgedrukt in percentages en de maatschappelijke kosten in Nederland in euro's per jaar.

6. Hoe ontstaat de stoornis?

Zoals zal blijken is er vaak niet één oorzaak. Wisselende risicofactoren - werken op elkaar in.

7. Kan de stoornis worden voorkomen?

Twee vragen staan hierbij centraal:

- Is het mogelijk de stoornis te voorkomen? Werken preventieve maatregelen in dit opzicht?
- Is het mogelijk de stoornis vroeg te herkennen en leidt dit tot effectievere behandeling dan bij late ontdekking?

Voor het kwantificeren van 'werkzaamheid' gebruiken wij de systematiek hieronder beschreven onder vraag 9 tot en met 11.

8. Hoe kan de stoornis worden herkend?

Drie vragen zijn relevant:

- In hoeverre wordt deze stoornis bij mensen herkend?
- Leidt herkenning vervolgens ook tot de juiste diagnose?
- Wordt de ernst van de stoornis juist ingeschat?

9. tot en met 11. Behandeling van de stoornis

In het jaarboek wordt aandacht geschonken aan de werkzaamheid van interventies (behandeling, begeleiding, rehabilitatie). Samenvattende oordelen over werkzaamheid (of over risico's, bijwerkingen enzovoort) berusten tegenwoordig vaak op de uitkomsten van zogeheten meta-analyses, waarin de gegevens uit afzonderlijke onderzoeken worden gebundeld met statistische methoden.

Voor het aangeven van de bewijskracht gebruiken wij de volgende symbolen:

*** = bewezen werkzaam

** = redelijke aanwijzingen voor werkzaamheid

* = enig bewijs voor werkzaamheid, maar het bewijs of het effect is niet al te sterk

Twee andere symbolen zijn: ? = bewijs ontbreekt; -= bewezen onwerkzaam.

Deze uitspraken over de bewijskracht van de werkzaamheid van interventies kunnen niet zonder meer worden vertaald naar behandeladviezen voor individuele patiënten. Bij de keuze van een bepaalde behandeling in de praktijk zijn - naast de bewezen werkzaamheid - ook de aard en ernst van de klachten, de aard van de behandelsetting, voorkeur van de cliënt, voorkeur van de hulpverlener en de werkzaamheid van eerdere behandelingen bij deze cliënt belangrijk.

12. Waar kunnen mensen met deze stoornis voor hulp terecht?

In deze paragraaf bespreken wij welke hulp mensen met de specifieke stoornis in de praktijk ontvangen. Deze paragraaf is zowel voor beleidsmakers als voor patiënten en hun organisaties hoogst relevant. Helaas ontbreekt het vaak aan betrouwbare gegevens om tot een gefundeerd oordeel te kunnen komen.

1.4 DE PSYCHIATRISCHE DIAGNOSE VOLGENS DE DSM-IV-TR

De hoofdstukindeling van het Jaarboek NMG is gebaseerd op de diagnostische categorieën en criteria zoals beschreven in de DSM-IV-TR,¹ de nieuwste versie van het diagnostisch handboek van de American Psychiatric Association (APA).

De DSM is gebaseerd op consensus van Amerikaanse psychiaters. Om de 5 à 10 jaar wordt tijdens een grote vergadering besloten of diagnoses worden gewijzigd, of verwijderd, of dat nieuwe diagnoses worden toegevoegd. Dat leidt dan weer tot een nieuwe versie van het handboek.

De keuze voor dit classificatiesysteem als basis voor dit jaarboek lag voor de hand:

- De DSM wordt standaard gebruikt in internationaal psychiatrisch onderzoek.
- In de gespecialiseerde GGZ in Nederland wordt de DSM in de dagelijkse praktijk ook vrijwel standaard gebruikt voor het stellen van diagnoses.
- Een belangrijk nadeel is wel dat in de somatische gezondheidszorg en in de eerste lijn vooral wordt gewerkt met een ander diagnostisch systeem: de International Classification of Diseases (ICD-10) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

De DSM is in eerste instantie ontworpen voor wetenschappelijk onderzoek en om de communicatie te vergemakkelijken.⁵ In het ontwerp van de DSM, die in 1980 voor het eerst gepubliceerd werd in de vorm zoals we die nu hanteren, zijn enkele keuzes gemaakt die voor het begrip van de tekst in het jaarboek van belang zijn.

MEERDERE DIMENSIES (ASSEN)

De stoornissen worden onderverdeeld in meerdere dimensies, die in de DSM assen worden genoemd. Bij het stellen van de diagnose wordt per cliënt informatie verzameld op vijf assen:⁵

- As I: klinische syndromen. Hierbij gaat het om omschreven symptomen die in een bepaalde ernst en duur aanwezig moeten zijn:
 - schizofrenie en andere psychotische stoornissen
 - stemmingsstoornissen
 - angststoornissen
 - somatoforme stoornissen
 - nagebootste stoornissen
 - dissociatieve stoornissen
 - seksuele stoornissen en genderidentiteitstoornissen
 - eetstoornissen
 - slaapstoornissen
 - stoornissen in de impulsbeheersing
 - ADHD

Het merendeel van de stoornissen die in eerdere edities van het jaarboek beschreven zijn behoren tot deze as. In deze editie wordt stilgestaan bij de sociale fobie en de dissociatieve identiteitsstoornis. Daarnaast worden twee kinder- en jeugdpsychiatrische stoornissen beschreven: ODD en CD.

- As II: persoonlijkheidsstoornissen. Hierbij gaat het om stoornissen in de persoonlijkheid. DSM-IV kent tien specifiek persoonlijkheidsstoornissen, geclusterd in drie groepen:

Cluster A wordt genoemd het bizarre, vreemde, excentrieke cluster:

- paranoïde persoonlijkheidsstoornis
- schizoïde persoonlijkheidsstoornis
- schizotypische persoonlijkheidsstoornis

Cluster B wordt genoemd het dramatische, emotionele, impulsieve cluster:

- antisociale persoonlijkheidsstoornis
- borderline persoonlijkheidsstoornis
- theatrale persoonlijkheidsstoornis
- narcistische persoonlijkheidsstoornis

Cluster C wordt genoemd het angstige, vreesachtige cluster:

- ontwijkende persoonlijkheidsstoornis
- afhankelijke persoonlijkheidsstoornis
- obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis

In deze editie van het jaarboek wordt de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis beschreven. In de vorige editie kwamen reeds de borderline persoonlijkheidsstoornis, cluster A en de antisociale persoonlijkheidsstoornis aan bod.

- As III: lichamelijke toestand. Hier worden lichamelijke ziekten, aandoeningen of handicaps beschreven die van belang kunnen zijn voor de psychische stoornis en de behandeling. Dit wordt ook beschreven in paragraaf 4 van ieder hoofdstuk.
- As IV: psychosociale problemen. Hier gaat het om negatieve levensgebeurtenissen, huisvestingsproblemen, economische problemen, studie- of werkproblemen, problemen in gezin of familie. Deze komen aan de orde in paragraaf 2 van ieder hoofdstuk.
- As V: globale beoordeling van het functioneren. Het functioneren op verschillende levensgebieden wordt globaal beoordeeld met één cijfer.

De hoofdstukindeling van het jaarboek is gebaseerd op de eerste twee assen. De informatie die valt onder de overige assen wordt verspreid over de hoofdstukken beschreven.

1.5 DE PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN OP AS-2

Sinds de publicatie van de DSM-III in 1980⁶ zijn persoonlijkheidsstoornissen geplaatst op As II van het meer-assige psychiatrische classificatiesysteem. Vanaf deze datum dateert ook het wetenschappelijk onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen zoals gedefinieerd in de DSM.

Persoonlijkheidspathologie wordt in de opeenvolgende edities van de DSM omschreven als een aanhoudend patroon van innerlijke ervaringen dan wel gedrag,

dat opvallend afwijkt van de verwachtingen die een cultuur aan iemand stelt, beginnend in de adolescentie en vroege volwassenheid. Dit patroon is omvattend en inflexibel, stabiel over tijd en situaties, en leidt tot psychisch lijden en/of sociaal en interpersoonlijk disfunctioneren.

Alleen wanneer persoonlijkheidstrekken star en onaangepast zijn en aanzienlijke beperkingen of subjectief lijden teweegbrengen, wordt gesproken van een persoonlijkheidsstoornis. Dit laatste is essentieel om het onderscheid tussen een persoonlijkheids**stoornis** en normale persoonlijkheids**kenmerken** te kunnen maken. Iemand die achterdochtig is, bijvoorbeeld, zal in het algemeen gereserveerd en gesloten zijn in het contact met anderen. Pas wanneer de achterdocht zodanig overheersend is dat het een belemmerende invloed heeft op het functioneren in relaties (bijvoorbeeld door extreme jaloezie), werk, of andere terreinen van maatschappelijk functioneren, spreekt men van een persoonlijkheidsstoornis.

Er zijn wel globale verschillen tussen As I en As II stoornissen, maar er zijn ook veel overeenkomsten. Daardoor is het onderscheid tussen As I en As II stoornissen niet altijd eenduidig. In de klinische praktijk is het verschil soms moeilijk te maken:

- De persoonlijkheidsstoornissen zijn stoornissen die al in de kindertijd of adolescentie beginnen en relatief stabiel zijn over de tijd. As I stoornissen zijn overwegend symptoomstoornissen, die periodes van herstel kennen, bijvoorbeeld onder invloed van een effectieve behandeling. Toch zijn er ook As I stoornissen met een relatief chronisch en stabiel verloop, bijvoorbeeld pervasieve ontwikkelingsstoornissen en cognitieve stoornissen zoals dementie.⁷
- Persoonlijkheidsstoornissen zijn over het algemeen moeilijker met goed resultaat te behandelen dan As I stoornissen, hoewel daar de laatste 10 jaar wel verandering in aan het komen is. Steeds meer psychologische en medicamenteuze behandelmethoden blijken geschikt om persoonlijkheidspathologie effectief te verminderen.
- Over het algemeen zoeken mensen met As I stoornissen veel vaker hulp dan mensen met As II stoornissen. Die laatste zijn immers chronisch en stabiel, en worden vaak als egosyntoon ervaren door de persoon. Maar ook hierop zijn uitzonderingen: de Borderline Persoonlijkheidsstoornis, bijvoorbeeld, gaat vaak gepaard met heftige stemmingsschommelingen, zelfbeschadigend gedrag en impulsieve handelingen, zodat een psychiatrische behandeling (inclusief klinische opnames) bij deze categorie persoonlijkheidsstoornissen juist wel weer vaak voorkomt.

In de aanloop naar de herziening van de DSM-IV en de publicatie van de DSM-V, wordt er in de vakliteratuur fel gediscussieerd over alle problemen met de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen.⁸ Aan de ene kant staan onderzoekers die

het huidige meer-assige systeem willen handhaven en door verdergaand empirisch en theoretisch onderzoek de indeling willen verfijnen.⁹ Andere auteurs bepleiten het verlaten van het categoriale systeem ten faveure van een dimensionele benadering.¹⁰ Zij wijzen daarbij op de hoge mate van overlap tussen persoonlijkheidsstoornissen en een aantal As I stoornissen.⁸

Het Jaarboek NMG presenteert de state-of-the-art, vandaar dat wij ons baseren op de huidige (categoriale) indeling in de DSM-IV-TR. Eventuele toekomstige wijzigingen in de benadering van de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen zullen wij uiteraard in het jaarboek verwerken.

1.6 DE DRIE CLUSTERS PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN

TABEL 1.2

De persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV-TR¹

Cluster A

Paranoïde persoonlijkheidsstoornis
Schizoïde persoonlijkheidsstoornis
Schizotypische persoonlijkheidsstoornis

Cluster B

Theatrale persoonlijkheidsstoornis
Narcistische persoonlijkheidsstoornis
Antisociale persoonlijkheidsstoornis
Borderline persoonlijkheidsstoornis

Cluster C

Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis
Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis
Obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis

Persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven (NAO)

In de verschillende edities van de DSM zijn de aantallen persoonlijkheidsstoornissen verschillend en er zijn ook kleine veranderingen in de diagnostische criteria aangebracht; in de huidige editie komen 10 persoonlijkheidsstoornissen verdeeld over drie clusters voor en er is een restcategorie, de Persoonlijkheidsstoornis NAO (zie Tabel 1.2):

- De persoonlijkheidsstoornissen in **Cluster A**, ook wel het vreemde, excentrieke cluster genoemd, worden gekenmerkt door beperkingen in de sociale interactie met anderen in de vorm van onverschilligheid, sociale teruggetrokkenheid en/of achterdocht. Personen met deze stoornissen hebben soms vreemde zintuiglijke ervaringen en overtuigingen die voor anderen niet invoelbaar zijn.
- **Cluster B**, het dramatische cluster, omvat persoonlijkheidsstoornissen die gekarakteriseerd worden door impulsiviteit in stemming en/of gedrag, egocentrisme en een neiging tot prikkelhonger. Bij de Antisociale persoonlijkheidsstoornis is sprake van een geschiedenis van grensoverschrijdend en delinquent gedrag.
- Het gemeenschappelijke kenmerk van de persoonlijkheidsstoornissen uit het **Cluster C** is angst. Dit kan zich uiten in sociale angst (bij de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis), in angst voor verlating en zelfstandigheid (bij de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis) en faalangst en perfectionisme (bij de obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis).

Hoewel de persoonlijkheidsstoornissen gedefinieerd zijn als aparte stoornissen met eigen criteria-sets is de overlap tussen de stoornissen onderling groot. Deze overlap wordt deels veroorzaakt door vergelijkbare criteria, deels wordt de overlap veroorzaakt door een min of meer reële overlap ten gevolge van een hoge mate van co-morbiditeit van de As II persoonlijkheidsstoornissen. Tachtig procent van alle mensen met tenminste één persoonlijkheidsstoornis voldoet gelijktijd aan de criteria van een tweede persoonlijkheidsstoornis.⁹

REFERENTIES

1. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-IV-TR]*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Bijl, R.V., Van Zessen, G., Ravelli, A. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141(50): 2453-2460.
3. Vollebergh, W.A.M., De Graaf, R., Ten Have, M., Schoemaker, C.G., Van Dorsselaer, S., Spijker, J., Beekman, A.T.F. (2003). *Psychische stoornissen in Nederland: overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos-instituut.
4. Ormel, J., Neeleman, J., Wiersma, D. (2001). Determinanten van psychische ongezondheid; implicaties voor onderzoek en beleid. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43(4): 245-257.
5. Vandereycken, W. (2000). Psychopathologie: van diagnostiek tot therapie. In: W.Vandereycken, C.A.L.Hoogduin, P.M.G.Emmelkamp (red.). *Handboek Psychopathologie: deel 1: basisbegrippen*, p. 3-51. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
6. American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III*. Washington: American Psychiatric Association.
7. Dziegielewski, S.F. (2002). *DSM-IV-TR in action*. New York: Wiley.
8. Livesley, W.J., Jang, K.L. (2000). Toward an empirically based classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 14(2): 137-151.
9. Widiger, T.A. (2003). Personality disorder and Axis I psychopathology: the problematic boundary of Axis I and Axis II. *Journal of Personality Disorders*, 17(2): 90-108.
10. Krueger, R.F., Tackett, J.L. (2003). Personality and psychopathology: working toward the bigger picture. *Journal of Personality Disorders*, 17(2): 109-128.

2 SOCIALE FOBIE

2.1 WAT IS SOCIALE FOBIE?

SYMPTOMEN EN DIAGNOSE

Iemand heeft een sociale fobie, ook wel sociale angststoornis genoemd, als de problematiek van de betrokkene voldoet aan de volgende criteria:^{1,2}

1. Er is een duidelijke en aanhoudende angst voor één of meer sociale situaties of situaties waarin men moet optreden en waarbij men blootgesteld wordt aan onbekenden of een mogelijk kritische beoordeling door anderen. De betrokkene is bang dat hij of zij zich op een manier zal gedragen (of angstverschijnselen zal tonen) die vernederend of beschromend is.
2. Bij blootstelling aan deze situaties treedt bijna altijd angst op, die zo hevig kan worden dat deze de vorm krijgt van een paniekaanval.
3. Betrokkene is zich ervan bewust dat zijn of haar angst overdreven of onredelijk is.
4. De gevreesde sociale situaties of de situaties waarin men moet optreden worden vermeden of doorstaan met intense angst of ongemak.
5. De klachten of symptomen zijn duidelijk van invloed op de dagelijkse routine, het beroepsmatig functioneren, sociale activiteiten of relaties met anderen.^{1,3} Bij personen onder de achttien jaar is de duur van de symptomen ten minste zes maanden.
6. De sociale fobie mag niet het gevolg zijn van een lichamelijke aandoening of het gebruik van drugs of een geneesmiddel. Ook mogen de klachten niet toe te schrijven zijn aan een andere psychische stoornis.
7. Indien er sprake is van een lichamelijke aandoening of andere psychische stoornis, dan houdt de sociale angst daar geen verband mee.

De voornaamste angst van mensen met een sociale fobie is iets te doen waardoor zij kritiek van anderen uitlokken of zich belachelijk maken door zich op een bepaalde manier te gedragen of doordat zij zichtbaar last hebben van spanningsverschijnselen, zoals trillen of zweten. Deze mensen zijn bang om af te gaan tijdens een speech of een oninteressante partij te zijn in een gesprek. Iemand die snel bloost, kan vrezen dat iemand zijn emoties 'aan zijn gezicht kan aflezen' en hem als onzeker zal beoordelen. Uiteindelijk kan deze angst leiden tot het vermijden van allerlei sociale interacties of van prestaties die in het bijzijn van anderen moeten worden geleverd. Veel voorkomende situaties die worden vermeden zijn: spreken in het openbaar, deelnemen aan groepen, op visite gaan, een gesprek aangaan en voor zichzelf opkomen. Als deze situaties niet te vermijden zijn, worden zij doorstaan met

intense angst. Vaak wordt dan gebruik gemaakt van subtielere vermijdingsvormen, ook wel ‘veiligheidsgedrag’ genoemd. De betrokkene gedraagt zich bijvoorbeeld op een feestje zo onopvallend mogelijk of verbergt het blozen met een dikke laag make-up. Anticiperend op sociale situaties kunnen mensen met sociale fobie erg gespannen zijn en slecht slapen.^{4:5}

Mensen met een sociale fobie vormen geen homogene groep. Zij kunnen aanzienlijk verschillen wat betreft de omvang van hun vermijdingspatroon, maar ook wat betreft de aard van de situaties die zij vermijden, achterliggende denkpatronen en de ontwikkeling van sociale vaardigheden. Speciale aandacht verdienen hierbij mensen met sociale fobie die bang zijn om in gezelschap te blozen, trillen of zweten. Zij zijn bang dat deze lichamelijke symptomen hun gespannenheid verraden, waardoor zij in een vicieuze cirkel terechtkomen en de angst steeds verder toeneemt.^{4:6:7}

SUBYPEN

Er zijn twee typen sociale fobie:

- 1) *Specifieke* sociale fobie: mensen hebben dan angst voor één specifieke situatie zoals spreken in het openbaar;
- 2) *Gegeneraliseerde* sociale fobie: mensen hebben angst voor een groot aantal sociale situaties.

Het merendeel van de mensen behoort tot het tweede type (gegeneraliseerde sociale fobie). Ongeveer 90 procent van de sociale fobici is bang voor ten minste twee verschillende situaties en 45 procent voor minimaal drie verschillende situaties.^{6:7}

ONDERSCHEID MET ANDERE STOORNISSEN

Sociale fobie versus agorafobie

De symptomen van sociale fobie en agorafobie stemmen deels overeen. Bij beide stoornissen ervaren mensen angstreacties en vermijden zij bepaalde sociale situaties, bijvoorbeeld boodschappen doen. De reden hiervoor verschilt echter. Mensen met agorafobie vermijden situaties omdat zij bang zijn een paniekaanval te krijgen of de controle te verliezen in een situatie waarin zij moeilijk kunnen ontsnappen. Mensen met een sociale fobie vermijden situaties om andere redenen, bijvoorbeeld omdat zij bang zijn door anderen negatief beoordeeld te worden of omdat zij bang zijn angstverschijnselen te tonen, zoals blozen, trillen en zweten.⁸

Sociale fobie versus paniekstoornis

Mensen met een sociale fobie kunnen zó angstig zijn, dat zij een paniekaanval krijgen. Sociale fobie wordt daarom wel eens verward met de paniekstoornis. Bij de paniekstoornis zijn er echter altijd paniekaanvallen geweest die geheel onverwacht optraden, terwijl bij de sociale fobie paniekaanvallen alleen optreden in sociale situaties of bij de gedachte aan een naderende sociale situatie.⁸ Mensen met een sociale fobie maken zich voornamelijk voortdurende zorgen over de verschijnselen van een paniekaanval die zichtbaar zijn voor anderen of die hun sociaal functioneren belemmeren, terwijl de angst bij mensen met een paniekstoornis en agorafobie zich richt op tekenen van bijvoorbeeld een naderend hartinfarct, doodgaan, gek worden of hulpeloos alleen zijn.

Sociale fobie versus schizoïde persoonlijkheidsstoornis

Bij beide stoornissen zoeken mensen zo min mogelijk sociale situaties op. De reden ervan verschilt. Mensen met een schizoïde persoonlijkheidsstoornis hebben doorgaans geen behoefte aan sociaal contact, terwijl mensen met een sociale fobie een geïsoleerd bestaan meestal juist als problematisch ervaren.

Sociale fobie versus de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis

Sociale fobie is moeilijk te onderscheiden van de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. Mensen met sociale fobie, en ook degenen met gegeneraliseerde sociale fobie, hebben doorgaans minder ernstige symptomen dan personen met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis.⁹ Ze zijn sociaal vaardiger en minder sociaal geremd. Beide groepen onderscheiden zich nauwelijks in de aard van hun symptomen.¹⁰ Twee verschillen zijn er: mensen met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis hebben geen paniekaanvallen en ontwijken alléén sociale situaties als er een risico is voor afwijzing of kritiek.¹¹ Mensen met een sociale fobie daarentegen kennen wel paniekaanvallen en ontwijken om meerdere redenen sociale situaties.

Beide definities vertonen in de DSM-IV een grote overlap, zodat veel mensen met een gegeneraliseerde sociale fobie ook voldoen aan de criteria voor de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. Mensen met én een sociale fobie én een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis hebben ernstigere klachten en doen het slechter bij behandeling dan mensen met een sociale fobie zonder ontwijkende persoonlijkheidsstoornis.¹²

Sociale fobie versus stoornis in de lichaamsbeleving

Mensen met een stoornis in de lichaamsbeleving zijn zeer ontevreden over een bepaald lichaamsdeel, dat objectief weinig opvallend is. Hun sterke ontevredenheid over dit lichaamsdeel beheerst hun gedachten. Zij voelen zich vooral in sociale situaties ongemakkelijk en vermijden die daarom. Zij vermijden de gevreesde situaties omdat zij bang zijn door anderen negatief beoordeeld te worden vanwege dat lichaamsdeel, niet vanwege iets anders en ook niet omdat zij bang zijn om angstverschijnselen te tonen. Hierin onderscheiden zij zich van mensen met een sociale fobie.

Sociale fobie versus verlegenheid

Sociale fobie wordt soms verward met een ernstige vorm van verlegenheid. Verlegen mensen kennen eveneens sociale angsten. Belangrijk verschil is dat hun angsten een minder grote invloed hebben op hun functioneren en deze in een minder uitgebreid vermijdingspatroon resulteren.^{4:8}

2.2 HOE VAAK KOMT SOCIALE FOBIE VOOR EN BIJ WIE?

AANTAL

- Sociale fobie komt redelijk vaak voor. Ongeveer 8 procent van de Nederlandse bevolking in de leeftijd van 18 tot 65 jaar heeft ooit in het leven een sociale fobie gehad (*lifetime* prevalentie). In het afgelopen jaar was dat bij 5 procent het geval (jaarprevalentie).^{13:14} Nederlandse cijfers zijn lager dan Amerikaanse cijfers. Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat ongeveer 12 tot 13 procent van de volwassen bevolking ooit in het leven, en 7 tot 8 procent in het afgelopen jaar leed aan sociale fobie.^{15:16} Waarom deze percentages verschillen is niet bekend. In ander onderzoek in westerse landen heeft 7 tot 13 procent ooit in het leven een sociale fobie gehad.¹⁷
- Van de mensen die het afgelopen jaar een sociale fobie hadden, had tweederde een matige tot ernstige variant van deze stoornis en eenderde milde symptomen.¹⁶
- Jaarlijks krijgt één procent van de volwassen Nederlandse bevolking voor het eerst in het leven een sociale fobie.^{18:19} Dit is twee keer hoger dan wat in Amerikaans onderzoek gevonden wordt.²⁰ Het is niet duidelijk waarom deze cijfers verschillen.

DEMOGRAFIE

Sociale fobie komt anderhalf keer vaker voor bij vrouwen.^{14:21} Er is geen duidelijke relatie met leeftijd.²² De stoornis komt even vaak voor onder volwassenen als adolescenten, zo blijkt uit Nederlands onderzoek.²³ Jongere kinderen hebben er wel beduidend minder last van.^{24:25}

- *Opleiding*. Onder laag opgeleide mensen komt sociale fobie drie keer vaker voor dan onder hoog opgeleiden.^{17:20;31:32}
- *Werk*. Werklozen hebben ongeveer twee keer meer kans op een sociale fobie dan mensen met een baan of huisvrouwen/-mannen.^{17:31:32}
- *Leefsituatie*. Alleenstaanden hebben twee keer meer kans op een sociale fobie dan gehuwden of samenwonenden.^{17:31-33} Sociale fobie wordt vaak in verband gebracht met een gebrek aan sociale steun.^{17:32} Het is evenwel niet duidelijk of het hebben van een sociale fobie een gebrek aan sociale steun in de hand werkt,

- of omgekeerd dat een tekort aan sociale steun een sociale fobie veroorzaakt.
- *Urbanisatiegraad*. Er is geen relatie met urbanisatiegraad.²²

Of bovengenoemde sociaaldemografische factoren een sociale fobie veroorzaken of dat deze factoren juist een gevolg zijn van het hebben van een sociale fobie is niet duidelijk.²⁹ Het kan zijn dat mensen met een sociale fobie moeilijker een relatie in stand kunnen houden en dus vaker alleenstaand zijn. Maar ook kan een relatie beschermend werken tegen het (opnieuw) optreden van een sociale fobie.

INDIVIDUELE KWETSBAARHEID

Of iemand een sociale fobie ontwikkelt is voor een klein deel erfelijk bepaald en voor het overgrote deel het gevolg van omgevingsfactoren.

- Erfelijke factoren zijn mede van invloed op het ontstaan van sociale fobie. Uit onderzoek blijkt dat sociale fobie vaker in bepaalde families voorkomt.²⁶ Wanneer een tweelingzus sociale fobie heeft, dan heeft de ander (van een een-eiige tweeling) 24 procent kans op deze stoornis. Bij twee-eiige tweelingen is deze kans 15 procent.²⁷ Een recentere studie bij een-eiige en twee-eiige mannen laat zien dat de gevoeligheid voor sociale fobie voor 18 procent erfelijk bepaald is.²⁸

OMGEVINGSINVLOEDEN

De gevoeligheid voor sociale fobie is voor 5 procent toe te schrijven aan gedeelde omgevingsfactoren - zoals de opvoedingsstijl van de ouder - en voor 77 procent aan unieke omgevingsfactoren, zoals levensgebeurtenissen.^{27;28}

a) ouders

- De *opvoedingsstijl* van de ouders heeft invloed. De kans om op jonge leeftijd een sociale fobie te ontwikkelen wordt vergroot als ouders een opvoedingsstijl hebben die zich kenmerkt door een combinatie van afwijzing en overbescherming.²⁹
- Ook de *psychiatrische voorgeschiedenis* van ouders kan een rol spelen. Als ouders een psychiatrische voorgeschiedenis hebben, dan hebben hun volwassen kinderen een verhoogde kans om een sociale fobie te ontwikkelen: bijna 8 procent van deze kinderen rapporteerde in het afgelopen jaar een sociale fobie tegenover 3,5 procent van de kinderen van ouders zonder psychiatrische voorgeschiedenis.²²
- Er zijn aanwijzingen dat herhaaldelijke *verbale agressie* tussen ouders in de vroege kindertijd van invloed is op het ontstaan van sociale fobie.¹⁸ Kinderen die zich identificeren met een ouder die met regelmaat wordt bekritiseerd, kunnen later in een werksituatie of in hun privé leven het gevoel krijgen ook constant door anderen bekritiseerd te worden.

b) Traumatische ervaring

- *Seksueel geweld* door bekenden in de vroege kindertijd kan ook het ontstaan van een sociale fobie in de hand werken.³⁰ Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat vrouwen die voor hun twaalfde levensjaar seksueel waren misbruikt door een familielid drie keer meer kans hadden om een sociale fobie te ontwikkelen dan vrouwen die niet seksueel waren misbruikt. Andere negatieve levensgebeurtenissen (zoals lichamelijke mishandeling, bedreiging, overlijden van één van de ouders, scheiding door de ouders voor het zestiende levensjaar) hingen niet samen met het ontwikkelen van een sociale fobie.

c) Coping en temperament

- Hoe de persoon omgaat met normale angstgevoelens of vernederende gebeurtenissen is van belang. Bij kinderen kunnen normale angstgevoelens worden versterkt door de sociale eisen in de (pre-) puberteit en uiteindelijk leiden tot sociale fobie.²⁵ Vernederende sociale gebeurtenissen en een minder adequate reactie daarop kunnen ook een sociale fobie in de hand werken.³⁴
- Kinderen met een geremd temperament hebben een verhoogde kans op sociale fobie.^{25;35-37} Deze kinderen kunnen worden omschreven als angstig en geremd in nieuwe situaties.

2.3 HOE VERLOOPT SOCIALE FOBIE?

- Sociale fobie openbaart zich bij mannen gemiddeld op 19-jarige leeftijd en bij vrouwen rond 20 jaar, zo blijkt uit Nederlands onderzoek.³⁸ In buitenlands onderzoek onder volwassenen wordt dit ook gevonden, of zijn mensen nog iets jonger.^{20;39;40}
- In ander Nederlands onderzoek werd een jongere aanvangsleeftijd (12 jaar) gevonden.²⁵
- Gegeneraliseerde sociale fobie openbaart zich op jongere leeftijd dan een specifieke sociale fobie.⁴¹ Uit Duits onderzoek onder adolescenten en jong volwassenen blijkt dat een gegeneraliseerde sociale fobie zich gemiddeld tweeënehalf jaar eerder openbaart dan een specifieke sociale fobie (11,5 jaar versus 14 jaar bij mannen; 12,5 jaar versus 15 jaar bij vrouwen).
- Sociale fobie duurt meestal tientallen jaren: de helft van de mensen met een sociale fobie heeft het langer dan 25 jaar.⁴² Wel kan de ernst van de klachten variëren over tijd.

FACTOREN DIE HET VERLOOP BEPALEN

De klachten van sociale fobie zijn hardnekkiger als iemand:⁴²

- Op zeer jonge leeftijd sociale angst kreeg
- Angst voelt in meerdere sociale situaties
- Als kind in een grote stad woonde
- Als kind mishandeld werd
- Daarnaast ook andere psychische stoornissen heeft.

Het herstel duurt langer als patiënten die in behandeling zijn (geweest) meer beperkingen in het functioneren ervaren, zij bijkomende ziekten hebben, en zij eerder een suïcide poging hebben ondernomen.^{43:44}

Verder zouden irrationele gedachten een sociale fobie in stand houden.⁴⁵ Dit mechanisme werkt als volgt. Mensen met een sociale fobie zouden de kwaliteit van hun functioneren onderschatten ('ik ben niet interessant') en de consequenties van wat hun gedrag bij anderen teweeg kan brengen overschatten ('als ik ..., dan word ik afgewezen'). Bovendien hebben zij last van een negatief zelfbeeld dat met name in het sociale verkeer opspeelt. Deze irrationele gedachten kunnen niet gemakkelijk veranderd worden. Er is sprake van een diepgewortelde overtuiging leidend tot selectieve informatieverwerking, een verhoogd zelfbewustzijn en vermijding.^{4:45} De psychologische interventies die uitgaan van dit gedachtegoed leggen daarom meer of minder nadruk op (zie verder paragraaf 2.11):

- Het onderzoeken van de houdbaarheid van irrationele gedachten (cognitieve therapie);
- Het verminderen van het zelfbewustzijn door de aandacht naar buiten te richten (taakconcentratie training);
- Het verminderen van vermijding door zich bloot te stellen aan de angstige situatie (exposure in vivo).

2.4 KOMEN ER BIJ SOCIALE FOBIE NOG ANDERE AANDOENINGEN VOOR?

PSYCHISCHE STOORNISSEN

Psychische stoornissen - zoals stemmingsstoornissen en andere angststoornissen - komen vaak voor.^{16;30;46;47} Mensen met sociale fobie hebben meer kans op stemmingsstoornissen en andere angststoornissen dan op verslavingsproblemen.⁴⁶⁻⁴⁸

Stemmingsstoornissen

Mensen met sociale fobie hebben acht keer meer kans op depressie en twaalf keer meer kans op dysthymie dan iemand zonder sociale fobie.^{46;47} Sociale fobie gaat

vaak vooraf aan een stemmingsstoornis.^{9;38;39;49} Van de mensen die ooit in hun leven aan de criteria voldeden van zowel sociale fobie als een stemmingsstoornis, trad bij ruim de helft als eerste sociale fobie op. Slechts een kwart (22 procent) kreeg beide stoornissen gelijktijdig of vlak na elkaar.³⁸

Angststoornissen

Mensen met sociale fobie hebben ook vaker andere angststoornissen, zoals een paniekstoornis (een vijftien keer zo grote kans) of agorafobie (een veertien keer zo grote kans).^{46;47}

Alcoholverslaving

Mensen met een sociale fobie hebben twee keer meer kans op een alcoholverslaving dan mensen zonder sociale fobie.⁴⁶ Een alcoholstoornis ontwikkelt zich vaak na de sociale fobie.^{9;50} Mogelijk wordt alcohol gebruikt als ‘zelfmedicatie’ tegen angsten of om contact met anderen te vergemakkelijken. Een recente studie laat zien dat mensen met sociale fobie die geconfronteerd worden met een voor hen sociaal angstige situatie, bijvoorbeeld het houden van een speech, baat hebben bij het drinken van alcohol omdat de angst om te presteren tijdelijk afneemt.⁵¹ Een probleem daarbij is dat alcohol na langdurig, veelvuldig gebruik juist een toename van angst veroorzaakt en het daardoor de sociale fobie verergert.

LICHAMELIJKE AANDOENINGEN

Of mensen met een sociale fobie vaker lichamelijke ziekten hebben, is niet duidelijk. In de internationale literatuur wordt geen duidelijke relatie gevonden.

2.5 WAT ZIJN DE GEVOLGEN VAN SOCIALE FOBIE?

KWALITEIT VAN LEVEN EN LEVENSV ERWACHTING

Algemeen

- Mensen met sociale fobie functioneren gemiddeld slechter dan mensen zonder stoornis.⁵² Vooral de ervaren gezondheid en vitaliteit zijn bij mensen met sociale fobie minder goed. Recent Europees onderzoek laat zien dat mensen met sociale fobie nagenoeg evenveel beperkingen in het dagelijkse functioneren (zoals bijvoorbeeld het aantal dagen dat minder zorgvuldig werk is afgeleverd of is verzuimd, en problemen met het onderhouden en aangaan van nieuwe vriendschappen) rapporteren als mensen met een stemmingsstoornis.⁵³ Zij hebben verder minder sociale vaardigheden en zelfvertrouwen.³⁴ Doordat zij sociale interacties vermijden, is de kans groot dat kinderen met sociale fobie minder kans hebben om sociaal gedrag aan te leren waardoor zij ook op oudere leeftijd

sociaal geïsoleerd blijven. Schoolgaande kinderen met sociale fobie hebben een verhoogde kans op stagnatie van de schoolcarrière en vroegtijdige uitval van school.^{25;54}

- Sociale fobie lijkt geen belangrijke doodsoorzaak te zijn.³⁵ Mensen met een sociale fobie hebben niet meer kans om een zelfmoordpoging te ondernemen. Wel hebben zij twee tot drie keer meer kans om gedachten over zelfmoord te ontwikkelen, vergeleken met mensen zonder sociale fobie. Dit onderscheid kan niet toegeschreven worden aan sociaaldemografische kenmerken of andere psychische stoornissen.⁵⁵

Specifieke sociale fobie versus gegeneraliseerde sociale fobie

Mensen met een specifieke sociale fobie ervaren minder beperkingen in hun functioneren dan mensen met een gegeneraliseerde sociale fobie.⁵⁶⁻⁵⁸ Mensen die uitsluitend angst hebben voor bijvoorbeeld spreken in het openbaar functioneren beter dan mensen die zich in meerdere sociale situaties angstig voelen.^{48;56} Zij ervaren minder beperkingen in het dagelijkse leven, zoeken minder vaak hulp voor de sociale angst en zij hebben minder last van bijkomende psychische stoornissen.⁵⁶

MAATSCHAPPELIJKE KOSTEN

- Naar schatting 5,6 procent van de kosten van de Nederlandse gezondheidszorg wordt uitgegeven aan psychische stoornissen (zoals schizofrenie, depressie, angststoornissen en verslavingsproblematiek).⁵⁹ Slechts een klein deel van dit bedrag wordt uitgegeven aan sociale fobie, omdat mensen met sociale fobie meestal geen hulp zoeken (zie paragraaf 2.7).⁶⁰
- Er zijn tot op heden nauwelijks studies uitgevoerd die de totale kosten voor sociale fobie hebben berekend. Ondanks het feit dat slechts een minderheid van de mensen met sociale fobie professionele zorg ontvangt, zijn de maatschappelijke kosten van sociale fobie waarschijnlijk aanzienlijk. Sociale fobie gaat immers gepaard met een verhoogde kans op werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, ziekteverzuim, een verminderd functioneren op het werk, en medicatiegebruik.²⁹
- Naar schatting 7,9 procent van de ziektelast in Nederland in 2003, uitgedrukt in Disability Adjusted Life Years (DALY's), kan worden toegeschreven aan angststoornissen. Deze ziektelast wordt vooral veroorzaakt door een verminderde kwaliteit van leven en niet door vroegtijdige sterfte. Niet bekend is hoeveel DALY's een gevolg zijn van sociale fobie.⁶¹

2.6 HOE ONTSTAAT SOCIALE FOBIE?

Het is niet mogelijk om te voorspellen wie wel of niet sociale fobie zal ontwikkelen. Er is niet één oorzaak aan te wijzen. Er zijn weliswaar verschillende risicofactoren

(zie paragraaf 2.2), maar ieder op zich zijn deze niet voldoende om het ontstaan van deze stoornis te verklaren.

2.7 KAN SOCIALE FOBIE WORDEN VOORKOMEN?

PREVENTIE

Er bestaan op dit moment nog geen preventieve interventies die het ontstaan van sociale fobie kunnen voorkomen. Vroegtijdige behandeling lijkt wel effectief om een chronisch beloop van de stoornis te voorkomen.

VROEGE HERKENNING

Sociale fobie wordt niet altijd tijdig herkend door de huisarts, vooral als de persoon een bijkomende psychische stoornis heeft.^{35;62} Dat komt omdat mensen met sociale fobie doorgaans terughoudend zijn in het etaleren van hun angst. Zij schamen zich voor hun angst. Bovendien erkennen zij vaak niet dat ze een probleem hebben. Patiënten met sociale fobie presenteren zich dan ook vaak met andere problemen, meestal lichamelijke klachten. Vooral de huisarts zal dus moeite moeten doen om de vraag van de patiënt met sociale fobie boven tafel te krijgen, omdat hij of zij er doorgaans zelf niet mee komt.

Een sociale fobie wordt ook niet altijd tijdig herkend door hulpverleners werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Belangrijke redenen zijn:

- Mensen met sociale fobie zoeken niet vaak en tijdig hulp, en als ze hulp zoeken is het vaak voor bijkomende psychische stoornissen.⁵⁸ Vijftig procent van de mensen met sociale fobie heeft ooit met een hulpverlener, werkzaam in de eerstelijns GGZ of het alternatieve circuit, over hun ziekte gesproken.⁶³ Een aanzienlijk geringer percentage sprak over hun angsten met een GGZ-hulpverlener. Slechts 3 procent zocht binnen één jaar hulp nadat de eerste symptomen zich voordeden. De rest wachtte ongeveer zestien jaar (mediane wachttijd). Een verklaring zou kunnen zijn dat mensen met sociale fobie zich slecht op hun gemak voelen bij een GGZ-behandeling (denk aan wachtruimtes, groepstherapie, praten over eigen gevoelens en gedachten).⁶³
- Veel mensen met sociale fobie hebben bijkomende psychische stoornissen (zie paragraaf 2.4), waardoor de sociale fobie niet altijd tijdig door de hulpverlener wordt herkend.

Zelfs als de huisarts of hulpverlener werkzaam in de GGZ sociale fobie constateert, dan nog krijgt de patiënt vaak niet de behandeling die volgens de huidige richtlijnen geboden zou moeten worden.^{11;64;65} Uit recent Amerikaans onderzoek blijkt dat

56 procent van de mensen met sociale fobie die in het afgelopen jaar hulp heeft gezocht in de GGZ op zijn minst minimale adequate zorg heeft ontvangen. Bijna de helft kreeg dus niet de behandeling die volgens de huidige richtlijnen tenminste geboden zou moeten worden. In de eerstelijns lag dit percentage (nog) lager: 39 procent van de mensen met sociale fobie die in het afgelopen jaar hulp zocht in de eerstelijns, ontving adequate zorg.⁶⁴ Dergelijke percentages lijken niet uniek voor Amerika, zo blijkt uit ander onderzoek in westerse landen.⁶⁶

2.8 HOE WORDT SOCIALE FOBIE VASTGESTELD?

Een vermoeden van sociale fobie wordt getoetst door de klachten uit te vragen en te classificeren volgens een diagnostisch systeem, bijvoorbeeld de DSM-IV. In deze fase vindt ook de differentiële diagnostiek plaats en worden bijkomende stoornissen nagevraagd. Wanneer de diagnose eenmaal is gesteld, kan vervolgens worden gekeken naar de ernst en het beloop van de stoornis.

CLASSIFICATIE VOLGENS DIAGNOSTISCH SYSTEEM

Op basis van een kort gestructureerd diagnostisch gesprek, waarin de belangrijkste klachten en het beloop worden nagevraagd, kan een diagnose worden gesteld. Als hulpmiddel zijn (semi-)gestructureerde interviews ontwikkeld. De volgende diagnostische instrumenten zijn in het Nederlands beschikbaar en op kwaliteit getoetst:^{67,68}

- De *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) is een sterk gestructureerd interview, bedoeld voor gebruik door zowel medici als getrainde leken. De meest recente versie bestaat uit bijna 500 vragen. Alle items worden gescoord op klinische relevantie en mogelijke etiologie. De afname kost erg veel tijd, mede daarom is de DIS vooral geschikt voor onderzoeksdoeleinden.
- De *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID) is een semi-gestructureerd klinisch interview voor de precieze classificatie van de belangrijkste psychische stoornissen. Nadeel van de SCID is de lange afnameduur: 60 tot 90 minuten. In de dagelijkse praktijk wordt de SCID daarom alleen toegepast in bijzondere situaties in de gespecialiseerde GGZ en bij wetenschappelijk onderzoek.
- De *Anxiety Disorders Interview Schedule* (ADIS) is een semi-gestructureerd klinisch interview, dat in eerste instantie is ontwikkeld voor de diagnostiek van angststoornissen volgens DSM-criteria. De ADIS heeft naast specifieke vragen over de verschillende angststoornissen, ook onderdelen waarbij depressieve klachten, somatoforme stoornissen, psychotische verschijnselen en middelengebruik worden uitgevraagd. Het interview kan globaal in één uur worden afgenomen; bij elke stoornis wordt alleen doorggevraagd als daartoe na de eerste open vragen aanleiding blijkt te zijn. De ADIS is goed te gebruiken wanneer men op klinische gronden al meent dat er waarschijnlijk van een angststoornis sprake is.

- De *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI) is een beknopt semi-gestructureerd klinisch interview voor de classificatie van de belangrijkste As I psychische stoornissen volgens de DSM-IV en de ICD-10. De MINI kan in ongeveer 15 tot 30 minuten worden afgenomen. De uitkomsten zijn iets globaler dan van de SCID.
- De *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) is een gestructureerd interview, bedoeld voor het classificeren van psychische stoornissen. De afnameduur bedraagt ongeveer 75 minuten. De CIDI kan worden afgenomen door getrainde leken die geen klinici zijn en wordt daarom vooral toegepast in bevolkingsstudies, zoals NEMESIS.
- De *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN) is een semi-gestructureerd klinisch interview, bedoeld voor het onderzoeken, meten en classificeren van psychopathologie en gedrag dat geassocieerd wordt met belangrijke psychische stoornissen op volwassen leeftijd. Het kan gebruikt worden in de klinische praktijk, is geschikt voor onderzoeksdoeleinden en is ontwikkeld door de WHO (World Health Organization).

Bij drie van bovenbeschreven diagnostische instrumenten is een klinisch oordeel nodig voor het identificeren en classificeren van de symptomen. Op het gebied van psychotische stoornissen en bipolaire stoornissen zijn de validiteit en betrouwbaarheid van de SCID beter dan de CIDI. Op het gebied van angststoornissen ontlopen ze elkaar niet veel.^{15;20} De interviewlijsten mogen uitsluitend worden afgenomen door mensen die een specifieke training hebben gevolgd en/of klinische ervaring hebben in de psychiatrie.

Naast deze diagnostische instrumenten zijn er ook vragenlijsten die de ernst van de symptomen in kaart brengen. Een veel gebruikt instrument is de *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS). De LSAS omvat elf vragen over sociale interacties en dertien vragen over situaties waarin men moet presteren. Alle vragen worden gescoord op de mate van angst die situaties oproepen als de mate waarin situaties worden vermeden. De psychometrische eigenschappen van dit instrument zijn goed in Angelsaksische landen. De Nederlandstalige versie is nog niet op kwaliteit getoetst. Hoewel de LSAS bedoeld is als beoordelaarlijst, blijkt er geen verschil tussen de door patiënten en behandelaars ingevulde scores. Het afnemen en invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer tien minuten. Naast het bepalen van de ernst van de sociale fobie is de LSAS ook geschikt om het beloop van de stoornis te volgen.⁶⁹ Andere voorbeelden zijn de *Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag* (SIG) en de *Inventarisatielijst omgaan met anderen* (IOA). Beide instrumenten bevatten angstscales die gevalideerd zijn voor Nederland. Meer voorbeelden van instrumenten die de ernst van sociale fobie meten, zijn te vinden op de website van het Tijdschrift voor Psychiatrie.⁶⁹

CLASSIFICATIE VOLGENS DIAGNOSTISCH SYSTEEM BIJ JEUGDIGEN

Meetinstrumenten die zijn ontwikkeld voor gebruik bij volwassenen kunnen niet zomaar worden afgenomen bij kinderen en jeugdigen. Meetinstrumenten die een breed scala aan psychopathologie bij jeugdigen meten zijn bijvoorbeeld de *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC) en de *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children* (K-SADS).⁶⁹

Voor de diagnostiek van angststoornissen bij jeugdigen verdient het aanbeveling om de *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV/Child version* (ADIS-C) af te nemen. Het interview is geschikt voor kinderen vanaf 7 jaar en duurt maximaal 90 minuten. Het kan zowel bij ouders als kinderen worden afgenomen. Uiteindelijk beslist de interviewer over de aan- of afwezigheid van een stoornis, dus klinische ervaring is vereist.⁶⁹

Twee vragenlijsten kunnen informatie geven over specifieke angststoornissen bij kinderen:

- De *Spence Children's Anxiety Scale* (SCAS). Dit is een zelfinvulvragenlijst voor kinderen vanaf 7 jaar. Naast een totaalscore levert de lijst scores op zes subschalen: separatieangst, sociale fobie, gegeneraliseerde angst, paniek/agorafobie, obsessief compulsieve stoornis en angst voor lichamelijke verwonding. De eerste vijf subschalen representeren elk een angststoornis die ook gediagnosticeerd kan worden met behulp van de DSM-IV. De afname is ongeveer 15 minuten.
- De *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED). Dit is een zelfinvulvragenlijst voor kinderen in de leeftijd van 8 tot 18 jaar. De lijst gaat in op symptomen van een gegeneraliseerde angststoornis, separatieangst-stoornis, paniekstoornis, sociale fobie en schoolfobie, en is ook geschikt om behandelings-effecten bij kinderen met angststoornissen in kaart te brengen. [www.kenniscentrum-kjp.nl] De afname is ongeveer 15 minuten.

2.9 IS SOCIALE FOBIE BEHANDELBAAR? EEN SAMENVATTING

De symptomen van sociale fobie zijn te behandelen met medicijnen en/of cognitieve gedragstherapie. Onderstaande samenvatting is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen, die is geschreven onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, en op recent onderzoek.⁶⁷

MEDICATIE

Selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's), klassieke mono-amino-oxidaseremmers (MAOI's), benzodiazepinen en bètablokkers zijn bewezen werkzaam.

Aangetekend moet wel worden dat in veel onderzoek naar de werkzaamheid van medicatie niet gecorrigeerd is voor placebo effecten, waardoor het werkelijke effect mogelijk wat zwakker is. Vergelijkend onderzoek naar de relatieve effectiviteit van deze geneesmiddelengroepen ontbreekt nagenoeg. Op basis van bijwerkingen, veiligheid en lange termijn effecten wordt bij mensen met gegeneraliseerde sociale fobie de voorkeur gegeven aan SSRI's. Bij mensen met specifieke sociale fobie zijn bètablokkers eerste keus behandeloptie.

De bewezen werkzaamheid van deze vier geneesmiddelengroepen is hoofdzakelijk aangetoond bij mensen met gegeneraliseerde sociale fobie. Veel minder onderzoek is verricht naar de effectiviteit van deze geneesmiddelen bij mensen met specifieke sociale fobie, bijvoorbeeld mensen met alleen spreekangst.

PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES

Exposure in vivo, cognitieve therapie en sociale vaardigheidstraining zijn bewezen werkzaam. Taakconcentratietraining is een veelbelovende nieuwe behandelingsmethode, waarvoor eerste bewijzen van werkzaamheid zichtbaar worden. Deze cognitieve gedragstherapieën kunnen worden aangeboden aan een individuele patiënt of aan een groep van patiënten. Aanwijzingen bestaan dat beide vormen even effectief zijn, waardoor uit kosten oogpunt de voorkeur wordt gegeven aan groepsbehandeling. Vergelijkend onderzoek naar de relatieve effectiviteit van deze cognitieve gedragstherapieën ontbreekt nagenoeg. Complicerende factor is dat in de praktijk vaak meerdere interventies tegelijkertijd worden aangeboden. Op basis van bewezen lange termijn effecten wordt bij mensen met gegeneraliseerde en specifieke sociale fobie de voorkeur gegeven aan *exposure in vivo* of cognitieve therapie. Bij mensen met specifieke sociale fobie zal sociale vaardigheidstraining doorgaans geen ondersteunende interventie (hoeven te) zijn.

Studies naar de effectiviteit van psychologische interventies worden doorgaans uitgevoerd bij mensen met gegeneraliseerde sociale fobie.

COMBINATIETHERAPIE

De relatieve effectiviteit van een combinatie van medicatie en cognitieve gedragstherapie ten opzichte van uitsluitend medicatie of uitsluitend cognitieve gedragstherapie, is nog onvoldoende onderzocht. Aanwijzingen bestaan dat een combinatietherapie slechts een beperkt toegevoegd effect heeft.

In tabel 2.1 wordt de werkzaamheid van de verschillende behandelingen samengevat. Deze is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen en aanvullend onderzoek.^{67:70-75} Vanzelfsprekend is 'bewezen werkzaam' geen garantie dat een behandeling bij elk individu het gewenste effect zal hebben. De onderzoeksresultaten zijn gebaseerd op groepen patiënten.

TABEL 2.1 WERKZAAMHEID VAN BEHANDELINGEN BIJ SOCIALE FOBIE, UITGEDRUKT IN EEN SAMENVATTEND OORDEEL[#]
(VOOR EEN ONDERBOUWING VAN DE OORDELEN, ZIE DE TEKST IN 2.10 EN 2.11)

	<i>Gegeneraliseerde sociale fobie</i>	<i>Specifieke sociale fobie</i>
<i>Medicatie (zie 2.10)</i>		
SSRI's		
- Fluvoxamine	***	**
- Paroxetine	***	**
- Sertraline	***	**
MAOI's		
- Fenelzine	***	**
Benzodiazepinen		
- Clonazepam	***	*
- Alprazolam	***	*
- Bromazepam	***	*
Bètablokkers		
- Propanolol	-	***
- Atenolol	-	***
<i>Psychologische interventies (zie 2.11)</i>		
- Exposure in vivo	***	***
- Cognitieve therapie	***	***
- Sociale vaardigheidstraining	**	**
- Taakconcentratie training	**	**

Wij onderscheiden drie gradaties van de kracht van de beschikbare bewijzen van werkzaamheid:

*** = bewezen werkzaamheid

** = redelijke aanwijzingen voor werkzaamheid

* = enig bewijs voor werkzaamheid, maar niet al te sterk

De drie andere symbolen zijn:

? = bewijs ontbreekt

- = bewezen onwerkzaam

n.i. = niet geïndiceerd

Niet alle behandelvormen - inclusief 'de bewezen werkzame behandelingen' - zijn geschikt in iedere situatie (tabel 2.1). Bij de keuze spelen de volgende zaken een rol:

- De aard en ernst van de klachten, andere psychische stoornissen, contra-indicaties, de aard van de behandelsetting, de voorkeur van de patiënt, de voorkeur van de hulpverlener en het effect van eerdere behandelingen bij een patiënt.
- Daarnaast worden behandelingen in een bepaalde volgorde gegeven. Bij farmacotherapieën voor een gegeneraliseerde sociale fobie wordt bijvoorbeeld als eerste een SSRI toegepast. Als deze of een andere SSRI niet het gewenste effect heeft, wordt overgestapt op een benzodiazepine of een MAOI.⁶⁷

2.10 KAN SOCIALE FOBIE WORDEN BEHANDELD MET MEDICIJNEN?

Overeenkomstig de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen staan in deze paragraaf vier geneesmiddelengroepen centraal:⁶⁷

- SSRI's;
- MAOI's;
- Benzodiazepinen;
- Bètablokkers.

Andere geneesmiddelengroepen worden niet besproken, omdat zij niet effectief zijn gebleken in de behandeling van sociale fobie (zoals het anxioliticum buspiron en het antidepressivum moclobemide) of omdat zij nog onvoldoende zijn onderzocht op hun effectiviteit (denk aan de tricyclische antidepressiva en de nieuwe antidepressiva zoals mirtazapine, nefazodon en venlafaxine).

SSRI's

Deze geneesmiddelen zijn werkzaam op de boodschapperstof serotonine in het zenuwstelsel. Serotonine verzorgt de prikkeloverdracht tussen zenuwcellen. Deze stof is vooral in die gebieden in de hersenen werkzaam die betrokken zijn bij angst en stemming. Men veronderstelt dat het verbeteren van de functie van de serotonerge zenuwcellen in de hersenen een vermindering van de angstklachten en begeleidende verschijnselen tot gevolg heeft.

- De SSRI's fluvoxamine, paroxetine en sertraline zijn effectief bij de behandeling van sociale fobie. 43 tot 70 procent van de patiënten heeft er baat bij. Aangetekend moet wel worden dat niet gecorrigeerd is voor placebo effecten, waardoor het werkelijke effect mogelijk wat zwakker is. Het effect uit zich in een vermindering van zowel de sociale angst als het vermijdingsgedrag. Een gezaghebbende meta-analyse bevestigt de effectiviteit van SSRI's in de behandeling van sociale fobie. Door het gebruik van SSRI's verminderen niet alleen angstklachten, maar ook depressieve symptomen.⁷⁴

- De relatieve effectiviteit van fluvoxamine, paroxetine en sertraline is nog nauwelijks onderzocht. Toch wordt aangenomen dat deze SSRI's even effectief zijn.
- De SSRI's fluvoxamine, paroxetine en sertraline worden doorgaans goed verdragen en zijn veilig in gebruik. Bijwerkingen van SSRI's zijn dosisafhankelijk en verdwijnen na het staken van de medicatie. Doordat bijwerkingen aanleiding kunnen geven de behandeling voortijdig te beëindigen (uitvalpercentage vanwege bijwerkingen: 25 procent) is het belangrijk de dosering van een SSRI geleidelijk te verhogen. Hierdoor worden de bijwerkingen verminderd en kan de patiënt voorgelicht worden over mogelijke consequenties.
- SSRI's hebben pas na enkele weken een gunstig effect. De medicatie moet dus een tijd worden ingenomen, voordat het positieve effect merkbaar wordt.
- De SSRI's fluvoxamine en sertraline zijn ook op de middellange termijn (half jaar tot één jaar) effectief. De middellange termijn effecten van paroxetine zijn niet onderzocht.
- Richtlijn is de SSRI minimaal één jaar voor te schrijven. Daarna kan de medicatie zo mogelijk worden afgebouwd.
- Het is belangrijk de dosering van een SSRI geleidelijk te verlagen om de kans op onthoudingsverschijnselen en het opnieuw ontstaan van de klachten te verminderen (terugvalpercentage: tot 63 procent).⁷⁵
- Bij farmacotherapie zijn bij twee patiëntengroepen SSRI's eerste keus behandelopties: bij mensen met een gegeneraliseerde sociale fobie en bij mensen met een combinatie van een sociale fobie en een ernstige depressie.

MAOI's

Deze geneesmiddelen zijn werkzaam op de boodschapperstoffen serotonine en noradrenaline in het centrale zenuwstelsel. Zij verminderen de afbraak van deze zogenoemde neurotransmitters door enzymen (mono-amino-oxidase A en B, kortweg MAO).

- De MAOI fenelzine is effectief bij de behandeling van sociale fobie. Gebruik ervan resulteert doorgaans in een vermindering van de sociale angst, het vermijdingsgedrag en bijkomende depressieve klachten.⁷⁴ Aangetekend moet wel worden dat in dit onderzoek niet gecorrigeerd is voor placebo effecten, waardoor het werkelijke effect mogelijk wat zwakker is.
- Vergeleken met SSRI's wordt fenelzine doorgaans minder goed verdragen en is het minder veilig in gebruik. Aangeraden wordt de dosering van fenelzine geleidelijk op te bouwen om bijwerkingen zo veel mogelijk te voorkomen.
- Een belangrijk nadeel van fenelzine is de mogelijke interactie met tyramine in het voedsel welke levensbedreigend kan zijn door een te snelle stijging van de bloeddruk (hypertensieve crisis). Bij gebruik van fenelzine is dus een tyramine beperkt dieet noodzakelijk. Tyramine komt van nature vooral voor in eiwitrijke producten

die gemakkelijk kunnen bederven, zoals melkproducten, kaas, vlees (lever), vis (haring), eieren en in gistproducten en gefermenteerde sojaproducten. Verse eiwitrijke producten bevatten weinig tyramine.

- MAOI's hebben pas na enkele weken een gunstig effect. De medicatie moet dus een tijd worden ingenomen, voordat het positieve effect merkbaar wordt.
- De lange termijn effecten van fenelzine zijn nog niet onderzocht. Toch leert de ervaring dat bij gebleken effectiviteit fenelzine langdurig moet worden voorgeschreven.
- Door de bijwerkingen en de mogelijke interactie met tyramine wordt fenelzine pas verstrekt wanneer diverse andere behandelopties, zoals SSRI's en cognitieve gedragstherapie, bij patiënten met gegeneraliseerde sociale fobie onvoldoende effectief zijn gebleken.

BENZODIAZEPINEN

Benzodiazepinen zijn werkzaam op de boodschapperstof gamma-aminoboterzuur in de hersenen. Deze stof heeft een dempend effect op de hersenen, vermindert daarom angstklachten, maar heeft tegelijkertijd een versuffend effect.

- De benzodiazepinen clonazepam, alprazolam en bromazepam zijn effectief bij de behandeling van gegeneraliseerde sociale fobie. 80 procent van de patiënten heeft er baat bij. Dat uit zich in een vermindering van de sociale angst en de daarbij vaak gepaard gaande lichamelijke klachten en/of slaapproblemen. Aangevend moet wel worden dat in dit onderzoek niet gecorrigeerd is voor placebo effecten, waardoor het werkelijke effect mogelijk wat zwakker is.
- De werkzaamheid van benzodiazepinen bij de behandeling van specifieke sociale fobie is minder duidelijk aangetoond.
- De relatieve effectiviteit van clonazepam, alprazolam en bromazepam is nog nauwelijks onderzocht. Toch wordt aangenomen dat deze benzodiazepinen even effectief zijn bij de behandeling van sociale fobie.
- De benzodiazepinen clonazepam, alprazolam en bromazepam worden doorgaans redelijk tot goed verdragen (uitvalpercentage vanwege bijwerkingen: 15 procent) en zijn veilig in gebruik.⁷⁵ Aangeraden wordt de dosering van benzodiazepinen geleidelijk op te bouwen om bijwerkingen, zoals sufheid, vermoeidheid en een verminderd cognitief functioneren, zo veel mogelijk te voorkomen.
- Benzodiazepinen werken (vrijwel) direct.
- Een combinatie met alcohol moet worden vermeden, omdat alcohol de werking en de bijwerkingen van benzodiazepinen versterkt, en omgekeerd benzodiazepinen een effect kunnen hebben op de werking van alcohol.
- Een groot nadeel van benzodiazepinen is dat ze snel verslavend werken. Deze middelen moeten daarom in het algemeen kort worden gebruikt (maximaal vier weken).

- Clonazepam is ook op de lange termijn (één jaar tot twee jaar) effectief. De lange termijn effecten van andere benzodiazepinen zijn niet onderzocht.
- Door de bijwerkingen en de afhankelijkheid bij langer gebruik worden benzodiazepinen pas verstrekt wanneer diverse andere behandelopties, zoals SSRI's en cognitieve gedragstherapie, bij patiënten met gegeneraliseerde sociale fobie onvoldoende effectief zijn gebleken.

BÈTABLOKKERS

Bètablokkers, die doorgaans worden gebruikt om hoge bloeddruk te behandelen, verminderen de als hinderlijk ervaren lichamelijke symptomen van anticipatieangst, zoals droge mond, hartkloppingen en trillen. Hierdoor kunnen bètablokkers de prestatie, waar zo tegenop wordt gezien, verbeteren.

- De bètablokkers propranolol en atenolol zijn aangetoond effectief bij specifieke sociale fobie, zoals bijvoorbeeld podiumangst of spreekangst, maar zijn aangetoond *niet* effectief bij gegeneraliseerde sociale fobie. Aangetekend moet wel worden dat in dit onderzoek niet gecorrigeerd is voor placebo effecten, waardoor het werkelijke effect mogelijk wat zwakker is.
- Bètablokkers werken (vrijwel) direct: het effect treedt in het algemeen binnen een half uur op. Dat uit zich in een vermindering van de anticipatieangst.
- Richtlijn is de bètablokker incidenteel te gebruiken. Een eenmalige toediening één uur voor de angstige situatie is doorgaans voldoende.
- Belangrijk nadeel van bètablokkers zijn de cardiovasculaire effecten, zoals een daling van de hartslag en de bloeddruk. Dit betekent dat bètablokkers een contra-indicatie vormen bij patiënten die intensief sporten of die zware lichamelijke inspanning leveren.

De richtlijnen wat betreft farmacotherapie bij gegeneraliseerde sociale fobie staan samengevat in tabel 2.2.

Vergelijkende studies naar de effectiviteit van farmacotherapie en cognitieve gedragstherapie zijn beperkt en laten geen consistente resultaten zien.^{73;76} Op basis van casuïstiek en klinische ervaring wordt de voorkeur gegeven aan medicatie boven cognitieve gedragstherapie indien de patiënt een bijkomende ernstige depressie heeft. Indien de patiënt naast de gegeneraliseerde sociale fobie een milde depressie heeft, dan is er geen inhoudelijke voorkeur voor ofwel medicatie ofwel cognitieve gedragstherapie. De keuze ligt dan bij de patiënt.

TABEL 2.2 MEDICATIE BIJ GEGENERALISEERDE SOCIALE FOBIE

Eerste stap	SSRI (beoordeling na 12 weken)
Tweede stap	Andere SSRI (beoordeling na 12 weken)
Derde stap	1) Benzodiazepine of 2) MAOI (beoordeling na 12 weken) Richtlijn: vóór gebruik van een benzodiazepine of een MAOI eerst cognitieve gedragstherapie toepassen
Vierde stap	1) MAOI of 2) benzodiazepine (beoordeling na 12 weken)

De richtlijnen wat betreft farmacotherapie bij specifieke sociale fobie staan samengevat in tabel 2.3.

Indien de patiënt niet vaak met een angstige situatie wordt geconfronteerd, dan is er geen inhoudelijke voorkeur voor ofwel medicatie ofwel cognitieve gedragstherapie. De keuze ligt dan bij de patiënt. Indien de patiënt regelmatig met angstige situaties wordt geconfronteerd, dan wordt de voorkeur gegeven aan cognitieve gedragstherapie boven medicatie.

TABEL 2.3 MEDICATIE BIJ SPECIFIEKE SOCIALE FOBIE

Eerste stap	Bètablokker (incidenteel)
Tweede stap	Benzodiazepine (incidenteel)
Derde stap	SSRI (beoordeling na 12 weken) Richtlijn: vóór gebruik van een SSRI eerst cognitieve gedragstherapie toepassen

MEDICATIE BIJ OUDEREN

De werkzaamheid van medicijnen bij ouderen met sociale fobie is nog nauwelijks onderzocht. In de praktijk zal aan ouderen dezelfde medicatie worden voorgeschreven als aan volwassenen, zij het dat behandelaars voorzichtiger zullen zijn met het voorschrijven van benzodiazepinen (door de bijwerkingen zoals sufheid en een verminderd cognitief functioneren is er bij ouderen een toegenomen risico op vallen en heupfracturen). Verder is het belangrijk om regelmatig de effecten van de medicijnen en de eventuele ongewenste bijwerkingen te monitoren, omdat bij ouderen medicijnen doorgaans lager gedoseerd dienen te worden en bij hen vaker de interactie met andere medicijnen moet worden onderzocht.⁷⁵

MEDICATIE BIJ JEUGDIGEN

Er zijn bijna geen methodologisch verantwoorde gecontroleerde onderzoeken uitgevoerd naar de effectiviteit van medicatie bij jeugdigen met sociale fobie.⁷⁷⁻⁷⁹

Een meta-analyse over de effectiviteit en veiligheid van medicatie bij jeugdigen met angststoornissen in het algemeen is in de maak.⁷⁰ In de praktijk zal aan jeugdigen dezelfde medicatie worden voorgeschreven als aan volwassenen. Ook hier geldt dat het belangrijk is om regelmatig de effecten van de medicatie en de eventuele ongewenste bijwerkingen te monitoren, omdat farmacologische processen bij kinderen verschillend kunnen verlopen vergeleken met volwassenen.⁷⁷

- De wijze en snelheid waarmee medicijnen hun werking uitoefenen (farmacokinetiek);
- De interactie tussen een geneesmiddel en het orgaan waarop het zijn uitwerking heeft (farmacodynamiek).

Gezien de recente twijfels over de veiligheid van SSRI's in de behandeling van kinderen en adolescenten met depressie zal men terughoudend moeten zijn met het voorschrijven van deze medicatie bij dezelfde leeftijdsgroep met sociale fobie.⁷⁵ Benzodiazepinen zijn vooral bij deze jonge leeftijdsgroep minder geschikt vanwege de kans op afhankelijkheid. In de praktijk zal men daardoor wellicht sneller kiezen voor cognitieve gedragstherapie, omdat dat een effectieve en veilige behandel-methode is.

2.11 KAN SOCIALE FOBIE MET PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES WORDEN BEHANDELD?

Overeenkomstig de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen staan in deze paragraaf vier cognitieve gedragstherapieën centraal.⁶⁷

- Exposure in vivo;
- Cognitieve therapie;
- Sociale vaardigheidstraining;
- Taakconcentratietraining.

Ondanks dat taakconcentratie training nog onvoldoende is onderzocht op effectiviteit, wordt toch enige aandacht besteed aan deze veelbelovende nieuwe behandel-methode. Andere behandelmethoden of -technieken worden niet besproken, omdat zij pas recentelijk worden toegepast of nog onvoldoende zijn onderzocht op hun effectiviteit. Te denken valt aan relaxatietherapie (ontspanningsoefeningen), interpersoonlijke psychotherapie en e-mental health (behandeling via internet).⁷³

EXPOSURE IN VIVO

Bij exposure in vivo stelt de patiënt zich bloot aan de angstige situatie, totdat hij of zij merkt dat de angst vermindert. Exposure opdrachten worden in opklimmende

moeilijkheidsgraad gegeven. Voorbeelden van zulke opdrachten zijn: weer opnieuw leren eten of schrijven in aanwezigheid van anderen, of leren de aandacht op zichzelf te vestigen in een groep mensen. Het is de bedoeling dat dit soort oefeningen vaak herhaald worden.⁷⁶

- Exposure in vivo is zeer effectief bij de behandeling van sociale fobie.
- Vergelijkende studies naar de effectiviteit van exposure in vivo en cognitieve gedragstherapie zijn beperkt en laten geen consistente resultaten zien.⁷³
- Exposure in vivo kan worden aangeboden aan een individuele patiënt of aan een groep van patiënten. De praktijk wijst uit dat groepsbehandeling kosten-effectiever is.
- Exposure in vivo kent als behandeling lage uitvalpercentages (15 procent van de patiënten beëindigt de therapie voortijdig) en is ook op lange termijn (twee tot vijf jaar) effectief.

COGNITIEVE THERAPIE

Mensen met sociale fobie denken doorgaans negatief over zichzelf. Zij gaan vaak al met een negatief gevoel het contact met anderen aan ('zie je wel, dit wordt weer niets'), zij evalueren hun gedrag overdreven negatief, zij stellen hogere eisen aan hun eigen gedrag dan aan dat van anderen, en zij leggen de oorzaak van een plezierig verlopen contact doorgaans niet bij zichzelf. Cognitieve therapie heeft tot doel om dergelijke irrationale gedachten door middel van vragen van de therapeut rationeel te maken, zonder in een rechtstreekse discussie te raken. Hierna wordt de patiënt aangemoedigd om zo ontstane nieuwe, meer positieve gedachten of hypothesen aan de praktijk te toetsen.⁷⁶ Voor meer informatie over invloedrijke cognitieve modellen van sociale fobie wordt verwezen naar Clark en Wells [1995] en Rapee en Heimberg [1997].^{45;80}

- Cognitieve therapie is effectief bij de behandeling van sociale fobie.
- Cognitieve therapie kan worden aangeboden aan een individuele patiënt of aan een groep van patiënten. Deze behandeling kan ook goed worden gecombineerd met exposure in vivo en sociale vaardigheidstraining.
- Cognitieve therapie is vergelijkbaar met exposure in vivo wat betreft het lage uitvalpercentage en de effecten op langere termijn.

SOCIALE VAARDIGHEIDSTRAINING

Sociale vaardigheidstraining is gebaseerd op het principe dat angst kan ontstaan doordat een patiënt niet weet hoe hij of zij moet omgaan met sociale situaties. In de training leert de patiënt enkele basale vaardigheden om zich beter in sociale situaties te kunnen bewegen. Er worden situaties geoefend in rollenspellen met als taken: iemand iets vragen, iemand iets weigeren, luisteren, complimenten geven en

ontvangen, en het bespreken van gevoelens.

- Sociale vaardigheidstraining is effectief bij de behandeling van sociale fobie. Dat uit zich in een vermindering van angst in sociale situaties.
- Sociale vaardigheidstraining is evenwel minder effectief dan exposure in vivo en cognitieve therapie.
- De sociale vaardigheidstraining kan worden aangeboden aan een individuele patiënt of aan een groep van patiënten. Doorgaans omvat de training tussen zeven en 15 bijeenkomsten.
- De training wordt doorgaans positief beoordeeld door patiënten: relatief weinig patiënten beëindigen de training voortijdig (uitvalpercentage: 15 procent).
- De lange termijn effecten van sociale vaardigheidstraining zijn niet bekend. De lange termijn effecten (twee tot vijf jaar) van een combinatie van sociale vaardigheidstraining én exposure in vivo of cognitieve therapie zijn gunstig.
- Vooral bij patiënten met vaardigheidstekorten, een minderheid van de patiënten met sociale fobie, is sociale vaardigheidstraining een behandeloptie.

TAAKCONCENTRATIE TRAINING

Het blijkt dat mensen met sociale fobie in sociale situaties hun aandacht meer richten op zichzelf dan op hun gesprekspartner of op datgene wat er buiten hen gebeurt. In taakconcentratie training leert de patiënt zijn of haar aandacht naar buiten te richten in steeds moeilijker wordende oefeningen in plaats van op lichamelijke sensaties en eigen reacties.⁸¹

- Taakconcentratie training is een relatief nieuwe behandeling. Over de effectiviteit van deze interventie bestaan daarom nog weinig goede studies. Deze training lijkt evenwel effectief bij individuele behandeling van mensen met sociale fobie die bang zijn om te blozen.
- Deze behandeling kan goed worden gecombineerd met exposure in vivo, cognitieve therapie en/of sociale vaardigheidstraining.

De richtlijnen wat betreft de psychologische interventies bij gegeneraliseerde sociale fobie staan samengevat in tabel 2.4. Deze zijn gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen die wordt gehanteerd in de GGZ, [multidisciplinaire richtlijn angststoornissen]

Exposure in vivo en cognitieve therapie zijn eerste keus behandelopties, waarbij er geen duidelijke voorkeur is voor één van beide. Exposure in vivo heeft wellicht de voorkeur als bij de patiënt vermijding van angstige situaties centraal staat en cognitieve therapie lijkt meer geschikt als bij de patiënt irrationele gedachten op de voorgrond staan. Indien overbetrokkenheid op het eigen gedrag bij de patiënt, zoals bij blozen, trillen of transpireren, een grote rol speelt, dan kan

taakconcentratie training worden toegevoegd. Indien de patiënt gebrekkige sociale vaardigheden heeft, dan kan sociale vaardigheidstraining worden toegevoegd. In de tweede stap wordt op de andere hoofdinterventie overgegaan als de eerste onvoldoende resultaat gaf, worden beide behandelingen gecombineerd of wordt overgegaan op farmacotherapie.

TABEL 2.4 PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES BIJ GEGENERALISEERDE SOCIALE FOBIE	
Eerste stap	Exposure in vivo of cognitieve therapie Eventueel combineren met sociale vaardigheidstraining of taakconcentratie training Tweede stap
	Switchen (van cognitieve therapie naar exposure in vivo, of omgekeerd) of beide behandelingen combineren

De richtlijnen wat betreft de psychologische interventies bij specifieke sociale fobie staan samengevat in tabel 2.5. [multidisciplinaire richtlijn angststoornissen] Hier zijn nagenoeg dezelfde beslissingsprocedures van toepassing als bij gegeneraliseerde sociale fobie. Sociale vaardigheidstraining zal echter doorgaans geen ondersteunende interventie bij specifieke sociale fobie (hoeven te) zijn. In de derde stap kan ook overgegaan worden op farmacotherapie.

TABEL 2.5 PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES BIJ SPECIFIEKE SOCIALE FOBIE	
Eerste stap	Exposure in vivo of cognitieve therapie
Tweede stap	Switchen (van cognitieve therapie naar exposure in vivo, of omgekeerd) of beide behandelingen combineren
Derde stap	Toevoegen taakconcentratie training/ farmacotherapie

PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES BIJ OUDEREN

De werkzaamheid van psychologische interventies bij ouderen met sociale fobie is nog nauwelijks onderzocht.

PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES BIJ JEUGDIGEN

Er zijn bijna geen methodologisch verantwoorde gecontroleerde onderzoeken uitgevoerd naar de effectiviteit van psychologische interventies bij jeugdigen met sociale fobie. Een recente meta-analyse wijst uit dat cognitieve gedragstherapie

effectief is bij de behandeling van kinderen en adolescenten met sociale fobie. Door het geringe aantal studies in deze meta-analyse konden er geen uitspraken worden gedaan over de relatieve effectiviteit van specifieke gedragstherapeutische interventies.⁷² Een meta-analyse naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij 6-18 jarigen met angststoornissen in het algemeen wijst uit dat de setting waarin de behandeling wordt gegeven (individueel, in een groep, met de ouders) geen verschillende resultaten laat zien.⁷¹ Het maakt ook niet uit of alleen de jeugdigen cognitieve gedragstherapie krijgen of dat aanvullend ook hun ouders in de behandeling worden betrokken.⁸² Toekomstig onderzoek moet uitwijzen welke elementen van cognitieve gedragstherapie effectief zijn in de behandeling van sociale fobie bij kinderen, alsook bij volwassenen.⁷¹

2.12 WELKE ANDERE HULP IS DENKBAAR VOOR EN ROND MENSEN MET SOCIALE FOBIE?

LOTGENOTENCONTACT

Lotgenotencontact is een wezenlijke aanvulling op de beschikbare professionele hulp. Het omvat vele vormen van hulp en steun die mensen met vergelijkbare problematiek elkaar kunnen bieden. Mensen met sociale fobie kunnen terecht bij de Angst, Dwang en Fobie Stichting (www.adfstichting.nl). Belangrijkste taken van deze stichting zijn: het geven van voorlichting, het organiseren van lotgenotencontact, het stimuleren van onderzoek en belangenbehartiging. Naast deze stichting zijn er ook zelfhulporganisaties voor mensen met een psychische stoornis in het algemeen en hun familieleden.

OMGAAN MET EEN SOCIALE FOBIE

Er is weinig bekend over het omgaan met sociale fobie en de ondersteuning die familieleden kunnen bieden. Men gaat ervan uit dat de volgende algemene omgangsadviezen aan familieleden kunnen worden gegeven:

- Erken de angst van de ander, ook al lijkt die overdreven of niet reëel. Probeer de angstgevoelens niet weg te praten;
- Blijf de ander steeds stimuleren zelf dingen te doen en de angstige situaties tegemoet te treden, maar dwing niet;
- Stimuleer de ander professionele hulp te zoeken;
- Zoek zelf steun als het u teveel wordt.

Voor mensen met een sociale fobie en hun familieleden bestaan diverse folders en enkele goede voorlichtingsboeken. Deze zijn te bestellen via de internetsite van de Angst, Dwang en Fobie Stichting (zie hiervoor).

REFERENTIES

1. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-IV-TR]. Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2001). Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR. Lisse: Swets & Zeitlinger.
3. Haaijman, W.P. (1995). Diagnostiek van angststoornissen. In: J.A.Boer, H.G.M.Westenberg (red.). Leerboek angststoornissen: een neurobiologische benadering, p. 38-65. Utrecht: De Tijdstroom.
4. Oosterbaan, D., Bögels, S. (2001). Behandelingsstrategieën bij angststoornissen. In: A.L.M.Van Balkom, P.Van Oppen, R.Van Dyck (red.), p. 59-79. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
5. Oosterbaan, D.B. (2001). Social phobia: cognitive and pharmacological treatment. Amsterdam: Vrije Universiteit.
6. Mulkens, A.A.N. (2000). Red, hot, and scared? Inquiries into fear of blushing. Maastricht: Universiteit van Maastricht.
7. Scholing, A., Emmelkamp, P.M.G. (1990). Social phobia: nature and treatment. In: H.Leitenberg (red.). Handbook of social and evaluation anxiety, p. 269-324. New York: Plenum Press.
8. Brunello, N., den Boer, J.A., Judd, L.L., Kasper, S., Kelsey, J.E., Lader, M., Lecrubier, Y., Lepine, J.P., Lydiard, R.B., Mendlewicz, J., Montgomery, S.A., Racagni, G., Stein, M.B., Wittchen, H.U. (2000). Social phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 60(1): 61-74.
9. Lampe, L., Slade, T., Issakidis, C., Andrews, G. (2003). Social phobia in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being (NSMHWB). *Psychological Medicine*, 33(4): 637-646.
10. Ralevski, E., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Tracie, S.M., Yen, S., Bender, D.S., Zanarini, M.C., McGlashan, T.H. (2005). Avoidant personality disorder and social phobia: distinct enough to be separate disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(3): 208-214.
11. Keller, M.B. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement*, 108(417): 85-94.
12. Oosterbaan, D.B., Van Balkom, A.J.L.M., Spinhoven, P., De Meij, T.G.J., Van Dyck, R. (2002). The influence on treatment gain of comorbid avoidant personality disorder in patients with social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(1): 41-43.
13. Bijl, R.V., Van Zessen, G., Ravelli, A., de Rijk, C., Langendoen, Y. (1998). The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): objectives and design. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 33(12): 581-586.
14. Bijl, R.V., Ravelli, A., Van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 33(12): 587-595.
15. Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6): 593-602.

16. Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demier, O., Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62(6): 617-627.
17. Furmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(2): 84-93.
18. Bijl, R.V., De Graaf, R., Ravelli, A., Smit, F., Vollenbergh, W.A.M. (2002). Gender and age specific first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (Nemesis). *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37(8): 372-379.
19. De Graaf, R., Bijl, R.V., Ravelli, A., Smit, F., Vollebergh, W.A.M. (2002). Predictors of first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(4): 303-313.
20. Neufeld, K.J., Swartz, K.L., Bienvenu, O.J., Eaton, W.W., Cai, G. (1999). Incidence of DIS/DSM-IV social phobia in adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(3): 186-192.
21. Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1): 8-19.
22. Van Dorsselaer, S., De Graaf, R., Verdurmen, J., Van 't Land, H., Ten, ave, M., ollebergh, W. (2006). *Trimbos kerncijfers psychische stoornissen: resultaten van Nemesis (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
23. Verhulst, F.C., Van der Ende, J., Ferdinand, R.F., Kasius, M.C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54(4): 329-336.
24. Mesman, J., Koot, H.M. (2001). Early preschool predictors of preadolescent internalizing and externalizing DSM-IV diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(9): 1029-1036.
25. Velting, O.N., Albano, A.M. (2001). Current trends in the understanding and treatment of social phobia in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(1): 127-140.
26. Merikangas, K.R., Lieb, R., Wittchen, H.U., Avenevoli, S. (2003). Family and high-risk studies of social anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement*, 108(417): 28-37.
27. Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C., Eaves, L.J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women. The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49(4): 273-281.
28. Kendler, K.S., Myers, J., Prescott, C.A., Neale, M.C. (2001). The genetic epidemiology of irrational fears and phobias in men. *Archives of General Psychiatry*, 58(3): 257-265.
29. Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., Wittchen, H.U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4): 453-462.
30. Magee, W.J. (1999). Effects of negative life experiences on phobia onset. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(7): 343-351.

31. Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchen, H.U., McGonagle, K.A., Kessler, R.C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53(2): 159-168.
32. Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P., Marteinsdottir, I., Gefvert, O., Fredrikson, M. (1999). Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 34(8): 416-424.
33. Hybels, C.F., Blazer, D.G., Kaplan, B.H. (2000). Social and personal resources and the prevalence of phobic disorder in a community population. *Psychological Medicine*, 30(3): 705-716.
34. Beidel, D.C., Turner, S.M., Morris, T.L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(6): 643-650.
35. Wittchen, H.U., Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement*, 108(417): 4-18.
36. Rapee, R.M., Spence, S.H. (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychological Review*, 24(7): 737-767.
37. Neal, J.A., Edelman, R.J. (2003). The etiology of social phobia: toward a developmental profile. *Clinical Psychological Review*, 23(6): 761-786.
38. De Graaf, R., Bijl, R.V., Spijker, J., Beekman, A.T.F., Vollebergh, W.A.M. (2003). Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 38(1): 1-11.
39. Lépine, J.P., Wittchen, H.U., Essau, C.A. (1993). Lifetime and current comorbidity of anxiety and affective disorders: results from the International WHO/ADAMHA CIDI field trials. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3(2): 67-77.
40. Wittchen, H.U. (1998). Natural course and spontaneous remissions of untreated anxiety disorders: results of the Munich Follow-up Study (MFS). In: I.Hand, H.U.Wittchen (red.). *Panic and phobias 2: treatment and variables affecting course and outcome*, p. 3-17. New York: Springer.
41. Wittchen, H.U., Stein, M.B., Kessler, R.C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*, 29(2): 309-323.
42. DeWit, D.J., Ogborne, A., Offord, D.R., MacDonald, K. (1999). Antecedents of the risk of recovery from DSM-III-R social phobia. *Psychological Medicine*, 29(3): 569-582.
43. Yonkers, K.A., Dyck, I.R., Keller, M.B. (2001). An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women. *Psychiatric Services*, 52(5): 637-643.
44. Bruce, S.E., Yonkers, K.A., Otto, M.W., Eisen, J.L., Weisberg, R.B., Pagano, M., Shea, M.T., Keller, M.B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 162(June): 1179-1187.
45. Clark, D.M., Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: R.G.Heimberg, M.R.Liebowitz, D.A.Hope, F.R.Schneier (red.). *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment*, p. 63-93. New York: Guilford Press.

46. Ravelli, A., Bijl, R.V., Van Zessen, G. (1998). Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking: Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40(9): 531-544.
47. Kessler, R.C. (1995). Epidemiology of psychiatric comorbidity. In: M.T.Tsuang, M.Tohen, G.E.P.Zahner (red.). *Textbook in psychiatric epidemiology*, p. 179-197. New York: Wiley-Liss.
48. Chartier, M.J., Walker, J.R., Stein, M.B. (2003). Considering comorbidity in social phobia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(12): 728-734.
49. Merikangas, K.R., Angst, J., Eaton, W., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Wacker, H., Wittchen, H.U., Andrade, L., Essau, C., Whitaker, A., Kraemer, H., Robins, L.N., Kupfer, D.J. (1996). Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: results of an international task force. *British Journal of Psychiatry Supplement*, 30: 58-67.
50. Crum, R.M., Pratt, L.A. (2001). Risk of heavy drinking and alcohol use disorders in social phobia: a prospective analysis. *American Journal of Psychiatry*, 158(10): 1693-1700.
51. Abrams, K., Kushner, M., Medina, K.L., Voight, A. (2001). The pharmacologic and expectancy effects of alcohol on social anxiety in individuals with social phobia. *Drug and Alcohol Dependence*, 64(2): 219-231.
52. Bijl, R.V., Ravelli, A. (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine*, 30(3): 657-668.
53. Buist-Bouwman, M.A., De Graaf, R., Vollebergh, W.A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Ormel, J. (2006). Functional disability of mental disorders and comparison with physical disorders: a study among the general population of six European countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(6): 492-500.
54. Stein, M.B., Kean, Y.M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, 157(10): 1606-1613.
55. Sareen, J., Cox, B.J., Afifi, T.O., De Graaf, R., Asmundson, G.J., ten Have, M., Stein, M.B. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry*, 62(11): 1249-1257.
56. Kessler, R.C., Stein, M.B., Berglund, P. (1998). Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 155(5): 613-619.
57. Stein, M.B., Torgrud, L.J., Walker, J.R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity: findings from a community survey. *Archives of General Psychiatry*, 57(11): 1046-1052.
58. Kessler, R.C. (2003). The impairments caused by social phobia in the general population: implications for intervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement*, 108(417): 19-27.
59. Van 't Land, H. (2007). GGZ in tabellen 2007. Utrecht: Trimbos-instituut.
60. Bijl, R.V., Ravelli, A. (2000). Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Public Health*, 90(4): 602-607.
61. Polder, J.J., Takken, J., Meerding, W.J., Kommer, G.J., Stokx, L.J. (2002). *Kosten van ziekten in Nederland: de zorgeuro ontrafeld*. Bilthoven: RIVM.

62. Weiller, E., Bisserbe, J.C., Boyer, P., Lepine, J.P., Lecrubier, Y. (1996). Social phobia in general health care: an unrecognised undertreated disabling disorder. *British Journal of Psychiatry*, 168(2): 169-174.
63. Wang, P.S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B., Kessler, R.C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6): 603-613.
64. Wang, P.S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B., Kessler, R.C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6): 629-640.
65. Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184(June): 526-533.
66. Boardman, J., Henshaw, C., Willmott, S. (2004). Needs for mental health treatment among general practice attenders. *British Journal of Psychiatry*, 185(October): 318-327.
67. Van der Velde, V. (2003). Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen 2003: richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.
68. Beekman, A.T.F., de Beurs, E. (2004). Meetinstrumenten bij aanmelding in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46(10): 653-658.
69. Van Balkom, A.J.L.M., de Beurs, E., Hovens, J.E.J.M., Van Vliet, I.M. (2004). Meetinstrumenten bij angststoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46(10): 687-692.
70. Hawkrigde, S.M., Ipser, J.C., Stein, D.J. (2005). Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents [protocol]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005(1): CD005170
71. James, A., Soler, A., Weatherall, R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005(4): CD004690
72. Kremberg, E., Mitte, K. (2005). Kognitiv-behaviorale und behaviorale Interventionen der Sozialen Phobie im Kindes- und Jugendalter: ein Überblick zur Wirksamkeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 34(3): 196-204.
73. Rowa, K., Antony, M.M. (2005). Psychological treatments for social phobia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(6): 308-316.
74. Stein, D.J., Ipser, J.C., Van Balkom, A.J. (2000). Pharmacotherapy for anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000(4): CD001206
75. Van Loenen, A.C. (2007). *Pharmacotherapeutisch kompas*. Diemen: College voor zorgverzekeringen (CVZ).
76. Rodebaugh, T.L., Holaway, R.M., Heimberg, R.G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychological Review*, 24(7): 883-908.
77. Steppe, A.O.P., Ferdinand, R.F. (2002). Medicamenteuze behandeling van angststoornissen bij kinderen en adolescenten. *Kind en Adolescent*, 23(4): 285-299.
78. Hazell, P. (2001). Fluvoxamine reduced symptoms of social phobia, separation anxiety disorder and generalized anxiety disorder in children. *Evidence Based Mental Health*, 4(November): 116

79. Scott, R.W., Mughelli, K., Deas, D. (2005). An overview of controlled studies of anxiety disorders treatment in children and adolescents. *Journal of the National Medical Association*, 97(1): 13-24.
80. Rapee, R.M., Heimberg, R.G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8): 741-756.
81. Bögels, S.M. (2006). Task concentration training versus applied relaxation, in combination with cognitive therapy, for social phobia patients with fear of blushing, trembling, and sweating. *Behaviour Research and Therapy*, 44(8): 1199-1210.
82. Nauta, M.H., Scholing, A., Emmelkamp, P.M., Minderaa, R.B. (2003). Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: no additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(11): 1270-1278.

3 DISSOCIATIEVE IDENTITEITSSTOORNIS (DIS)

3.1 WAT IS DIS?

DIS heette vroeger meervoudige persoonlijkheidsstoornis (MPS). Het is een zeldzame stoornis. Onderzoeksgegevens naar DIS zijn schaars. Er zijn nauwelijks systematische onderzoeken naar DIS uitgevoerd. Kennis over DIS is vooral gebaseerd op klinische observaties (gevalsstudies) en onderzoek onder opgenomen psychiatrische patiënten.¹

De symptomen van DIS vertonen veel overeenkomsten met andere psychische stoornissen, zoals schizofrenie, borderline persoonlijkheidsstoornis, somatisatiestoornis of bipolaire stoornis. Zou DIS niet een symptoom kunnen zijn van een ernstige vorm van borderline-persoonlijkheidsstoornis of somatisatiestoornis?² DIS is onder andere hierdoor een controversiële stoornis. Critici zijn van mening dat DIS niet als een afzonderlijk syndroom aangemerkt kan worden. Zij wijzen erop dat de kans dat iemand de diagnose DIS krijgt mede afhankelijk is van de cultuur en de therapeut.² In dit verband wordt gewezen op de spectaculaire groei van het aantal gerapporteerde patiënten met DIS in de jaren tachtig.² In de wereldliteratuur waren tot 1970 in totaal 79 gevallen van DIS bekend. In 1986 bedroeg dit aantal in Noord-Amerika 6000.²

SYMPTOMEN EN DIAGNOSE

DIS behoort tot de groep dissociatieve stoornissen. Dissociatieve stoornissen vormen een aparte groep van stoornissen die zich kenmerken door een verstoring van bewustzijn, herinnering, identiteit of waarneming van de omgeving zonder dat hiervoor een organische oorzaak (zoals hersenletsel of een visuele handicap) is. Deze verstoring kan plotseling of geleidelijk zijn en kan zowel chronisch als van voorbijgaande aard zijn.³

DIS wordt volgens DSM-IV-TR gekenmerkt door:⁴

1. De aanwezigheid van twee of meer scherp van elkaar te onderscheiden identiteiten of persoonlijkheidstoestanden, elk met een eigen betrekkelijk langdurig patroon van het waarnemen van, het omgaan met en het denken over de omgeving en zichzelf;
2. Ten minste twee van deze identiteiten of persoonlijkheidstoestanden bepalen geregeld het gedrag van betrokkene;
3. Niet in staat zijn zich belangrijke persoonlijke gegevens te herinneren, welke te uitgebreid is om verklaard te kunnen worden door gewone vergeetachtigheid;

4. De stoornis is niet het gevolg van fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld black-outs of chaotisch gedrag als gevolg van alcoholvergiftiging) of een lichamelijke aandoening (bijvoorbeeld toevallen);
5. Bij kinderen zijn de symptomen niet toe te schrijven aan denkbeeldige speelkameraadjes of andere fantasiespelletjes.

In onderzoek onder DIS-patiënten is gevonden dat het aantal persoonlijkheidstoestanden kan variëren. Meestal worden er drie gevonden.⁵ In de helft van de gevallen worden er minder dan tien gevonden.⁴ 15 tot 25 procent van de patiënten zou meer dan 25 persoonlijkheidstoestanden hebben. Het gemiddelde zou op 8 tot 13 liggen.⁵⁻⁸ Er zijn psychofysiologische verschillen (o.a. hart- en hersenactiviteit) gevonden tussen de persoonlijkheidstoestanden.⁵

Critici vinden bovenstaande diagnostische criteria van DIS vaag. Niet precies duidelijk is wat bijvoorbeeld verstaan moet worden onder een “persoonlijkheidstoestand”.¹ Dit maakt het lastig om onderzoek te doen naar DIS en het zou volgens critici overdiagnostiek in de hand werken.

ONDERSCHIED MET ANDERE STOORNISSEN EN KLACHTEN

De symptomen van DIS-patiënten vertonen veel overeenkomsten met andere psychische stoornissen zoals schizofrenie, borderline persoonlijkheidsstoornis, somatisatiestoornis of bipolaire stoornis.

Schizofrenie en andere psychotische stoornissen

De symptomen van DIS lijken op de symptomen van schizofrenie en psychotische stoornissen. De aanwezigheid van verschillende persoonlijkheidstoestanden - met een eigen manier van spreken - doet denken aan een hallucinatie. Ook het denken van een DIS-patiënt kan een waanachtig karakter hebben. Het horen van stemmen (bij 90 procent van de DIS-patient is dit het geval) en visuele hallucinaties doen denken aan een psychose.⁹ DIS is in de praktijk lastig te onderscheiden van schizofrenie.⁷ Van twee symptomen (1) het zichzelf van een afstand zien alsof je er niet zelf bij bent, en 2) de omgeving, goede bekenden of familieleden als vaag ervaren) zouden schizofrene en psychotische patiënten slechts af en toe last hebben, terwijl DIS-patiënten hier veel vaker last van hebben. Een ander verschil dat genoemd wordt is dat deze symptomen bij DIS-patiënten ernstiger zouden zijn dan bij schizofrene patiënten.⁹ Bovendien blijft bij DIS-patiënten de realiteitstoetsing intact en reageren zij nauwelijks op medicatie voor psychoses.^{3:9}

Bipolaire stoornis

Bij een bipolaire stoornis kan een uitgelaten en opgewonden stemming omslaan in een sombere en terneergeslagen bui. Deze wisseling doet denken aan de wisseling van persoonlijkheidstoestand bij DIS.^{4;6;9} Een verschil dat genoemd wordt is dat een stemmingswisseling bij mensen met een bipolaire stoornis nagenoeg niet gepaard gaat met geheugenverlies, terwijl dat bij DIS-patiënten wel het geval is.⁹ Ook zouden persoonlijkheidstoestanden sneller wisselen bij DIS-patiënten.

Posttraumatische stress-stoornis (PTSS)

De symptomen van een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) doen sterk denken aan de symptomen van DIS.⁹ Patiënten met DIS voldoen in de praktijk meestal aan de criteria voor PTSS. Maar bij patiënten met alleen PTSS zou veelal sprake zijn van een tijdelijke geheugenstoornis, hoewel soms ook ernstig, terugkerend geheugenverlies wordt gerapporteerd.⁹ Een ander verschil is dat geheugenstoornissen van DIS-patiënten ernstiger zouden zijn en langer zouden duren (vaak zijn deze symptomen al vanaf de puberteit aanwezig).⁹

Somatoforme stoornis

Een somatoforme stoornis is een psychische aandoening waarbij een persoon lichamelijke klachten heeft waarvoor geen fysiologische oorzaak te vinden is. Veel DIS-patiënten hebben een somatoforme stoornis.⁹ DIS-patiënten kunnen bijvoorbeeld veel pijn ervaren in de onderbuik.¹⁰ Het aantal somatoforme symptomen van DIS-patiënten zou talrijker, ernstiger en langduriger zijn dan bij mensen met alleen een somatoforme stoornis.⁹

Borderline persoonlijkheidsstoornis

Symptomen van een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) komen voor bij DIS-patiënten.⁹ Verondersteld wordt daarom wel dat DIS een ernstige variant is van BPS.⁵ Beide stoornissen worden in verband gebracht met trauma's in de kindertijd. De stoornissen zijn niet gemakkelijk van elkaar te onderscheiden. Een verschil dat wel genoemd wordt is dat DIS-patiënten last zouden hebben van duidelijk, afgebakend en terugkerend geheugenverlies.⁹ BPS-patiënten zouden incidenteel last hiervan hebben, vooral tijdens een impulsieve agressieve episode. Ook wordt erop gewezen dat DIS-patiënten een gestoorde zelfbeleving hebben, terwijl BPS-patiënten dat niet hebben. Verder wordt genoemd dat hallucinaties – zoals het horen van stemmen die het gedrag van de patiënt van negatief commentaar voorzien – veel vaker voorkomen bij DIS-patiënten dan bij BPS-patiënten.⁹

Theatrale persoonlijkheidsstoornis

DIS-patiënten hebben een gestoorde zelfbeleving waarbij persoonlijkheidstoestanden - die zich bedienen van een eigen manier van spreken en eigen taalgebruik

- elkaar afwisselen.¹⁰ Deze symptomen doen soms denken aan de symptomen van een theatrale persoonlijkheidsstoornis. Een patiënt met een theatrale persoonlijkheidsstoornis kan zich soms verliezen in bepaalde rollen en ernstig in de war zijn over de eigen identiteit. Een verschil dat genoemd wordt is dat patiënten met een theatrale persoonlijkheidsstoornis geen last heeft van geheugenverlies, geen stemmen hoort en geen gestoorde zelfbeleving heeft.⁹

3.2 HOE VAAK KOMT DIS VOOR EN BIJ WIE ?

In Nederland is geen algemeen bevolkingsonderzoek uitgevoerd naar het vóórkomen van DIS. Er zijn geen systematische studies bekend naar risicogroepen en –factoren van DIS. Kennis is vooral gebaseerd op klinische observaties en onderzoek onder opgenomen psychiatrische patiënten.

HOE VAAK KOMT DIS VOOR ?

DIS is lastig te meten. In 1991 werden wel dissociatieve *ervaringen* gemeten onder de algemene bevolking in Nederland en Vlaanderen. In dit onderzoek werd gevonden dat 3 procent van de algemene bevolking ernstige dissociatieve ervaringen of symptomen heeft. Verder werd in een onderzoek onder Nederlandse psychiatrische patiënten geschat dat 1,6 procent DIS heeft.¹¹ In Amerika en Canada werd het vóórkomen van DIS wel op basis van bevolkingsonderzoek geschat. Respondenten kregen een vragenlijst toegestuurd met het verzoek deze in te vullen. Respondenten met een hoge score op dissociatie, werden vervolgens geïnterviewd door een clinicus. In deze studies werd geschat dat tussen 1 en 1,5 procent van de mensen in Amerika en Canada DIS heeft.¹²⁻¹⁴

DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

Op basis van onderzoek onder psychiatrische patiënten blijkt dat er meer vrouwen dan mannen DIS hebben.^{4;7;15} De gemiddelde leeftijd ligt rond de 30 jaar.^{6;7;15;16} In deze patiëntenpopulaties hebben volwassen vrouwen drie tot negen keer vaker DIS dan mannen. In een Amerikaans onderzoek onder patiënten werd gevonden dat vrouwelijke patiënten met DIS gemiddeld meer persoonlijkheidstoestanden hebben dan mannelijke DIS-patiënten (respectievelijk gemiddeld 15 versus gemiddeld 8).⁴ Patiënten met DIS zouden hoger opgeleid zijn dan patiënten zonder DIS.^{6;17}

INDIVIDUELE KWETSBAARHEID

Er zijn aanwijzingen voor een familiale kwetsbaarheid voor DIS. Kinderen van wie de moeder aan DIS lijdt, zouden eerder deze stoornis krijgen.^{4;5} Deze familiale kwets-

baarheid zou overigens niet genetisch overdraagbaar hoeven zijn. Bij kinderen van DIS-patiënten zou er ook sprake kunnen zijn van een nagebootste stoornis.

OMGEVINGSFACTOREN

Bij het ontstaan van DIS wordt veelvuldig gewezen op de rol van ‘verdrongen’ herinneringen aan seksueel misbruik in de jeugd (eventueel met lichamelijke mishandeling of affectieve verwaarlozing).^{4;8;12;13;15} In onderzoek onder DIS-patiënten werd gevonden dat 90 procent van hen een voorgeschiedenis zou hebben van fysiek geweld en/of seksueel misbruik.^{7;10}

Of er een relatie bestaat tussen het terugvinden van ‘verdrongen’ herinneringen aan seksueel misbruik in de jeugd en het ontstaan van DIS wordt door critici betwijfeld.^{1;18} Want in hoeverre is het mogelijk dat iemand in zijn jeugd ernstig getraumatiseerd wordt, vervolgens geen herinneringen meer aan het trauma bewaart en zich na vele jaren het trauma alsnog herinnert?^{2;18;19} Ook worden kanttekeningen geplaatst bij de betrouwbaarheid van deze ‘teruggevonden herinneringen’. Het geheugen is feilbaar, zo blijkt uit onderzoek. Herinneringen aan ‘traumatische’ gebeurtenissen in de jeugd – die zich in werkelijkheid niet hebben voorgedaan – blijken experimenteel te kunnen worden gefabriceerd. In onderzoek werd gevonden dat mensen zich traumatische gebeurtenissen kunnen herinneren die in werkelijkheid niet gebeurd zijn als ze suggestieve vragen gesteld krijgen.²⁰ Mensen kunnen dus ten onrechte veronderstellen dat ze getraumatiseerd zijn in hun jeugd.²¹ Opgemerkt moet wel worden dat in een laboratorium nog nooit onjuiste herinneringen gecreëerd zijn met dezelfde emotionele impact en ernst als seksuele traumatisering. Uit ethische overwegingen is dit immers niet toelaatbaar. De mate waarin een patiënt openstaat voor suggesties van de therapeut, zich kan inleven en gevoelig is voor verbeelding zou de kans vergroten op het terugvinden van fictieve ‘verdrongen’ herinneringen.^{19;21;22} De therapie-setting, suggesties van de therapeut, medepatiënten of gelezen literatuur zouden volgens critici dus allen kunnen bijdragen aan het terugvinden van fictieve ‘verdrongen’ herinneringen.¹⁸

3.3 HOE VERLOOPT DIS ?

Er zijn geen systematische studies uitgevoerd naar het verloop van DIS. Kennis op dit vlak is gebaseerd op klinische observaties en onderzoek onder DIS-patiënten.

DIS zou zich openbaren tussen adolescentie en het dertigste levensjaar. In één onderzoek werd gevonden dat kinderen die later de diagnose DIS krijgen, in hun jeugd relatief vaak beschuldigd werden van liegen, zich soms zouden gedragen alsof ze in trance zijn, sterk wisselend gedrag lieten zien: nu eens zouden ze zich gedragen zoals

past bij hun leeftijd, dan weer zouden ze zich gedragen zoals past bij een veel jonger kind.⁵ Pas in de adolescentie zouden de verschillende persoonlijkheidsstoestanden zich openbaren. Zonder behandeling zou DIS een chronische stoornis zijn.³ Sommige patiënten hebben een milde vorm van DIS, anderen zouden een ernstige vorm hebben die gekenmerkt wordt door grote beperkingen in het dagelijkse functioneren.⁵

3.4 KOMEN ER BIJ DIS NOG ANDERE AANDOENINGEN OF KLACHTEN VOOR ?

Er zijn geen systematische studies uitgevoerd naar andere aandoeningen die zich naast DIS kunnen voordoen. Resultaten zijn vooral gebaseerd op klinische observaties en onderzoek onder DIS-patiënten.

PSYCHISCHE STOORNIS

DIS-patiënten hebben vaak andere psychische stoornissen, zoals posttraumatisch stress-stoornis (PTSS), de borderline persoonlijkheidsstoornis en de somatisatiestoornis (veel lichamelijke klachten - zoals het uitvallen van een lichamelijke functie of beperking daarvan zonder dat daar een aantoonbare lichamelijke oorzaak voor is - worden gemeld).^{3;4;6;7;23;24} Zij hebben relatief vaak last van stemmingsstoornissen, angststoornissen, automutilatie of zelfverwonding en stoornissen in verband met middelengebruik (alcohol of drugs).^{3;8;25} Ruim tweederde tot driekwart van de DIS-patiënten heeft ooit een zelfmoordpoging ondernomen.^{7;8;25} Eet-, slaap- en seksuele stoornissen komen relatief vaak voor.^{6;7;23} Ook hebben DIS-patiënten vaak symptomen van andere dissociatieve stoornissen. Zo kan een patiënt met DIS zich vaak delen van zijn verleden niet meer herinneren (geheugenverlies), zichzelf van een afstand zien alsof hij/zij er niet zelf niet bij is (depersonalisatie) of de omgeving, goede bekenden of familieleden als vaag ervaren (derealisatie).^{4;9} Kenmerkend voor patiënten met DIS is dat deze symptomen vaak gezamenlijk en veelvuldig voorkomen.⁹

Dat DIS-patiënten zoveel andere psychische stoornissen hebben, roept de vraag op of DIS wel als een afzonderlijk syndroom beschouwd moet worden. Sommige onderzoekers vragen zich af of DIS niet een symptoom zou kunnen zijn van een ernstige vorm van borderline-stoornis of somatisatiestoornis.²

LICHAMELIJKE AANDOENINGEN

Of DIS-patiënten vaker lichamelijke ziekten hebben is niet duidelijk. Wel rapporteren zij vaker lichamelijke klachten zonder dat daar een lichamelijke oorzaak voor is.

3.5 WAT ZIJN DE GEVOLGEN VAN DIS ?

Er is nagenoeg geen systematisch onderzoek uitgevoerd naar de gevolgen van DIS (kwaliteit van leven, levensverwachting of maatschappelijke kosten).

KWALITEIT VAN LEVEN

Op basis van de veelheid aan klachten waar deze mensen onder gebukt gaan en het grote aantal zelfmoordpogingen, mag verwacht worden dat er beperkingen op sociaal emotioneel terrein en beroepsmatig functioneren zijn. Door de vele somatische klachten die mensen met DIS hebben, is het aannemelijk dat er ook beperkingen zijn op lichamelijk gebied. Uit het weinige onderzoek dat beschikbaar is blijkt dat een deel van de DIS-patiënten moeite heeft met het aangaan van relaties²⁶, werk, het opvoeden van kinderen⁴ en dat het algemeen niveau van psychisch functioneren laag is¹⁶. In een onderzoek werd op basis van een analyse van dossiers van DIS-patiënten gevonden dat een deel van de patiënten een redelijke kwaliteit van leven heeft.²⁷

LEVENSVERWACHTING

Te verwachten is dat de levensverwachting lager zal zijn dan bij de rest van de bevolking als gevolg van het grote aantal zelfmoordpogingen onder mensen met DIS.

MAATSCHAPPELIJKE KOSTEN

DIS brengt waarschijnlijk hoge maatschappelijke kosten met zich mee. Vanwege de vele lichamelijke en psychische klachten van mensen met DIS, kan verwacht worden dat het eerstelijns zorggebruik (vanwege lichamelijke problemen) hoger is dan gemiddeld. Meestal komen patiënten met klachten zoals depressie, stemmingswisselingen, psychotische klachten of automutilatie en zelfmoordpogingen bij de hulpverlening. Zij zijn vaak jaren in zorg.⁴ Omdat deze patiënten vaak somatoforme symptomen hebben - zoals hoofdpijn, darmklachten en toevallen – worden er veelvuldig neurologische tests of operaties uitgevoerd. In een Nederlands onderzoek onder DIS-patiënten werd gevonden dat patiënten gemiddeld 8,2 jaar in contact waren met de geestelijke gezondheidszorg voordat de diagnose DIS gesteld werd.⁷

REFERENTIES

1. Crombag, H., Merckelbach, H. (1997). Tocht door de psychotherapeutische wildernis: een casus over MPS en iatrogenese. *Dth: directieve therapie*, 17(4): 271-291.
2. Van Dyck, R., Spinhoven, P. (1996). Vier controversen over dissociatieve identiteitstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38(2): 95-107.
3. Spiegel, D., Maldonado, J.R. (1999). Dissociative disorders. In: R.E.Hales, S.C.Yudofski, J.A.Talbott (red.). *Textbook of psychiatry*, p. 711-737. Washington: American Psychiatric Press.
4. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-IV-TR]*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
5. Kluft, R.P. (1996). Dissociative identity disorder. In: L.K.Michelson, W.J.Ray (red.). *Handbook of dissociation: theoretical, empirical, and clinical perspectives*, p. 337-366. New York: Plenum Press.
6. Casey, P. (2001). Multiple personality disorder. *Primary Care Psychiatry*, 7(1): 7-11.
7. Boon, S., Draijer, N. (1993). Multiple personality disorder in The Netherlands: a clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, 150(3): 489-494.
8. Ross, C.A., Norton, G.R., Wozney, K. (1989). Multiple personality disorder: an analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34(5): 413-418.
9. Draijer, N., Boon, S. (1996). Knelpunten in de differentiële diagnostiek van de dissociatieve identiteitsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38(2): 108-122.
10. Van der Hart, O., Van der Velden, K. (1995). Over het waarheidsgehalte van traumatische herinneringen. *Dth: directieve therapie*, 15(2): 167-193.
11. Friedl, M.C., Draijer, N. (2000). Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 157(6): 1012-1013.
12. Loewenstein, R.J. (1994). Diagnosis, epidemiology, clinical course, treatment, and cost effectiveness of treatment for dissociative disorders and MPD: report submitted to the Clinton Administration Task Force on Health Care Financing Reform. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 7(1): 3-11.
13. Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M.E., Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 163(4): 623-629.
14. Ross, C.A., Anderson, G., Fleisher, W.P., Norton, G.R. (1991). The frequency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 148(12): 1717-1720.
15. Middleton, W., Butler, J. (1998). Dissociative identity disorder: an Australian series. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(6): 794-804.
16. Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S., Brook, J.S. (2006). Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. *Journal of Psychiatric Research*, 40(2): 131-140.
17. Glover, H., Lader, W., Walker-O'Keefe, J. (1995). Vulnerability Scale scores in female inpatients diagnosed with self-injurious behaviour, dissociative identity disorder, and major depression. *Psychological Reports*, 77(3 Pt 1): 987-993.
18. Merckelbach, H., Wessel, I. (1994). Recovered memories. *De Psycholoog*, 29(3): 85-90.
19. Loftus, E.F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist*, 48(5): 518-537.

20. Spanos, N.P. (1994). Multiple identity enactments and multiple personality disorder: a sociocognitive perspective. *Psychological Bulletin*, 116(1): 143-165.
21. Spinhoven, P., Nijenhuis, E., Van Dyck, R. (1998). Herinneringen aan traumatische ervaringen. *Dth: directieve therapie*, 18(2): 134-168.
22. Vandereycken, W. (1996). Reflecties over dissociatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38(2): 85-94.
23. Maldonado, J.R., Spiegel, D. (2005). Dissociative States. In: J.M.Oldham, A.E.Skodol, D.S.Bender (red.). *Textbook of personality disorders*, p. 493-521. Washington: American Psychiatric Publishing.
24. Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W., Vertommen, H. (1991). Dissociative experiences in the general population in the Netherlands and Belgium: a study with the Dissociative Questionnaire (DIS-Q). *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 4(4): 180-184.
25. Stickley, T., Nickeas, R. (2006). Becoming one person: living with dissociative identity disorder. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 13(2): 180-187.
26. McAllister, M.M. (2000). Dissociative identity disorder: a literature review. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 7(1): 25-33.
27. Horevitz, R., Loewenstein, R.J. (1994). The rational treatment of multiple personality disorder. In: S.J.Lynn, J.W.Rhue (red.). *Dissociation: clinical and theoretical perspectives*, p. 289-316. New York: Guilford Press.

4 GEDRAGSSTOORNIS (CD) EN OPPOSITIONEEL-OPSTANDIGE GEDRAGSSTOORNIS (ODD)

4.1 WAT ZIJN CD EN ODD?

CD en ODD zijn twee stoornissen die zich in de jeugd voordoen en zij behoren tot de zogeheten externaliserende psychische stoornissen, waarbij het verstorende effect van het gedrag op de sociale omgeving centraal staat. Dit in tegenstelling tot de internaliserende stoornissen – zoals angst- en stemmingsstoornissen – waarbij vooral het lijden van de persoon zelf centraal staat. Het meeste onderzoek richt zich op CD. Weinig onderzoek richt zich specifiek op ODD. Deze laatste stoornis wordt meestal in samenhang met CD onderzocht.

CD (GEDRAGSSTOORNIS)

SYMPTOMEN EN DIAGNOSE

CD is een afkorting van de Engelse term *conduct disorder*. CD wordt beschreven als een zich herhalend en aanhoudend gedragspatroon, waarbij de grondrechten van anderen geweld wordt aangedaan of belangrijke bij de leeftijd horende sociale normen en regels worden overtreden. Volgens de DSM-IV-TR¹ heeft een kind of een adolescent een gedragsstoornis als tenminste 3 van de 15 onderstaande criteria het afgelopen jaar - en tenminste één criterium het laatste half jaar - aanwezig zijn in diverse situaties.

Het kind of de jongere:

Agressie gericht op mensen en dieren

1. pest, bedreigt of intimideert vaak anderen
2. begint vaak vechtpartijen
3. heeft een 'wapen' gebruikt dat anderen lichamelijk letsel kan toebrengen (bijvoorbeeld een knuppel, steen, gebroken fles, mes, vuurwapen)
4. heeft mensen mishandeld
5. heeft dieren mishandeld
6. heeft in een direct contact iemand bestolen (bijvoorbeeld iemand van achteren neerslaan, tasjesroof, afpersing, gewapende overval)
7. heeft iemand tot seksueel contact gedwongen

Vernieling van eigendom

8. heeft opzettelijk brand gesticht met de bedoeling ernstige schade te veroorzaken
9. heeft opzettelijk eigendommen van anderen vernield (anders dan door brandstichting)

Leugenachtigheid of diefstal

10. heeft ingebroken in iemands huis, gebouw of auto
11. liegt vaak om goederen of gunsten van anderen te krijgen of om verplichtingen uit de weg te gaan (bijvoorbeeld oplichting)
12. heeft zonder direct contact met het slachtoffer voorwerpen van waarde gestolen (bijvoorbeeld winkeldiefstal maar zonder in te breken, valsheid in geschrifte)

Ernstige schendingen van regels

13. blijft vaak, ondanks het verbod van de ouders, 's nachts van huis weg, beginnend voor het dertiende jaar
14. is tenminste tweemaal van huis weggelopen en 's nachts weggebleven (of eenmaal gedurende een langere periode zonder terug te keren)
15. spijbelt vaak, beginnend voor het dertiende levensjaar

SUBTYPEN

Drie subtypen van CD worden onderscheiden op basis van:

- Leeftijd
- Type en functie van het agressieve gedrag
- Empathie

Leeftijd

In de DSM-IV-TR wordt onderscheid wordt gemaakt tussen:¹

- Type CD dat in de kindertijd begint (aanwezigheid van ten minste één symptoom vóór het tiende levensjaar)
- Type CD dat in de puberteit begint (afwezigheid van enig symptoom voor het tiende levensjaar)

Hoe eerder CD zich openbaart, hoe slechter de vooruitzichten zijn. Als een kind op zeer jonge leeftijd symptomen van CD vertoont, dan heeft het een grotere kans om zich als volwassene agressief te gaan gedragen of om een antisociale persoonlijkheidsstoornis te ontwikkelen.²⁻⁴ Bij kinderen die de stoornis voor het eerst in de puberteit krijgen - zonder dat er in de kindertijd sprake was van problemen - zijn de vooruitzichten beter. Meestal gaan de gedragsproblemen dan weer voorbij.^{2;5;6}

Agressief gedrag

Het type agressief gedrag van kinderen of adolescenten met CD kan verschillen:⁷

- *Openlijk agressief*: Sommigen gedragen zich openlijk agressief, zoals veelvuldig ruzie maken met ouders, leerkrachten, vloeken, dreigen of slaan
- *Heimelijk agressief*: Anderen gedragen zich heimelijk agressief, zoals liegen of stelen

Onderscheid wordt verder gemaakt in de functie die het antisociale gedrag van kinderen of adolescenten met CD heeft:⁷

- Sommigen gedragen zich agressief als ze het gevoel hebben uitgedaagd te worden (dit wordt ook wel reactief agressief gedrag genoemd). Zij reageren emotioneel en boos op een bedreiging, aanval of frustratie.
- Anderen gedragen zich agressief omdat ze hiermee iets hopen te bereiken, bijvoorbeeld het verhogen van hun status (dit wordt ook wel proactief agressief gedrag genoemd). Zij zijn kil, berekenend, hebben een gebrek aan empathie en gebruiken koelbloedig agressie om hun doelen te bereiken.

Kinderen met CD die de wereld als vijandig of bedreigend ervaren en zich snel uitgedaagd voelen, lopen meer risico geïsoleerd te raken. Het kind gaat dan vaak slechter presteren op school en komt sneller in aanraking met leeftijdgenoten die ook gedragsproblemen hebben. Gevolg is dat deze kinderen zich vaak nog agressiever gaan gedragen.

Empathie

Kinderen met CD verschillen verder in de mate waarin ze emoties kunnen voelen of zich in anderen kunnen inleven.^{3:8:9}

- Sommigen scoren hoog op gevoelloosheid (een centraal kenmerk van psychopathie)
- Anderen scoren niet hoog op gevoelloosheid

Kinderen of adolescenten met CD die hoog scoren op gevoelloosheid hebben meer politiecontacten en ernstigere gedragsproblemen, zijn agressiever en rapporteren meer criminele gedragingen dan kinderen met CD die niet hoog scoren op gevoelloosheid. Het niet voelen van angst staat de ontwikkeling van schuldgevoel en inlevingsvermogen in de weg. Deze kinderen zijn minder goed in staat om gevoelens van verdriet te herkennen bij anderen en ze zijn minder gevoelig voor bedreigende en emotionele gebeurtenissen.

ODD

SYMPTOMEN EN DIAGNOSE

ODD (oppositieel-opstandige gedragsstoornis) is een afkorting van de Engelse term *oppositional defiant disorder*. Een kind met ODD heeft gedurende minimaal zes maanden een patroon van negatief, agressief en opstandig gedrag laten zien. Volgens de DSM-IV-TR heeft een kind ODD als hij of zij voldoet aan vier of meer van de onderstaande acht criteria gedurende minimaal zes maanden.¹ Het kind

1. is vaak driftig
2. maakt vaak ruzie met volwassenen
3. is vaak opstandig of weigert zich te voegen naar verzoeken of regels van volwassenen
4. ergert vaak met opzet anderen
5. geeft anderen vaak de schuld van eigen fouten of wangedrag
6. is vaak prikkelbaar en ergert zich gemakkelijk aan anderen
7. is vaak boos en gepikeerd
8. is vaak hatelijk en wraakzuchtig.

Een kind met ODD heeft - thuis of bij mensen die het goed kent - last van woede-uitbarstingen, koppigheid, het is ongevoelig voor aanwijzingen van volwassenen, niet geneigd om een compromis te zoeken of te overleggen of zich te voegen naar volwassenen. Het kind vloekt vaak, heeft last van een lage eigenwaarde, is afstandelijk en heeft moeite om emoties te uiten. Het legt moeilijk contact, heeft last van stemmingswisselingen en heeft een lage frustratietolerantie. Deze kinderen tasten voortdurend grenzen af en zijn agressief.¹⁰

Verondersteld wordt dat ODD een milde variant is van CD.^{4:11;12} Het merendeel van de kinderen met CD (90 procent) heeft vroeger ODD gehad, maar het omgekeerd geldt niet. Niet ieder kind met ODD ontwikkelt CD.⁵

SUBTYPE

Twee subtypen van ODD worden onderscheiden:

- Kinderen die *wel* CD ontwikkelen
- Kinderen die *geen* CD ontwikkelen

Lang niet alle kinderen met ODD krijgen CD. Geschat wordt dat een kwart CD krijgt en uiteindelijk ontwikkelt tien procent van de kinderen met ODD als volwassene een antisociale persoonlijkheidsstoornis.¹³

ONDERSCHIED MET ANDERE GEDRAGSPROBLEMEN

Opstandigheid als normale ontwikkelingsfase

Vrijwel ieder kind dat opgroeit doorloopt een (of meerdere) fase(n) waarin het zich opstandig gedraagt. Dit is normaal. Het kind is op zoek naar autonomie en tast grenzen af. Via feedback van de ouders leert het om te gaan met de verwachtingen van de ouders en leert het zijn of haar impulsen beter te beheersen. Vooral op tweejarige leeftijd luisteren kinderen vaak niet naar hun ouders, hebben zij woede-uitbarstingen als ze iets niet mogen en slaan ze soms andere kinderen. Het agressieve gedrag neemt af als het kind naar school gaat. Als het agressieve en opstandige gedrag na verloop van tijd niet afneemt en als het kind zich bovendien vaak agressief en opstandig gedraagt, dan zou er sprake kunnen zijn van een gedragsstoornis.^{14;15}

CD versus ODD

Bij beide stoornissen hebben kinderen moeite om hun emoties (woede) en impulsen onder controle te houden. Op een paar punten verschillen beide stoornissen.

Kinderen met ODD:^{3;4;15}

- hebben minder gebrekkige sociale vaardigheden
- hebben minder cognitieve beperkingen
- zijn minder gewelddadig
- zijn minder crimineel
- hebben meer respect voor de gevoelens en rechten van anderen dan kinderen met CD.

CD versus ADHD

Bij beide stoornissen hebben kinderen moeite om hun impulsen onder controle te houden. Op een paar punten verschillen beide stoornissen.

Kinderen met CD:^{16;17}

- zijn agressief, terwijl kinderen met alléén ADHD dat niet zijn;
- komen vaker uit slecht functionerende gezinnen waar ouders en/of kinderen regelmatig ruzie hebben dan kinderen met alléén ADHD
- hebben vaker een vader met een antisociale persoonlijkheidsstoornis dan kinderen met alléén ADHD.

Kinderen met alléén ADHD:

- vinden het moeilijker om zich te concentreren, ze bewegen meer dan kinderen met CD
- krijgen deze stoornis op jongere leeftijd dan kinderen met CD
- hebben vaker ouders met aandachtsproblemen of ADHD dan kinderen met CD¹⁷
- hebben niet meer risico om een antisociale persoonlijkheidsstoornis te ontwik-

kelen, terwijl kinderen met CD dat wel hebben.¹⁸ Dit risico wordt wel verhoogd als kinderen met ADHD daarnaast ook CD hebben.

ODD versus ADHD

Bij beide stoornissen hebben kinderen moeite om zich te beheersen, hebben kinderen last van gebrekkige cognitieve vaardigheden en kunnen kinderen zich moeilijk aanpassen aan een veranderende omgeving.¹⁹ Op een paar punten verschillen beide stoornissen.

Kinderen met ODD:

- hebben vaker woede-uitbarstingen dan kinderen met alléén ADHD
- vloeken vaker dan kinderen met alléén ADHD
- krijgen deze stoornis op latere leeftijd dan kinderen met alléén ADHD. Bij ODD ligt de piek rond het achtste jaar en neemt daarna af. Hyperactiviteit begint op veel jongere leeftijd en duurt voort in de adolescentie, al wordt het wel minder erg met het ouder worden.

4.2 HOE VAAK KOMEN CD EN ODD VOOR EN BIJ WIE?

AANTAL

- Geschat wordt dat 2 tot 4 procent van de jongeren CD heeft, zo blijkt uit Amerikaans onderzoek.^{7;9;20} In Nederlands onderzoek is gevonden dat in de leeftijd van 13 tot 18 jaar 6 procent CD heeft, ongeacht de informatiebron (ouder of kind).²¹
- Het aantal kinderen met ODD varieert van 2 tot 16 procent.²² Deze ruime marge hangt enerzijds samen met het gebrek aan precisie in de definitie van ODD in het verleden en met verschillen in de manieren waarop onderzoek naar het voorkomen van ODD is uitgevoerd, de wijze van data verzameling en de gehanteerde tijdslijn.

BIJ WIE KOMT CD EN ODD VOOR?

Onderzoek op dit terrein is lastig. Het is moeilijk om te bepalen in hoeverre het de genen zijn of de omgeving (bijvoorbeeld een chaotische gezinssituatie) of een combinatie van beide als een kind een gedragsstoornis ontwikkelt. Een gedragsstoornis ontstaat onder invloed van een combinatie van genetische en omgevingsfactoren.^{4;13;20;22-26} Hoe meer risicofactoren er aanwezig zijn, hoe groter de kans dat een kind gedragsproblemen krijgt en uiteindelijk een stoornis ontwikkelt. Interacties tussen risicofactoren spelen een belangrijke rol.^{24;27} Zo bleek criminaliteit twee maal vaker voor te komen in een groep waarin zowel genetische als omgevingsfactoren een risico hadden gevormd in vergelijking met groepen waar alleen de ene of de

andere soort risicofactor aanwezig was.²⁸ Tegenwoordig wordt steeds meer nadruk gelegd op de relatie tussen het kind dat een genetische gevoeligheid heeft om een gedragsstoornis te ontwikkelen en de reactie van de omgeving (ouders) op dit gedrag.¹⁰ In dit kader wordt ook wel gesproken van het transactionele of reciproke model, waarin de interactie tussen ouder en kind centraal staat. Een kind met moeilijk gedrag kan slecht aangepast gedrag uitlokken van de ouders, met als gevolg dat het kind nog opstandiger wordt. Zo ontstaat een vicieuze cirkel.

SEKSE EN LEEFTIJD

Meer jongens dan meisjes hebben CD en ODD.^{20;21}

- Geschat wordt dat ODD twee keer vaker voorkomt bij jongens dan bij meisjes. Deze verhouding verandert in de adolescentie. Dan krijgen ongeveer evenveel jongens als meisjes deze stoornis.
- Jongens met CD zijn vaker openlijk agressief dan meisjes. Meisjes met CD zijn vaker heimelijk agressief en zullen minder snel fysiek geweld gebruiken; ze liegen, stelen en roddelen eerder.^{3;5;9;29-32}
- Meer jongens dan meisjes krijgen CD *vóór* het tiende levensjaar. *Na* het tiende levensjaar ontwikkelen evenveel jongens als meisjes CD.³

Onderzoek naar CD richtte zich in het verleden vooral op jongens.³¹ De laatste jaren wordt steeds meer onderzoek uitgevoerd naar meisjes met CD.^{33;34}

INDIVIDUELE KWETSBAARHEID

Of een kind gedragsproblemen krijgt of een gedragsstoornis ontwikkelt, is voor een belangrijk deel erfelijk bepaald.³⁵ Als kinderen zich antisociaal of agressief gedragen, dan kan dat voor ongeveer de helft aan de genen worden toegeschreven.^{3;4;15;35-39}

Meerdere genen zijn in het spel.⁴⁰ Genen op chromosoom 2 en 19 zouden een rol spelen bij agressief en impulsief gedrag van kinderen.^{4;41} Uit tweelingonderzoek blijkt dat in bepaalde families gedragsproblemen en -stoornissen vaker voorkomen. Genen beïnvloeden algemeen functioneren, gedragsproblemen en het cortisolniveau.⁴²

Neurotransmitters

Neurotransmitters blijken een rol te spelen bij het ontstaan van gedragsproblemen of -stoornissen.

- *Noradrenaline*. Kinderen met een gedragsstoornis hebben een verminderde noradrenaline functie doordat ze meer van het enzym dopamine-beta-hydroxylase hebben dat dopamine omzet in noradrenaline.^{4;43}
- *Serotonine*. Impulsieve agressiviteit, grote spanningsbehoefte, beperkte schrikreactie en een gebrek aan angst hangen (ook) samen met verlaagde serotonine-

niveaus in de hersenen. De resultaten zijn bij kinderen die zich agressief en antisociaal gedragen, niet eenduidig; soms worden verhoogde, soms verlaagde serotonine-niveaus gevonden.^{4:41:44:45}

- *Mono-amino-oxidase-A*. Mono-amino-oxydase-A (MAO-A) is betrokken bij de afbraak van serotonine en (nor)adrenaline. Kinderen met CD hebben een lage MAO-A activiteit. De kans dat de stoornis zich openbaart wordt vergroot als er naast een lage MAO-A activiteit ook negatieve omgevingsinvloeden aanwezig zijn in het leven van het kind.³⁵

Hormoonspiegels

- *Cortisol*. Onderzoek onder jongens van 12 tot 14 jaar die voor het eerst opgepakt zijn voor een licht vergrijp, laat zien dat zij relatief weinig stresshormoon (lage cortisol-spiegel) in hun speeksel hebben.²³ Cortisol is een hormoon dat in concentratie toeneemt als iemand stress ervaart. Stressongevoelige mensen vertonen mogelijk sneller crimineel gedrag omdat ze weinig angst hebben voor negatieve consequenties. Een andere mogelijke verklaring voor de lage cortisol-spiegel is dat stressongevoelige mensen crimineel gedrag vertonen omdat zij op zoek gaan naar prikkels die zij doorgaans missen.
- *Testosteron*. Bij jongens wordt gekeken naar de invloed van testosteron op agressief gedrag. Mannelijke hormonen (testosteron) lijken echter geen rol te spelen bij het ontstaan van een gedragsstoornis.³⁷ Wel is aangetoond dat jongens zich agressiever, ongeduldiger en geïrriteerder gedragen als ze een hoog testosteron niveau hebben. In Nederlands onderzoek werd beschreven dat er alleen een verband is tussen de hoogte van de testosteronspiegel en fysieke agressie als er tegelijkertijd sprake is van een lage cortisol-spiegel.²³ Is de cortisol-spiegel hoog, dan lijkt de invloed van testosteron verwaarloosbaar.

Hersenafwijkingen

Hersenafwijkingen kunnen een rol spelen bij het ontstaan van een gedragsstoornis bij kinderen. De frontaalkwab van de hersenen van criminele kinderen en adolescenten met een gedragsstoornis is kleiner dan die van kinderen die geen gedragsproblemen hebben.^{45:46} In de frontaalkwab bevinden zich de hogere cognitieve functies, zoals zelfbewustzijn, verantwoordelijkheidsgevoel, vermogen tot planning en gedragsregulatie.

OMGEVINGSINVLOEDEN

Een (combinatie van een) aantal omgevingsfactoren vergroot de kans dat een jongere een gedragsstoornis ontwikkelt:

- **Socio-economische status**

Kinderen met CD of ODD wonen vaker in dichtbevolkte arme criminele buurten, maar de buurt maakt niet dat deze kinderen gedragsproblemen krijgen.¹⁵ Zo wonen alleenstaande ouders vaker in arme buurten, zijn de huizen verwaarloosd en wonen er gezinnen waar familieleden onderling weinig steun geven aan elkaar. Deze factor(en) heeft alleen invloed als ook andere risicofactoren aanwezig zijn.

- **Psychiatrische problemen van de ouders**

Moeders van kinderen met CD of ODD hebben vaker een depressie in engere zin, een somatisatiestoornis of alcoholmisbruik.⁴⁷ Vaders van kinderen met een gedragsstoornis zijn zelf vaak ook agressief of hebben een antisociale persoonlijkheidsstoornis.^{13;20}

- **Crimineel gedrag ouders**

- **Alcohol- en drugsmisbruik ouders**

- **Roken en stress tijdens de zwangerschap**

Moeders die roken tijdens hun zwangerschap hebben meer kans op een kind met CD.^{48;49} Roken door de moeder tijdens de zwangerschap bleek samen te hangen met ruim tweemaal zoveel gewelddadig gedrag van het kind op volwassen leeftijd. In een proefschrift wordt beschreven dat moederlijke stress tijdens de zwangerschap en het stresshormoon cortisol de functionele ontwikkeling van (het zenuwstelsel van) het ongebooren kind beïnvloeden.⁵⁰ Maar prenatale invloeden alleen maken niet dat kinderen CD krijgen. Deze factoren hebben alleen invloed als ook andere risicofactoren aanwezig zijn.

- **Huwelijksproblemen van de ouders**

- **Lichamelijke kindermishandeling**

Kinderen die in hun jeugd lichamelijk mishandeld en/of verwaarloosd zijn hebben een grotere kans op gedragsproblemen en crimineel gedrag als volwassene. Een stressfactor als mishandeling kan de ontwikkeling van de hersenen schaden, vooral in combinatie met een genetische gevoeligheid om een gedragsstoornis te ontwikkelen.⁵¹ Geschat wordt dat een kwart van de mishandelde en verwaarloosde kinderen uiteindelijk crimineel wordt.³⁵

- **Grote gezinnen (veel broertjes en zusjes)**

- **Negatieve ouder-kind interactie**

Gedragsproblemen bij kinderen kunnen toenemen als ouders te streng zijn (harde discipline), weinig steun geven en weinig betrokken zijn bij hun kinderen, als ouders zich agressief gedragen en niet consequent handelen als een kind zich dwingend gedraagt.⁵²⁻⁵⁴ Voor een ouder kan het moeilijk zijn om met een kind met gedragsproblemen om te gaan. Want kinderen met een gedragsstoornis kunnen minder goed dan andere kinderen a) hun emoties beheersen, b) wachten totdat wensen en/of behoeften vervuld worden, c) omgaan met frustraties en d) verschillende oplossingen bedenken voor een probleem.^{24;27} Ook denken ze al

gauw dat ze door anderen uitgedaagd worden. Moeilijk gedrag van een kind kan woede uitlokken bij een ouder, die met harde discipline probeert het gedrag van het kind te beteugelen. Na verloop van tijd wordt deze aanpak minder effectief en mist zij het gewenste effect. Het draagt zelfs bij aan het ontstaan van meer gedragsproblemen. Harde discipline vergroot de kans dat een kind later gedragsproblemen ontwikkelt of crimineel wordt. Gedragsproblemen kunnen zich voordoen als een leraar niet consequent is, te streng is (harde discipline) en onvoldoende oog en waardering heeft voor positief gedrag van een kind.⁶ Maar deze factor alleen maakt niet dat kinderen CD krijgen. Het heeft alleen invloed als ook andere risicofactoren aanwezig zijn.

BESCHERMENDE FACTOREN

Niet alle kinderen en adolescenten die aan meerdere risicofactoren worden blootgesteld ontwikkelen een gedragsstoornis. En lang niet alle kinderen en adolescenten met een gedragsstoornis ontwikkelen later een antisociale persoonlijkheidsstoornis. De invloed van risicofactoren kan worden gecompenseerd door beschermende factoren.

Een kind dat in armoede opgroeit, ouders met psychiatrische problemen heeft en een moeilijke thuissituatie heeft, hoeft geen gedragsstoornis te ontwikkelen als er één of meer beschermende factoren aanwezig zijn:^{2;27;55-57}

- Bovengemiddelde intelligentie en sociale vaardigheden
- Een goed ontwikkeld aanpassingsvermogen (veerkracht)
- Hechte relatie met tenminste één gezinslid of ouder
- Hechte relatie met iemand buiten het gezin (bijvoorbeeld iemand van de kerk of een leerkracht)
- Sterke relatie met vrienden die geen antisociaal gedrag vertonen
- Succesvol een opleiding volgen
- Gezond gevoel van eigenwaarde.

4.3 HOE VERLOPEN CD EN ODD?

CD

Hoe eerder de stoornis zich openbaart, hoe slechter de vooruitzichten op latere leeftijd zijn. Bij kinderen die vóór hun tiende jaar CD ontwikkelen:^{4;6}

- doen de eerste gedragsproblemen zich meestal voor als het kind ongeveer acht à negen jaar oud is. De problemen nemen vervolgens in ernst toe: van spijbelen en pesten naar agressie tegen dieren en/of mensen.
- zijn de gedragsproblemen na het dertiende levensjaar ernstig (zoals vechten, diefstal, verkrachting of dierenmishandeling).⁵

- blijven schoolprestaties achter en krijgen ze leerproblemen.
- komen relatieproblemen als volwassene vaak voor, zij hebben een lage zelfwaardering en moeite om een baan vast te houden.^{20;25;43}

Bij kinderen die na hun tiende levensjaar CD ontwikkelen:^{6;9}

- zijn er meestal geen gedragsproblemen in de kindertijd.
- worden gedragsproblemen ook niet erger na verloop van tijd, maar gaan op den duur weer voorbij.⁵
- komen gedragsproblemen vooral voort uit de wens om onafhankelijk en volwassen te zijn. Heimelijk agressief gedrag - zoals spijbelen en stelen - komt vaak voor.
- worden geen neurobiologische afwijkingen in de hersenen gevonden of cognitieve en sociale beperkingen. Ze hebben over het algemeen een goede band met hun ouders en vinden het leuk om met anderen om te gaan.
- is het horen bij een groep een belangrijke reden om zich rebels te gedragen en zich af te zetten tegen autoriteit en maatschappij.

Een chronisch beloop van CD hangt samen met:

- Meer en ernstiger symptomen
- ADHD/ODD als risicofactor voor CD
- Agressief gedrag op jonge leeftijd
- Impulsiviteit
- Lagere intelligentie en leerproblemen
- Gezinsproblemen
- Slechte relaties met leeftijdgenoten
- Meer familieleden met gedragsproblemen
- Bijkomende psychische stoornissen, zoals stemmings- en angststoornissen en verslaving
- Hoofdtrauma's/hersenletsel

Hoe de relatie tussen een chronisch verloop van CD en bovengenoemde factoren precies gemedieerd wordt is niet geheel duidelijk.

Kinderen met CD hebben een groter risico op:^{22;25;39}

- Vroegtijdig schoolverlaten
- Alcoholisme
- Drugsmisbruik
- Crimineel gedrag en criminaliteit op volwassen leeftijd
- Antisociale persoonlijkheidsstoornis en psychopathie
- Relatieproblemen en scheiding
- Problemen met andere mensen

- Slechte gezondheid
- Borderline persoonlijkheidsstoornis.⁵⁸

ODD

Er is weinig onderzoek uitgevoerd naar het verloop van ODD. Het is nog niet precies duidelijk welke factoren maken dat een kind met ODD uiteindelijk CD krijgt.⁵⁹

Een aantal factoren speelt een rol.^{3:10:59}

- Meer en ernstiger ODD symptomen
- ODD op jonge leeftijd
- Hyperactiviteit
- Stemmings- en/of angststoornis
- Vaak vechten
- Ouders met verslavingsproblemen
- Gezin met een lage sociaal-economische status
- Psychopathologie bij de ouders
- Relatieproblemen ouders.

Hoe de relatie ligt tussen het ontstaan van CD en bovengenoemde factoren is niet precies duidelijk. Ook is nog niet duidelijk welke combinatie van factoren vooral maakt dat de vooruitzichten verslechteren.⁵⁹

4.4 KOMEN ER BIJ CD EN ODD NOG ANDERE AANDOENINGEN VOOR?

PSYCHISCHE STOORNISSEN

ADHD

Geschat wordt dat ongeveer 40 procent van de kinderen met CD en 80 procent van de kinderen met ODD daarnaast ADHD heeft. Bij kinderen met CD die behandeld worden ligt dit percentage nog hoger: 90 procent heeft ADHD.⁹

- Deze kinderen zijn er slechter aan toe en hebben minder goede vooruitzichten dan kinderen die alleen CD hebben. Ze zijn agressiever, gedragen zich criminelier als adolescent en plegen meer geweldsdelicten als volwassene.
- De relatie tussen CD en ADHD is niet precies duidelijk. CD met ADHD wordt wel als een aparte stoornis beschouwd. Als een kind op peuterleeftijd zich agressief gedraagt en hyperactief is, dan hebben deze kinderen een groter risico om op jeugdige leeftijd ADHD en CD te ontwikkelen met agressieve symptomen.¹⁶ Kinderen die op jonge leeftijd wel hyperactief zijn maar niet agressief, kunnen na het tiende levensjaar CD ontwikkelen met niet-agressieve symptomen. ADHD lijkt de kans op een vroeg begin van ODD te vergroten.

Stemmings- en angststoornissen

Kinderen met CD en ODD hebben relatief vaak last van stemmings- en angststoornissen.

- Geschat wordt dat 15 tot 30 procent van de kinderen met CD last heeft van een depressie. Deze groep heeft meer zelfmoordneigingen en is minder agressief en gewelddadig dan de groep met alleen CD.⁹
- Geschat wordt dat 20 tot 30 procent van de kinderen met CD en 60 procent van de kinderen met ODD een angststoornis heeft.^{3;59} Bij kinderen met CD die door een therapeut behandeld worden is dit percentage nog hoger: tussen de 60 en 75 procent.
- Meisjes met CD hebben meer kans dan jongens op een depressie in engere zin, een stoornis in het gebruik van middelen of een angststoornis op volwassen leeftijd en minder kans op een antisociale persoonlijkheidsstoornis.^{20;30;60}
- Kinderen die ODD en een stemmings- en/of angststoornis hebben, lopen een groter risico om later CD te ontwikkelen.^{10;59}

Stoornis in het gebruik van middelen

Agressie in de jeugd is een belangrijke voorspeller van drugsgebruik en criminaliteit op latere leeftijd. Geschat wordt dat 50 procent van de jongeren met CD een stoornis in het gebruik van middelen heeft.³ Adolescenten met ODD beginnen eerder met roken, roken gemiddeld meer sigaretten en gebruiken meer drugs en alcohol dan leeftijdsgenoten zonder ODD. Ook lopen ze meer risico om als volwassene verslaafd te raken aan drugs of alcohol. Vooral bijkomende psychische stoornissen – zoals een depressie - verhogen de kans op verslavingsproblemen.

COGNITIEVE PROBLEMEN

Leerproblemen

Kinderen met CD en ODD hebben relatief vaak last van leerproblemen, moeite met het verwerken van informatie (cognitieve informatieverwerking), aandachtsproblemen en moeite met plannen.¹⁹ Ze hebben moeite zich te uiten en anderen te begrijpen.¹⁵ Het kan zijn dat CD/ODD en leer- en taalproblemen een gemeenschappelijke basis hebben.³⁹ Taal speelt immers een belangrijke rol bij het onder woorden brengen van gevoelens en behoeften en bij het bedenken van verschillende oplossingen als zich een probleem voordoet. Taal biedt kinderen verder de mogelijkheid om feedback op hun gedrag te verwerken en na te denken over hun gedrag, in de toekomst en het verleden. Kinderen die het moeilijk vinden om emoties (zoals woede en frustratie) te benoemen (zoals dat het geval is bij CD/ODD), vinden het waarschijnlijk ook moeilijk om na te gaan welke reactie het meest geschikt is.

Sociale cognities

Kinderen met CD en ODD hebben afwijkende sociale cognities.⁶¹ Ze zijn egocentrischer, hebben meer moeite zich in een ander in te leven, zien de wereld als een vijandige plek en voelen zich snel uitgedaagd. Zij denken al gauw dat anderen vijandige bedoelingen hebben. Als zich een probleem voordoet, kunnen ze minder goed alternatieve oplossingen bedenken en kiezen ze vaker voor een agressieve oplossing.

LICHAMELIJKE AANDOENINGEN

CD komt vaker voor bij kinderen met het syndroom van Gilles de la Tourette en kinderen met een verstandelijke handicap.²⁰ Een specifiek deel van de hersenen (de basale ganglia) is zowel betrokken bij het ontstaan van tics als ook bij het beheersen van impulsen.³ Er zijn geen lichamelijke ziekten bekend die vaker voorkomen bij jongeren met ODD dan bij anderen.

4.5 WAT ZIJN DE GEVOLGEN VAN DEZE STOORNISSEN?

KWALITEIT VAN LEVEN

CD/ODD heeft invloed op de kwaliteit van leven van:

- Gezinsleden
- Buren
- Leraren en klasgenootjes
- Leeftijdgenoten
- Betrokkene zelf

Jeugdigen met CD/ODD functioneren minder goed in contact met anderen. Een moeilijk kind kan gemakkelijk woede uitlokken. Een ouder kan met harde discipline proberen het gedrag van het kind te beteugelen. Maar deze aanpak werkt verergering van gedragsproblemen juist in de hand. Dezelfde interactie kan zich voordoen in het contact met leerkrachten als de lessen regelmatig verstoord worden. Verder loopt een kind met gedragsproblemen risico om door leeftijdgenoten verstoten te worden. De kans op antisociaal gedrag neemt in dat geval toe, omdat het kind intensiever contact zoekt met leeftijdgenoten met gedragsproblemen. Hoe jonger kinderen een gedragsstoornis ontwikkelen, hoe meer last hebben ze later van beperkingen en hoe vaker ze een beroep doen op de gezondheidszorg.⁶²

LEVENSVRWACHTING

Kinderen die in de vroege jeugd ODD hadden en later CD ontwikkelden, hebben als volwassene een grotere kans om voortijdig te overlijden.^{6,20}

- Adolescenten met CD en een depressie in engere zin hebben drie keer meer kans om zelfmoord te plegen dan adolescenten met alleen een depressie.
- Tussen het 28^{ste} en 42^{ste} levensjaar lopen zij een verhoogd risico om op een gewelddadige manier om het leven te komen of om verwondingen of seksueel overdraagbare aandoeningen (zoals HIV) op te lopen.

MAATSCHAPPELIJKE KOSTEN

De maatschappelijke kosten zijn aanzienlijk voor de slachtoffers, de omgeving en de samenleving.^{6:9}

- Kinderen en adolescenten met CD gepaard aan een stoornis in het gebruik van middelen begaan meer gewelddadige delicten dan kinderen/adolescenten met CD die dat niet hebben. In Amerikaans onderzoek wordt geschat dat een jeugdige die gedurende vier jaar regelmatig criminele overtredingen begaat en dit nog eens 10 jaar als volwassene blijft doen, de maatschappij rond de \$2,3 miljoen dollar kost.
- 15 procent van de jeugdige criminelen is verantwoordelijk voor driekwart van alle jeugdcriminaliteit. Het merendeel van deze groep heeft CD.
- 43 procent van de jongens en 12 procent van de meisjes die ooit in behandeling zijn geweest voor CD, worden als volwassene tenminste één keer opgesloten in een gevangenis.

Omdat kinderen met een gedragsstoornis een verhoogd risico hebben om een antisociale persoonlijkheidsstoornis te ontwikkelen, is het belangrijk om zo vroeg mogelijk in te grijpen. Er zijn aanwijzingen dat programma's gericht op kinderen en adolescenten om antisociaal gedrag te voorkomen kosten kunnen terugdringen.⁶³ In twee kosten-effectiviteitsanalyses uit de Verenigde Staten bleken speciale programma's (waaronder multisysteemtherapie, functionele gezinstherapie) het veertienvoudige aan kosten te besparen.^{64:65}

REFERENTIES

1. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-IV-TR]. Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Moffitt, T.E. (2003). Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behavior: a 10-year research review and a research agenda. In: B.B.Lahey, T.E.Moffitt, A.Caspi (red.). Causes of conduct disorder and juvenile delinquency, p. 49-75. New York: Guilford Press.
3. Hendren, R.L., Mullen, D.J. (2006). Conduct disorder and oppositional defiant disorder. In: M.K.Dulcan, J.M.Wiener (red.). Essentials of child and adolescent psychiatry, p. 357-387. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
4. Sharma, V., Newcorn, J.H., Schulz, K., Halperin, J.M. (2003). Childhood disorders: attention-deficit and disruptive behavior disorders. In: A.Tasman, J.Kay, J.A.Lieberman (red.). Psychiatry: volume 1, p. 779-798. Chichester: John Wiley & Sons.
5. Loeber, R., Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*, 48(February): 371-410.
6. Gintner, G.G. (2000). Conduct disorder and chronic violent offending: issues in diagnosing and treatment selection. In: D.S.Sandhu, C.B.Asphy (red.). Violence in American schools: a practical guide for counselors, p. 335-351. Alexandria: American Counseling Association.
7. Loeber, R., Burke, J.D., Lahey, B.B., Winters, A., Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(12): 1468-1484.
8. Thomaes, S.C.E. (2007). Narcissism, shame, and aggression in early adolescence: on vulnerable children. Amsterdam: Vrije Universiteit.
9. Kimonis, E.R., Frick, P.J. (2006). Conduct disorder. In: R.T.Ammerman (red.). Comprehensive handbook of personality and psychopathology, p. 299-315. Hoboken: John Wiley & Sons.
10. Greene, R.W., Ablon, J.S., Goring, J.C., Fazio, V., Morse, L.R. (2004). Treatment of oppositional defiant disorder in children and adolescents. In: P.M.Barrett, T.H.Ollendick (red.). Handbook of interventions that work with children and adolescents: prevention and treatment, p. 369-393. Chichester: John Wiley & Sons.
11. Loney, B.R., Lima, E.N. (2003). Classification and assessment. In: C.A.Essau (red.). Conduct and oppositional defiant disorders: epidemiology, risk factors, and treatment, p. 3-32. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
12. Hinshaw, S.P., Lahey, B.B., Hart, E.L. (1993). Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5(1): 31-49.
13. Lahey, B.B., Loeber, R., Quay, H.C., Applegate, B., Shaffer, D., Waldman, I., Hart, E.L., McBurnett, K., Frick, P.J., Jensen, P.S., Dulcan, M.K., Canino, G., Bird, H.R. (1998). Validity of DSM-IV subtypes of conduct disorder based on age of onset. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(4): 435-442.
14. Tremblay, R.E. (1999). When children's social development fails. In: D.Keating, C.Hertzman (red.). Developmental health and the wealth of nations: social, biological and educational dynamics , p. 55-71. New York: Guilford.

15. Ostrander, R. (2004). Oppositional defiant disorder and conduct disorder. In: F.M.Kline, L.B.Silver (red.). *The educator's guide to mental health issues in the classroom*, p. 267-286. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
16. Gebhardt, E., Prins, P. (1997). Een twee-trajectenmodel voor de ontwikkeling van antisociaal gedrag bij kinderen met ADHD. *Gedragstherapie*, 30(4): 219-253.
17. Frick, P.J. (1994). Family dysfunction and the disruptive behavior disorders: a review of recent empirical findings. *Advances in Clinical Child Psychology*, 16(2): 203-226.
18. Faraone, S.V., Biederman, J., Keenan, K., Tsuang, M.T. (1991). Separation of DSM-III attention deficit disorder and conduct disorder: evidence from a family-genetic study of American child psychiatric patients. *Psychological Medicine*, 21(1): 109-121.
19. Tremblay, R.E., Japel, C. (2003). Prevention during pregnancy, infancy and the preschool years. In: D.P.Farrington, J.W.Coid (red.). *Early prevention of adult antisocial behaviour*, p. 202-242. Cambridge: Cambridge University Press.
20. Earls, F. (1994). Oppositional-defiant and conduct disorders. In: M.Rutter, E.Taylor, L.Hersov (red.). *Child and adolescent psychiatry*, p. 308-329. Oxford: Blackwell.
21. Verhulst, F.C. (1999). Kinder- en jeugdpsychiatrie. In: A.d.Jong, W.v.d.Brink, J.Ormel (red.). *Handboek psychiatrische epidemiologie*, p. 379-398. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
22. Kazdin, A.E. (1995). *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Thousand Oaks: Sage.
23. Popma, A. (2006). *Neurobiological factors of antisocial behavior in delinquent male adolescents*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
24. Raine, A. (2002). Biosocial studies of antisocial and violent behavior in children and adults: a review. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(4): 311-326.
25. Marmorstein, N.R. (2002). The co-occurrence of major depression and conduct disorder in adolescents. *Dissertation Abstracts International Section B: The sciences and engineering*, 62(7-B): 3383
26. Webster-Stratton, C. (2000). Oppositional-defiant and conduct-disordered children. In: M.Hersen, R.T.Ammerman (red.). p. 387-412. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
27. Farrington, D.P., Coid, J.W. (2003). *Early prevention of adult antisocial behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
28. Cloninger, C.R., Gottesmann, C. (1987). Genetic and environmental factors in antisocial behavior disorders. In: S.A.Mednick, T.E.Moffitt, S.A.Stack (red.). *The causes of crime: new biological approaches*, p. 92-109. Cambridge: Cambridge University Press.
29. Karnik, N.S., Steiner, H. (2005). Disruptive behaviour disorders. In: W.M.Klykylo, J.L.Kay (red.). *Clinical child psychiatry*, p. 191-202. New York: John Wiley & Sons.
30. Burnette, M.L., Newman, D.L. (2005). The natural history of conduct disorder symptoms in female inmates: on the predictive utility of the syndrome in severely antisocial women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(3): 421-430.
31. Kann, R.T., Hanna, F.J. (2000). Disruptive behavior disorders in children and adolescents: how do girls differ from boys? *Journal of Counseling & Development*, 78(3): 267-274.
32. Sommers-Flanagan, J., Sommers-Flanagan, R. (1998). Assessment and diagnosis of conduct disorder. *Journal of Counseling & Development*, 76(2): 189-197.

33. Pepler, D.J., Madsen, K.C., Webster, C., Levene, K.S. (2005). The development and treatment of girlhood aggression. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
34. Moretti, M.M., Catchpole, R.E.H., Odgers, C. (2005). The dark side of girlhood: recent trends, risk factors and trajectories to aggression and violence. *Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 14(1): 21-25.
35. Moffitt, T.E., Caspi, A. (2007). Evidence from behavioral genetics for environmental contributions to antisocial conduct. In: J.E.Grusec, P.D.Hastings (red.). *Handbook of socialization: theory and research*, p. 96-123. New York: Guilford.
36. Monuteaux, M.C., Fitzmaurice, G., Blacker, D., Buka, S.L., Biederman, J. (2004). Specificity in the familial aggregation of overt and covert conduct disorder symptoms in a referred attention-deficit hyperactivity disorder sample. *Psychological Medicine*, 34(6): 1113-1127.
37. Steiner, H. (2000). Disruptive behavior disorders. In: H.I.Kaplan, B.J.Sadock (red.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry: volume 2*, p. 2693-2703. New York: Williams & Wilkins.
38. Raine, A. (1993). *The psychopathology of crime: criminal behavior as a clinical disorder*. San Diego: Academic Press.
39. Rutter, M.L. (1997). Nature-nurture integration: the example of antisocial behavior. *American psychologist*, 52(4): 390-398.
40. Raine, A., Mellingen, K., Liu, J., Venables, P., Mednick, S.A. (2003). Effects of environmental enrichment at ages 3-5 years on schizotypal personality and antisocial behavior at ages 17 and 23 years. *American Journal of Psychiatry*, 160(9): 1627-1635.
41. Manuck, S.B., Flory, J.D., Ferrell, R.E., Dent, K.M., Mann, J.J., Muldoon, M.F. (1999). Aggression and anger-related traits associated with a polymorphism of the tryptophan hydroxylase gene. *Biological Psychiatry*, 45(5): 603-614.
42. Bartels, M. (2003). *Behavior problems, cognition, and hormones: a longitudinal-genetic study in childhood*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
43. Althoff, R.R., Rettew, D.C., Hudziak, J.J. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Psychiatric Annals*, 33(4): 245-252.
44. Snoek, H., van Goozen, S.H., Matthys, W., Sigling, H.O., Koppeschaar, H.P., Westenberg, H.G., van Engeland, H. (2002). Serotonergic functioning in children with oppositional defiant disorder: a sumatriptan challenge study. *Biological Psychiatry*, 51(4): 319-325.
45. Kruesi, M.J., Rapoport, J.L., Hamburger, S., Hibbs, E., Potter, W.Z., Lenane, M., Brown, G.L. (1990). Cerebrospinal fluid monoamine metabolites, aggression, and impulsivity in disruptive behavior disorders of children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 47(5): 419-426.
46. Raine, A., Lencz, T., Bihle, S., LaCasse, L., Colletti, P. (2000). Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57(2): 119-127.
47. Brennan, P.A., Mednick, B.R., Mednick, S.A. (1993). Parental psychopathology, congenital factors, and violence. In: S.Hodgins (red.). *Mental disorders and crime*, p. 244-261. Thousand Oaks: Sage Publications.
48. Brennan, P.A., Grekin, E.R., Mednick, S.A. (1999). Maternal smoking during pregnancy and adult male criminal outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 56(3): 215-219.

49. Rasanen, P., Hakko, H., Isohanni, M., Hodgins, S., Jarvelin, M.R., Tiihonen, J. (1999). Maternal smoking during pregnancy and risk of criminal behavior among adult male offspring in the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *American Journal of Psychiatry*, 156(6): 857-862.
50. Robles de Medina, P. (2004). Prenatal maternal stress and its effects on fetal development. Utrecht: Universiteit Utrecht.
51. Tremblay, R.E., Nagin, D.S., Seguin, J.R., Zoccolillo, M., Zelazo, P.D., Boivin, M., Perusse, D., Japel, C. (2004). Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics*, 114(1): e43-e50
52. Bank, L., Burraston, B., Snyder, J. (2004). Sibling conflict and ineffective parenting as predictors of adolescent boys' antisocial behavior and peer difficulties: additive and interactional effects. *Journal of Research on Adolescence*, 14(1): 99-125.
53. Knutson, J.F., DeGarmo, D.S., Reid, J.B. (2004). Social disadvantage and neglectful parenting as precursors to the development of antisocial and aggressive child behavior: testing a theoretical model. *Aggressive Behavior*, 30(3): 187-205.
54. Arseneault, L., Tremblay, R.E., Boulerice, B., Saucier, J.F. (2002). Obstetrical complications and violent delinquency: testing two developmental pathways. *Child Development*, 73(2): 496-508.
55. Hermanns, J., Ory, F., Schrijvers, G. (1998). Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroeioproblemen. Utrecht: Julius Centrum.
56. Lösel, F., Bender, D. (2003). Protective factors and resilience. In: D.P.Farrington, J.W.Coid (red.). *Early prevention of adult antisocial behavior*, p. 130-204. Cambridge: Cambridge University Press.
57. Stouthamer-Loeber, M., Wei, E., Loeber, R., Mastenb, A.S. (2004). Desistance from persistent serious delinquency in the transition to adulthood. *Development and Psychopathology*, 16(4): 897-918.
58. Gelder, M.G., Lopez-Ibor, J.J., Andreasen, N. (2001). *New Oxford textbook of psychiatry*. Oxford: University Press.
59. Greene, R.W. (2006). Oppositional defiant disorder. In: M.Hersen, J.C.Thomas (red.). *Comprehensive handbook of personality and psychopathology*, vol. 3, p. 285-298. New Jersey: John Wiley & Sons.
60. Webster-Stratton, C. (2000). Oppositional-defiant and conduct-disordered children. In: M.Hersen, R.T.Ammerman (red.). p. 387-412. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
61. Orobio de Castro, B. (2000). *Social information processing and emotion in antisocial boys*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
62. Lahey, B.B., Goodman, S.H., Waldman, I.D., Bird, H., Canino, G., Jensen, P., Regier, D., Leaf, P.J., Gordon, R., Applegate, B. (1999). Relation of age of onset to the type and severity of child and adolescent conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(4): 247-260.
63. Gezondheidsraad (2006). *Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis*. Den Haag: Gezondheidsraad.
64. Aos, S., Lieb, R., Mayfield, J., Miller, M., Penucci, A. (2004). *Benefits and costs of prevention and early intervention. programs for youth*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
65. Aos, S., Mayfield, J., Miller, M. (2006). *Evidence-based treatment of alcohol, drug, and mental health disorders: potential benefits, costs, and fiscal impacts for Washington State*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.

5 AFHANKELIJKE PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS

5.1 WAT IS EEN AFHANKELIJKE PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS?

Cluster C wordt ook wel het angstige cluster genoemd en bestaat uit drie persoonlijkheidsstoornissen:

- Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis
- Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis
- Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis.

Mensen met deze stoornissen hebben last van sociale vermijding (ontwijkende persoonlijkheidsstoornis), dwangmatigheid en perfectionisme (obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis) en onzelfstandigheid (afhankelijke persoonlijkheidsstoornis).¹

SYMPTOMEN EN DIAGNOSE

Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis wordt volgens DSM-IV-TR gekenmerkt door:¹ Een diepgaande en buitensporige behoefte verzorgd te worden, hetgeen leidt tot onderworpen en vastklampend gedrag, en de angst in de steek gelaten te worden, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties blijkend uit minstens vijf van de volgende acht kenmerken:

1. Kan moeilijk alledaagse beslissingen nemen zonder overdreven veel advies en geruststelling door anderen;
2. Heeft anderen nodig die de verantwoordelijkheid overnemen voor de meeste belangrijke gebieden van zijn of haar leven;
3. Vindt het moeilijk een verschil van mening tegen anderen te uiten uit vrees steun of goedkeuring te verliezen;
4. Heeft moeilijkheden ergens alleen aan te beginnen of dingen alleen te doen (eerder als gevolg van een gebrek aan zelfvertrouwen in eigen oordeel of mogelijkheden dan uit gebrek aan motivatie);
5. Gaat tot het uiterste om verzorging en steun van anderen te krijgen, kan zelfs aanbieden vrijwillig dingen te doen die onplezierig zijn;
6. Voelt zich onbehaaglijk of hulpeloos wanneer zij/ hij alleen is, vanwege de overmatige vrees niet in staat te zijn voor zichzelf te zorgen;
7. Zoekt hardnekkig naar een andere relatie als een bron van verzorging en steun als een intieme relatie tot een einde komt;

8. Houdt zich op een onrealistische wijze voortdurend bezig met de vrees aan zichzelf te worden overgelaten.

Mensen met een afhankelijke PS hebben een extreme behoefte dat iemand voor hen zorgt en hen aandacht geeft, wat leidt tot aanklampend en onderdanig gedrag. Deze mensen kunnen wel voor zichzelf zorgen, maar zij twijfelen zo sterk aan hun eigen capaciteiten en oordeel, en zij zien anderen als zoveel sterker en capabeler dan zichzelf, dat zij gehandicapt zijn in hun dagelijkse functioneren. Zij vertrouwen erg op de 'sterke' ander, om beslissingen voor hen te nemen, bepaalde dingen voor hen te doen, verantwoording te nemen voor hun acties, en hen door het leven te leiden. Een lage zelfwaardering en twijfel over hun effectiviteit zorgt er voor dat zij zelf geen verantwoordelijkheid nemen. Omdat ze niet kunnen functioneren zonder die 'sterke' ander, kunnen zij ver gaan om de afhankelijke relatie te onderhouden en te behouden. Aanklampend, onderdanig, passief en zelfopofferend gedrag zijn daar voorbeelden van. Als de relatie over gaat, zal men er alles aan doen een nieuwe persoon te vinden die de verantwoording op zich neemt voor het eigen handelen.¹⁻³

SUBTYPEN

Uit de geraadpleegde literatuur komen geen duidelijk verschillende typen afhankelijke PS naar voren.

ONDERSCHIED MET ANDERE STOORNISSEN

Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis wijkt af van de twee andere persoonlijkheidsstoornissen uit cluster C (de ontwijkende PS en de obsessief-compulsieve PS) door overdreven aanklampend, opofferend en onderdanig gedrag.^{2:3}

Afhankelijke PS versus de ontwijkende PS

Bij beide stoornissen hebben mensen het gevoel tekort te schieten, zijn zij overgevoelig voor kritiek en hebben zij behoefte gerust gesteld te worden. Belangrijkste verschil is dat mensen met een ontwijkende PS zich in dat geval terugtrekken totdat zij zeker zijn geaccepteerd te worden, terwijl mensen met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis juist contact zoeken en behouden met mensen die belangrijk voor hen zijn en juist contact niet vermijden.¹⁻³

Afhankelijke PS versus de obsessief-compulsieve PS

Bij beide is sprake van het moeilijk zelfstandig kunnen nemen van beslissingen. Bij de afhankelijke PS komt dat vooral voort uit een negatieve zelfwaardering. Bij mensen met een obsessief-compulsieve PS wordt het nemen van een beslissing

vermeden of uitgesteld, vanuit perfectionisme. Het afmaken van een taak is moeilijk omdat men overdreven eisen aan zichzelf stelt.¹⁻³

Persoonlijkheidsstoornissen buiten het Cluster C

Afhankelijke PS heeft enige gelijkenis met twee andere persoonlijkheidsstoornissen buiten het cluster C, namelijk de borderline en de theatrale PS.

De afhankelijke en de borderline PS worden beide gekarakteriseerd door angst om verlaten te worden. Wel wordt verschillend met deze angst omgegaan. Mensen met een borderline PS reageren hierop met heftige stemmingswisselingen, woedeaanvallen, devaluatie van de ander of gevoelens van leegheid, terwijl mensen met een afhankelijke PS in dat geval de neiging hebben zichzelf nog verder weg te cijferen, ondergeschikt te maken en/of hardnekkig naar een andere relatie op zoek te gaan als bron van verzorging en steun. Een ander verschil is dat mensen met een borderline PS vaak een patroon van onstabiele en intense relaties hebben, wat niet het geval is bij mensen met een afhankelijke PS.¹⁻³

Afhankelijke PS versus theatrale PS

Bij beide stoornissen hebben mensen een sterke behoefte om gerust gesteld te worden en goedkeuring te krijgen van anderen. De manier waarop verschilt echter. Bij een theatrale PS laten mensen een duidelijke opzichtigheid zien, waarbij actief aandacht wordt gevraagd (op een manier die inderdaad soms doet denken aan theater). Mensen met een afhankelijke PS stellen zichzelf juist op de achtergrond en zijn eerder volgzzaam.¹⁻³

Afhankelijke PS versus angststoornissen

Afhankelijkheidsstoornis moet worden onderscheiden van angststoornissen, zoals paniekstoornis, agorafobie en specifieke fobie. Het verschil met angststoornissen is dat deze vaak betrekking hebben op specifieke situaties - zoals bijvoorbeeld angst voor open ruimtes, angst voor dieren, angst voor hoogtes - en voorbijgaand (kunnen) zijn.¹ De afhankelijke persoonlijkheidsstoornis is stabiel over de tijd en over verschillende situaties. De daarbij behorende angst is dat men alleen gelaten wordt en dat een ander dan geen verantwoording neemt voor zijn of haar handelen; en die angst is dikwijls aanwezig.

5.2 HOE VAAK KOMT DE AFHANKELIJKE PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS VOOR EN BIJ WIE?

- Uit een recente en toonaangevende Noorse studie onder ruim tweeduizend volwassen inwoners van Oslo blijkt dat 1,5 procent een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis heeft.⁴ Andere studies uit het buitenland onder de algemene bevolking vinden percentages die gemiddeld wat lager liggen en variëren van

0,1 tot 2,0 procent.⁵ ⁶⁻¹⁴ Opvallend is dat een niet gering aantal studies een percentage van 0,1 procent vindt.^{6;7;10;12} Het verschil tussen deze percentages kan voor een deel worden verklaard door methodologische verschillen, zoals verschil in diagnostische criteria, verschil in het gebruikte meetinstrument, type van bepaling (zelf-rapportage versus direct interview) en het al of niet verkrijgen van informatie van derden.⁷ ¹⁵Werkelijke culturele verschillen tussen landen kunnen daarnaast ook een verklaring zijn.

- In Nederland is geen onderzoek gedaan naar het vóórkomen van afhankelijke persoonlijkheidsstoornis in de algemene bevolking. Hoe vaak de afhankelijke PS in Nederland voorkomt is dus niet bekend.

BIJ WIE KOMT AFHANKELIJKE PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS VOOR?

Er zijn nauwelijks systematische onderzoeken uitgevoerd naar risicofactoren en onderliggende mechanismen. De belangrijkste bekende risicogroepen en risicofactoren worden in het onderstaande toegelicht:

DEMOGRAFIE

- Meer vrouwen dan mannen hebben deze stoornis.^{1-3;7-9;13;14;16-18} Bij vrouwen komt dit ongeveer anderhalf tot drie keer zo vaak voor dan bij mannen.^{4;8}
- Of leeftijd een rol speelt is niet duidelijk. De stoornis zou op iedere leeftijd even vaak voorkomen.⁴ ^{9;16} Ander onderzoek laat echter zien dat deze stoornis minder vaak op oudere leeftijd voorkomt.^{12-14;19}
- Mensen met een lager opleidingsniveau hebben een grotere kans om een afhankelijke PS te ontwikkelen.^{4;14} Die kans is bijna twee keer zo groot.⁴ Dat geldt ook voor mensen met een lager inkomen.¹⁴
- Mensen die alleen wonen of gescheiden zijn hebben twee keer meer kans om deze stoornis te ontwikkelen dan mensen die gehuwd zijn of samenwonen.^{4;14;16;18}
- Wonen in een grote stad of elders lijkt geen invloed te hebben op de mate van vóórkomen van deze stoornis.¹⁶

INDIVIDUELE KWETSBAARHEID

- Een lager IQ hangt samen met een grotere kans op afhankelijke PS.²⁰
- Neuro-psychiatrische risicofactoren, zoals abnormaliteiten voor de geboorte, en vertraging in de ontwikkeling, motorische achterstand, en achterstand in de ontwikkeling van de spraak na de geboorte, vergroten de kans om een afhankelijke PS te ontwikkelen.²⁰
- Genetische factoren lijken een rol te spelen bij het ontstaan van deze stoornis; onder andere blijkend uit tweelingstudies.^{3;21}

OMGEVINGSINVLOEDEN

Gezin

- Er is enig bewijs dat volwassenen met een afhankelijke PS in hun jeugd een ouder hadden met een opvoedingsstijl die bij het kind onderdanigheid uitlokt en onafhankelijk gedrag bij het kind verhindert.^{3:22} Deze opvoedingsstijl wordt gekenmerkt door een combinatie van dominant-autoritair gedrag, en een al te toegeeflijke en overbeschermende opvoeding. Hierdoor leert het kind dat onderwerping aan anderen een noodzakelijke en efficiënte manier is om beloning te verkrijgen.
- Het is onduidelijk of het ontstaan van deze stoornis zijn oorsprong vindt in het gezin. Er is enig bewijs dat verstoorde relatiepatronen binnen de familie in de vroege jeugd van invloed zijn op het ontstaan van deze stoornis.⁵

Levensgebeurtenissen

- In onderzoek wordt geen verband gevonden met het hebben ervaren van geweld en/of serieuze herhaaldelijke ruzies tussen de ouders, fysiek misbruik, wreedheden die zware emotionele stress veroorzaakten, incest en veroordeling vanwege criminaliteit van de ouders of zussen/broers.²⁰ Een overzichtsstudie van Johnson en anderen rapporteert wel een verband met fysiek misbruik en verwaarlozing, maar niet met seksueel misbruik en emotioneel misbruik in de kindertijd.²³
- Empirisch onderzoek naar de invloed van andere negatieve levensgebeurtenissen op het ontwikkelen van deze stoornis is beperkt en laat geen verband zien.²⁰

5.3 HOE VERLOOPT DE AFHANKELIJKE PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS?

- Kenmerken van een afhankelijke PS zijn vaak in of voorafgaand aan de adolescentie of vroege volwassenheid zichtbaar, zoals ook voor andere persoonlijkheidsstoornissen het geval is.¹
- Het is een (betrekkelijk) chronische stoornis, wat ook kenmerkend is voor alle andere persoonlijkheidsstoornissen.
- Het patroon zou relatief stabiel zijn over tijd en in verschillende situaties.²⁴ Uit metingen in longitudinale studies blijkt echter dat deze stoornis, evenals andere persoonlijkheidsstoornissen, minder stabiel is dan vaak wordt gedacht.²⁴⁻²⁹ Een verklaring hiervoor is dat afhankelijke PS inderdaad geen stabiele stoornis is gedurende het leven. Mogelijk spelen ook problemen met het classificeren en meten een rol, waardoor mensen op sommige momenten in hun leven niet meer aan de diagnostische criteria voldoen.

FACTOREN DIE HET BELOEP BEPALEN

De afhankelijke persoonlijkheidsstoornis is chronisch, hoewel de ernst van de symptomen kan variëren of zelfs na langere duur kan verdwijnen. Gezien die lange duur van de stoornis, zijn er weinig onderzoeken die de duur ervan hebben bepaald. Factoren die het beloop bepalen zijn niet bekend.

5.4 KOMEN ER BIJ DE AFHANKELIJKE PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS NOG ANDERE AANDOENINGEN VOOR?

PSYCHISCHE STOORNISSEN

- Mensen met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis hebben vaak ook andere persoonlijkheidsstoornissen of trekken van persoonlijkheidsstoornissen.^{1;30} Uit Australisch onderzoek blijkt dat bij 80 procent van de mensen het geval te zijn.³¹ Een andere studie rapporteert echter dat de afhankelijke PS één van de persoonlijkheidsstoornissen is die het minst vaak met andere persoonlijkheidsstoornissen samen voorkomt.¹⁸
- Stoornissen uit het cluster B komen relatief vaak voor, en dan met name de borderline PS.^{5;17;32;33} Zo heeft in een groep patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, 51 procent van de mensen met een afhankelijke PS ook een borderline PS.³⁴ Opvallend genoeg komt de ontwijkende PS niet vaker voor.⁵
- Afhankelijke PS komt ook vaak voor in combinatie met As I-stoornissen.³⁵ Mensen met deze stoornis hebben relatief vaak depressieve klachten, een paniekstoornis, sociale fobie en obsessief-compulsieve stoornis.^{9;36-40} Zo heeft in een studie onder de algemene bevolking 29 procent van de mensen met afhankelijke PS ook ooit in het leven een depressie gehad, terwijl dat bij mensen zonder afhankelijke PS 9 procent was.⁹ De gegeneraliseerde angststoornis, specifieke fobie en agorafobie komen niet vaker voor.³⁹
- Bij mensen met een afhankelijke PS kan een depressieve stemming ontstaan als het verlies van een relatie zich voordoet of zich dreigt voor te doen.³⁶
- Of afhankelijke PS een risicofactor is voor genoemde angststoornissen of andersom is nog onduidelijk.⁴¹

LICHAMELIJKE AANDOENINGEN

Uit de literatuur blijkt dat mensen met afhankelijke PS niet vaker specifieke lichamelijke ziekten hebben.³¹

5.5 WAT ZIJN DE GEVOLGEN VAN DE AFHANKELIJKE PERSOONLIJKHEIDSGESTOORNIS?

KWALITEIT VAN LEVEN

- Er bestaat weinig onderzoek naar het functioneren van mensen met afhankelijke PS. Verwacht kan worden dat vooral het sociale en beroepsmatige functioneren slechter zijn, gezien het feit dat mensen met deze stoornis weinig zelfstandig zijn. Uit het weinige onderzoek dat is uitgevoerd, blijkt dat mensen met afhankelijke PS op een aantal terreinen slechter functioneren. Zij scoren slechter op schalen die algemeen psychisch functioneren en sociaal functioneren meten.^{14 19:31;42} Ook het aantal dagen waarop men niet in staat was om te werken is groter bij mensen met een afhankelijke PS: per vier weken hadden vijf keer zoveel mensen met deze stoornis ten minste één zo'n dag, vergeleken met mensen zonder deze stoornis; voor gedeelten van dit soort dagen was die kans zelfs 13 keer zo groot.³¹
- Het slechtere algemeen psychisch en sociaal functioneren blijkt ook nadat gecontroleerd is voor het feit dat As I psychische stoornissen vaak voorkomen bij mensen met afhankelijke PS.⁴³
- Het functioneren blijft beperkt gedurende een zeer lange tijd.⁴³
- Het functioneren binnen de relatie is slechter, blijkend uit het grotere aantal mensen dat gescheiden is of gescheiden is geweest.⁹
- Ook seksueel disfunctioneren komt vaker voor bij mensen met dan mensen zonder afhankelijke PS.⁹

LEVENSVRWACHTING

- Er zijn geen gegevens bekend over de levensverwachting van mensen met afhankelijke PS.
- Te verwachten is dat de levensverwachting niet beduidend lager is dan bij de rest van de bevolking, dit in tegenstelling tot sommige andere persoonlijkheidsstoornissen die veel duidelijker gepaard gaan met een grotere kans op het plegen van geweld (met een gemiddeld lagere levensverwachting tot gevolg) zoals antisociale PS, borderline PS en paranoïde PS.^{2:44} Wel komen angst (zoals een paniekstoornis) en depressieve klachten vaker voor. Er zijn aanwijzingen uit bevolkings- en patiëntenstudies dat bij mannen de paniekstoornis gepaard gaat met een verhoogd risico te overlijden aan hart- en vaatandoeningen.⁴⁵⁻⁴⁷ Daarnaast is de paniekstoornis geassocieerd met suïcidepogingen. Zo blijkt uit Amerikaans onderzoek dat 20 procent van de mensen met een paniekstoornis ooit een suïcidepoging heeft gedaan.⁴⁸
- Suïcide komt vaker voor bij mensen met afhankelijke PS dan mensen zonder afhankelijke PS.^{9 49:50} Mogelijk hangt dit samen met de hoge comorbiditeit met

borderline PS, en kan dit niet of minder duidelijk toegeschreven worden aan de afhankelijke PS zelf. Dit zal de levensverwachting iets verlagen.

MAATSCHAPPELIJKE KOSTEN

- Mensen met afhankelijke PS doen niet vaker een beroep op eerstelijns zorg vanwege lichamelijke problemen.³¹
- Mensen met deze stoornis doen beduidend vaker beroep op de zorg voor psychische problemen dan mensen zonder deze stoornis.³¹ Dit betreft onder andere eerstelijnszorg en hulp van een psycholoog.³¹ Doordat de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis vaak samengaat met As I stoornissen, zal die hulp vaak niet ingeroepen worden voor de persoonlijkheidsstoornis maar voor de As I stoornis.^{17:31}
- Persoonlijkheidsstoornissen worden op basis van hun zorggebruik vanwege psychische problemen wel eens onderscheiden in Type R ('treatment rejecting') en Type S ('treatment seeking') persoonlijkheidsstoornissen. Afhankelijke PS behoort tot het type S.⁵¹
- Mensen met afhankelijke PS hebben vaker een slechter algemeen functioneren. Van hen geeft 9 procent aan per jaar minstens één hele dag (versus 2 procent van de bevolking) of een gedeeltelijke dag (32 procent versus 4 procent van de bevolking) niet in staat te zijn geweest om te werken.³¹

REFERENTIES

1. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-IV-TR]. Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Verheul, R., Van den Brink, W., Van der Velden, K. (2000). Persoonlijkheidsstoornissen. In: W.Vandereycken, C.A.L.Hoogduin, P.M.G.Emmelkamp (red.). Handboek psychopathologie: Deel 1: basisbegrippen, p. 407-449. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
3. Phillips, K.A., Gunderson, J.G. (2003). Personality Disorders. In: R.E.Hales, S.C.Yudofsky, J.A.Talbott (red.). Textbook of clinical psychiatry, p. 803-832. Washington: American Psychiatric Publishing.
4. Torgersen, S., Kringlen, E., Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6): 590-596.
5. Coid, J. (2003). Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. *British Journal of Psychiatry Supplement*, 182(44): S3-S10
6. Samuels, J., Eaton, W.W., Bienvenu, O.J., III, Brown, C.H., Costa, P.T., Jr., Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 180(June): 536-542.
7. Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*, 188(May): 423-431.
8. Jackson, H.J., Burgess, P.M. (2000). Personality disorders in the community: a report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(12): 531-538.
9. Zimmerman, M., Coryell, W. (1989). DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 46(8): 682-689.
10. Samuels, J.F., Nestadt, G., Romanoski, A.J., Folstein, M.F., McHugh, P.R. (1994). DSM-III personality disorders in the community. *American Journal of Psychiatry*, 151(7): 1055-1062.
11. Klein, D.N., Riso, L.P., Donaldson, S.K., Schwartz, J.E., Anderson, R.L., Ouimette, P.C., Lizardi, H., Aronson, T.A. (1995). Family study of early-onset dysthymia. Mood and personality disorders in relatives of outpatients with dysthymia and episodic major depression and normal controls. *Archives of General Psychiatry*, 52(6): 487-496.
12. Cohen, B.J., Nestadt, G., Samuels, J.F., Romanoski, A.J., McHugh, P.R., Rabins, P.V. (1994). Personality disorder in later life: a community study. *British Journal of Psychiatry*, 165(4): 493-499.
13. Maier, W., Lichtermann, D., Klingler, T., Heun, R. (1992). Prevalences of personality disorders (DSM-III--R) in the community. *Journal of Personality Disorders*, 6(3): 187-196.
14. Grant, B.F., Hasin, D.S., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J., Pickering, R.P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(7): 948-958.
15. Zimmerman, M., Coryell, W.H. (1990). Diagnosing personality disorders in the community: a comparison of self-report and interview measures. *Archives of General Psychiatry*, 47(6): 527-531.
16. Torgersen, S. (2005). Epidemiology. In: J.M.Oldham, A.E.Skodol, D.S.Bender (red.). Textbook of personality disorders, p. 129-141. Washington: American Psychiatric Publishing.

17. Andrews, G., Issakidis, C., Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilisation. *British Journal of Psychiatry*, 179(November): 417-425.
18. Mattia, J.I., Zimmerman, M. (2001). Epidemiology. In: W.J.Livesley (red.). *Handbook of personality disorders: theory, research, and treatment*, p. 107-123. New York: Guilford Press.
19. Lewin, T.J., Slade, T., Andrews, G., Carr, V.J., Hornabrook, C.W. (2005). Assessing personality disorders in a national mental health survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(2): 87-98.
20. Coid, J.W. (1999). Aetiological risk factors for personality disorders. *British Journal of Psychiatry*, 174(June): 530-538.
21. Cloninger, C.R. (2005). Genetics. In: J.M.Oldham, A.E.Skodol, D.S.Bender (red.). *Textbook of personality disorders*, p. 143-154. Washington: American Psychiatric Publishing.
22. Meyer, B., Pilkonis, P.A. (2005). An attachment model of personality disorders. In: M.F.Lenzenweger, J.F.Clarkin (red.). *Major theories of personality disorder*, p. 231-281. New York: Guilford Press.
23. Johnson, J.G., Bromley, E., McGeoch, P.G. (2005). Role of childhood experiences in the development of maladaptive and adaptive personality traits. In: J.M.Oldham, A.E.Skodol, D.S.Bender (red.). *Textbook of personality disorders*, p. 209-221. Washington: American Psychiatric Publishing.
24. Verheul, R., Van den Brink, W. (1999). Persoonlijkheidsstoornissen. In: A.De Jong, W.Van den Brink, J.Ormel, D.Wiersma (red.). *Handboek psychiatrische epidemiologie*, p. 347-378. Maarsse: Elsevier/De Tijdstroom.
25. McDavid, J.D., Pilkonis, P.A. (1996). The stability of personality disorder diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 10(1): 1-15.
26. Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, M.T., McGlashan, T.H., Morey, L.C., Sanislow, C.A., Bender, D.S., Grilo, C.M., Zanarini, M.C., Yen, S., Pagano, M.E., Stout, R.L. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *Journal of Personality Disorders*, 19(5): 487-504.
27. Lenzenweger, M.F., Johnson, M.D., Willett, J.B. (2004). Individual growth curve analysis illuminates stability and change in personality disorder features: the longitudinal study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 61(10): 1015-1024.
28. Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders: a review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry*, 51(3): 225-245.
29. Seivewright, H., Tyrer, P., Johnson, T. (2002). Change in personality status in neurotic disorders. *Lancet*, 359(9325): 2253-2254.
30. Lyons, M.J., Jerskey, B.A. (2002). Personality disorders: epidemiological findings, methods, and concepts. In: M.T.Tsuang, M.Tohen (red.). *Textbook in psychiatric epidemiology*, p. 563-599. New York: Wiley-Liss.
31. Jackson, H.J., Burgess, P.M. (2004). Personality disorders in the community: results from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being Part III. Relationships between specific type of personality disorder, Axis 1 mental disorders and physical conditions with disability and health consultations. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(10): 765-776.

32. McGlashan, T.H., Grilo, C.M., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, M.T., Morey, L.C., Zanarini, M.C., Stout, R.L. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4): 256-264.
33. Skodol, A.E. (2005). Manifestations, clinical diagnosis, and comorbidity. In: J.M.Oldham, A.E.Skodol, D.S.Bender (red.). *Textbook of personality disorders*, p. 57-87. Washington: American Psychiatric Publishing.
34. Morey, L.C. (1988). Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: convergence, coverage, and internal consistency. *American Journal of Psychiatry*, 145(5): 573-577.
35. Bank, P.A., Silk, K.R. (2001). Axis I and axis II interactions. *Current Opinion in Psychiatry*, 14(2): 137-142.
36. Sass, H., Junemann, K. (2003). Affective disorders, personality and personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement*, 108(418): 34-40.
37. Skodol, A.E., Stout, R.L., McGlashan, T.H., Grilo, C.M., Gunderson, J.G., Shea, M.T., Morey, L.C., Zanarini, M.C., Dyck, I.R., Oldham, J.M. (1999). Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depression and Anxiety*, 10(4): 175-182.
38. Iketani, T., Kiriike, N., Stein, M.B., Nagao, K., Nagata, T., Minamikawa, N., Shidao, A., Fukuhara, H. (2002). Relationship between perfectionism, personality disorders and agoraphobia in patients with panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(3): 171-178.
39. Ng, H.M., Bornstein, R.F. (2005). Comorbidity of dependent personality disorder and anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(4): 395-406.
40. Reich, J., Perry, J.C., Shera, D., Dyck, I., Vasile, R., Goisman, R.M., Rodriguez-Villa, F., Massion, A.O., Keller, M. (1994). Comparison of personality disorders in different anxiety disorder diagnoses: panic, agoraphobia, generalized anxiety, and social phobia. *Annals of Clinical Psychiatry*, 6(2): 125-134.
41. McLaughlin, K.A., Mennin, D.S. (2005). Clarifying the temporal relationship between dependent personality disorder and anxiety disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(4): 417-420.
42. Nakao, K., Gunderson, J.G., Phillips, K.A., Tanaka, N. (1992). Functional impairment in personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6(1): 24-33.
43. Hong, J.P., Samuels, J., Bienvenu, O.J., Hsu, F.C., Eaton, W.W., Costa, P.T., Jr., Nestadt, G. (2005). The longitudinal relationship between personality disorder dimensions and global functioning in a community-residing population. *Psychological Medicine*, 35(6): 891-895.
44. Johnson, J.G., Cohen, P., Smailes, E., Kasen, S., Oldham, J.M., Skodol, A.E., Brook, J.S. (2000). Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 157(9): 1406-1412.
45. Coryell, W., Noyes, R., Clancy, J. (1982). Excess mortality in panic disorder: a comparison with primary unipolar depression. *Archives of General Psychiatry*, 39(6): 701-703.
46. Coryell, W., Noyes, R., Jr., House, J.D. (1986). Mortality among outpatients with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 143(4): 508-510.
47. Grasbeck, A., Rorsman, B., Hagnell, O., Isberg, P.E. (1996). Mortality of anxiety syndromes in a normal population: The Lundby Study. *Neuropsychobiology*, 33(3): 118-126.

48. Markowitz, J.S., Weissman, M.M., Ouellette, R., Lish, J.D., Klerman, G.L. (1989). Quality of life in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 46(11): 984-992.
49. Cheng, A.T., Mann, A.H., Chan, K.A. (1997). Personality disorder and suicide: a case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 170(May): 441-446.
50. Johnson, J.G., Cohen, P., Skodol, A.E., Oldham, J.M., Kasen, S., Brook, J.S. (1999). Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56(9): 805-811.
51. Tyrer, P., Mitchard, S., Methuen, C., Ranger, M. (2003). Treatment rejecting and treatment seeking personality disorders: type R and type S. *Journal of Personality Disorders*, 17(3): 263-267.

SOCIALE FOBIE, DISSOCIATIEVE IDENTITEITSSTOORNIS, GEDRAGSSTOORNIS (CD) EN OPPOSITIONEEL-OPSTANDIGE GEDRAGSSTOORNIS (ODD), AFHANKELIJKE PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS

Bij wie komt de sociale fobie voor en wat zijn effectieve behandelmethoden? Hoe ontstaan gedragsstoornissen bij kinderen en welke factoren spelen een rol bij het verloop? Aanvullend bevat dit jaarboek 2006 beknopte beschrijvingen van twee andere psychische stoornissen, de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis en de dissociatieve identiteitsstoornis.

In dit jaarboek 2006 vindt u een compleet overzicht van de actuele wetenschappelijk kennis over deze psychische stoornissen. Het bevat basisinformatie over onder meer preventie, risicofactoren, beloop en effectieve behandelmethoden. Onmisbaar voor iedereen die professioneel of privé te maken heeft met deze psychische stoornissen en een objectief, evidence based en compact totaalbeeld wenst. Dankzij de heldere en beknopte beschrijvingen is de informatie zeer toegankelijk.

NATIONALE MONITOR GEESTELIJKE GEZONDHEID

De Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid (NMG) biedt actuele, hoogwaardige informatie over de geestelijke volksgezondheid en de geestelijke gezondheidszorg. Eerdere jaarboeken bevatten informatie over onder meer schizofrenie, dementie, depressie, ADHD, anorexia nervosa, autismespectrum stoornissen, antisociale, borderline, paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornissen, hypochondrie en somatisatiestoornis, bipolaire stoornis en paniekstoornis.