

Persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenierecidive

door P.M.A.J. Dingemans, D.H. Linszen en M.E. Lenior

Gepubliceerd in 1995, no. 4

Samenvatting

In dit onderzoek werd de predictieve waarde van persoonlijkheidsstoornissen op het korte-termijnbeloop van schizofrenie onderzocht. Een cohort van 93 patiënten werd onderzocht op persoonlijkheidskenmerken. Gevonden werd dat persoonlijkheidsstoornissen - met name antisociale persoonlijkheidsstoornis - predictieve waarde hebben ten aanzien van het korte-termijnbeloop van schizofrenie. Dit onderzoek ondersteunt de opvatting dat As-I- en As-II-comorbiditeit het ziektebeloop van schizofrenie beïnvloedt. Grotere aandacht voor As-II-pathologie bij de behandeling van schizofrenie is derhalve geboden.

Inleiding

De relatie tussen de symptomen van schizofrenie en de persoonlijkheid van de patiënt, ook aangeduid als de relatie tussen As I en As II (Diagnostic Statistical Manual-III-R; APA 1987), is al lange tijd onderwerp van discussie en pas sinds kort voorwerp van onderzoek.

Kraepelin was de mening toegedaan dat schizofrenie een verandering in de persoonlijkheid teweegbracht, die ten slotte zou leiden tot een vorm van vroegtijdige dementie. Bleuler sprak over een 'gespletenheid' (schizofrenie) van de persoonlijkheid als gevolg van falende 'egosystemen', maar hij had een wat optimistischer kijk op het beloop; zijn visie werd later door zijn zoon in longitudinaal onderzoek bevestigd. Volgens Freud was het kenmerkend voor schizofrenie dat het op-anderen-betrokken-zijn plaatsmaakt voor primair procesdenken. Zowel Kraepelin, Bleuler als Freud dachten dat patiënten om de genoemde redenen psychotherapeutisch niet te behandelen waren. Sullivan, Klein en ook Fromm-Reichmann vonden echter dat patiënten met schizofrenie in het beloop van de ziekte wel een 'persoonlijkheid' overhielden (Smith e.a. 1993). Deze stabiele persoonlijkheidskenmerken zouden therapeutisch wel te bewerken zijn. In zijn nieuwe boek over schizofrenie concludeert Torrey (1994) dat zijn onderzoek laat zien dat bij schizofrenie: '...de kern van iemands persoonlijkheid opmerkelijk weinig door de ziekte wordt veranderd...' (p. 149).

In heel beperkte mate is er bij patiënten zelf en bij gezinnen van patiënten met schizofrene stoornissen onderzoek gedaan naar de relatie tussen As I en As II bij schizofrenie. Op As II van de DSM-III-R kunnen (volgens afspraak) persoonlijkheidstrekken/stoornissen worden aangegeven op voorwaarde dat ze ook premorbide - vóór het ziek worden - aantoonbaar aanwezig waren.

Uit onderzoek blijkt dat patiënten met schizofrenie vaker ouders hebben met meer stoornissen op As I en/of As II dan patiënten zonder schizofrenie. Parnas e.a. (1993) vonden in deze gezinnen significant meer schizofrenie (16,2%), andere niet-organische en niet-affectieve psychosen (4,6%), cluster-A-stoornissen (dit zijn persoonlijkheidsstoornissen uit de DSM-III-R, die gekenmerkt worden door een vreemde manier van denken: 21,3%). Kendler e.a. (1993) vonden in gezinnen met een psychiatrische opname risicopercentages van 6,5% voor schizofrenie, 6,8% voor een schizoaffectieve stoornis, 6,9% voor een schizotypische persoonlijkheidsstoornis, 5,1% voor andere niet-affectieve psychosen en 2,8% voor affectieve psychosen. Aanzienlijk hogere risico's dan in de normale

bevolking. Thaker e.a. (1993) vonden hetzelfde als Kendler e.a. (1993). Dorfman e.a. (1993) kwamen tot de conclusie dat ouders van patiënten met schizofrenie significant vaker persoonlijkheidsstoornissen hadden (schizoïde, schizotypische, theatrale en sadistische) dan de ouders van een controlegroep. Samenvattend: het ziet ernaar uit dat in gezinnen met patiënten die opgenomen zijn met schizofrenie de combinatie van As I en As II vaker voorkomt dan in gezinnen uit de normale bevolking.

Uit onderzoek naar comorbiditeit bij psychiatrische patiënten met schizofrenie komt naar voren dat zij al vroeg in hun leven (premorbid) persoonlijkheidsstoornissen hebben. Zo vonden Fenton en McGlashan (1989) dat drie DSM-III-criteria voor schizotypie (magisch denken, achterdocht of paranodie en sociale isolatie) latere schizofrenie voorspelden. Baer en Jenike (1992) stelden dat schizotypie genetisch verbonden is met schizofrenie. McClellan e.a. (1993) vonden dat adolescenten die schizofrenie ontwikkelden, premorbid vaker 'vreemd' gedrag vertonen dan adolescenten die een affectieve of een persoonlijkheidsstoornis ontwikkelden. Von Zerssen (1993) laat echter zien dat retrospectieve en prospectieve onderzoeken aantonen dat schizotypische trekken zelden gevonden worden bij personen die later schizofrenie ontwikkelen. Schizoïde en paranoïde persoonlijkheidstrekken zouden wel vaak geassocieerd zijn met het later ontstaan van schizofrenie (Howard en Levy 1993).

Koenigsberg e.a. (1985) vonden bij 7% van patiënten met schizofrenie dat ze ook een persoonlijkheidsstoornis hadden. Een soortgelijke bevinding (9%) werd gedaan door Casey en Tyrer (1990) in een huisartsenpraktijk. Jackson e.a. (1991) onderzochten met behulp van een gestructureerd interview (Structured Interview for DSM-III Personality Disorders (SIDP; Pfohl e.a. 1989) de samenhang tussen As-I- en As-II-diagnosen: schizofrenie bleek gekoppeld te zijn aan antisociale en schizotypische persoonlijkheidsstoornissen. Hogg e.a. (1990) onderzochten de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij patiënten met recent ontstane schizofrenie. Van hen bleek 57% een persoonlijkheidsstoornis te hebben; vooral vaak meer tegelijk. Volgens de Structured Interview for DSM-III-R Personality (SID-P) kwamen het meest voor: antisociaal, borderline en schizotypie, terwijl volgens de Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI, een persoonlijkheidsvragenlijst) de afhankelijke, narcistische en ontwijkende stoornissen het meest voorkwamen. Samengevat betekent dit dat schizofrenie en andere persoonlijkheidsstoornissen samen voorkomen (comorbiditeit) en dat diverse instrumenten een verschillende samenhang tussen As I en As II aangeven.

De laatste tijd wordt gesuggereerd dat het beloop en ook de prognose van schizofrenie wordt beïnvloed door het tegelijkertijd aanwezig zijn van een As-I- (bijvoorbeeld schizofrenie) en een As-II-stoornis. Zo stellen Terkselsen e.a. (1991) dat symptoomreductie, vooruitgang in sociaal functioneren, en rehabilitatie van een patiënt met schizofrenie samenhangen met comorbiditeit op As II. De nadruk op nosologische conventies ontmoedigt echter het classificeren van As-II-stoornissen als iemand een schizofreniediagnose heeft op As I.

Prospectief onderzoek (McGlashan 1986) naar de samenhang van de schizotypische en borderline-persoonlijkheidsstoornissen met schizofrenie liet zien dat het ziekteverloop minder goed was met schizotypische persoonlijkheidsstoornissen. Andreoli e.a. (1989) ondernamen een onderzoek naar de predictieve waarde van persoonlijkheidsstoornissen bij personen met een As-I-diagnose (30% van hun steekproef bestond uit patiënten met schizofrenie). Zij stelden vast dat in 35% van de gevallen een dubbele diagnose (As I en As II) gelijktijdig aanwezig was. Verder vonden zij dat noch As I noch As II *symptomatisch* herstel na een periode van één of twee jaar kon voorspellen. Zij concludeerden dat de aanwezigheid van een DSM-III-R-persoonlijkheidsstoornis een belangrijke voorspeller was van *andere variabelen*, zoals: langzaam herstel (op As I), slechte behandelbaarheid van patiënten, hoge drop-out, langduriger behandeling en meer psychosociale risico's op langere termijn (geen werk e.d.). Onlangs werd een retrospectief pilot-onderzoek door Smith e.a. (1993) ondernomen naar de

samenhang tussen As I en As II bij de behandeling van schizofrene patiënten in twee behandelcondities. Zij vonden dat de aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen bij de diagnose 'schizofrenie' gecorreleerd was aan een langere verblijfsduur in het ziekenhuis. De resultaten van hun onderzoek ondersteunen de gedachte dat subgroepen van psychotische patiënten stabiele persoonlijkheidskenmerken hebben, die effect hebben op het resultaat van de behandeling. Verder onderzoek naar de relatie tussen As-I- en As-II-diagnosen bij schizofrenie zou tot een differentiële behandelindicatie kunnen leiden en verbetering van behandelresultaten te zien kunnen geven.

Geconcludeerd moet worden dat er nog maar weinig onderzoek is gedaan naar de vraag of persoonlijkheidskenmerken, waaronder persoonlijkheidsstoornissen, een effect hebben op het korte-termijnbeloop van schizofrenie en verwante psychotische stoornissen. Ons onderzoek gaat op dat aspect nader in.

Methode

Patiënten

- De steekproef van achtereenvolgens opgenomen patiënten is uitgebreid elders beschreven (Linszen e.a. 1994). De belangrijkste gegevens vatten wij hier samen. Van de totale steekproef (n = 97: 26 meisjes en 71 jongens) werden van 93 personen gegevens verzameld. De uitboekdiagnosen waren (volgens DSM-III-R 1986): schizofrenie (n = 52), schizoaffectief (n = 19), schizofreniform (n = 11), andere psychose (n = 11). Ouders en patiënten tekenden een *informed consent*, waarna de behandeling werd ingezet.

Patiënten werden drie maanden lang in een dag- en nachtopname klinisch behandeld, gevolgd door een ambulante behandeling van twaalf maanden. Deze laatste behandeling omvatte drie maanden dagkliniek en negen maanden nazorg. De inhoud van de behandeling is elders beschreven (Linszen e.a. 1993).

Instrumenten - In dit longitudinale onderzoek werd het effect van twee behandelvormen vergeleken; hierover werd apart gerapporteerd (Linszen e.a. 1993). Uit het genoemde onderzoek zullen we hier alleen de voor dit verslag relevante onderdelen bespreken.

Bij aanmelding van de patiënt in de kliniek en ten tijde van de opname werd de psychiatrische symptomatologie van de patiënt en de voorgeschiedenis ervan door de *intaker* bij de ouders systematisch geïnventariseerd (Psychiatric Symptom and History Schedule [PSHS], een aanpassing van de Psychiatric History Schedule [PHS], Spitzer en Endicott 1968). Op grond van de informatie van de ouders kon tevens een indicator worden ingevuld voor het sociale premorbide functioneren en prognose van de psychose (Goldstein in Kokes e.a. 1977).

Na ongeveer zes weken werd een standaard psychologisch onderzoek bij patiënten afgenomen. Eerst werd een korte intelligentietest (Groninger Intelligentie Test (GIT, Sniijders en Verhage 1962) uitgevoerd. Voorts werden de Personality Diagnostic Questionnaire-Revised (PDQ-R, Hyler e.a. 1988), de Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI, Nuttin en Beuten 1963), de Edwards Personal Preference Scale (EPPS, Edwards 1965; Tjoa 1973), zeven kaarten van de Thematic Apperception Test (TAT, Murray 1943) en de Rorschach inktvlekkentest afgenomen (Rorschach 1921). Alle tests (GIT, TAT, Rorschach), vragenlijsten (PDQ-R, MMPI, EPPS) en interviews (BPRS-E) werden op de voorgeschreven en gestandaardiseerde wijze afgenomen en gescoord.

De verkorte GIT geeft een schatting van het niveau van intellectueel functioneren en correleert hoog met de Wechsler Adult Intelligence Scale (Van Dongen e.a. 1972).

De MMPI is een zelfbeoordelingslijst van persoonlijkheidskenmerken en symptomen. Wij kozen voor de ingekorte versie: de MMPI-168 (Overall e.a. 1976). Voor de MMPI werd tevens een gemiddelde berekend voor de neurotische en psychotische tetrades (Lachar 1974).

De EPPS (Edwards 1965) is een test waarbij de respondent gevraagd wordt de belangrijkheid van persoonlijke 'behoeften' te scoren in volgorde van belangrijkheid. Een dertiental persoonlijkheidskenmerken wordt hierin geoperationaliseerd (behoefte aan ambitie, vriendschap, autonomie, etcetera) uit Murray's 'need system' (Murray 1943; Tjoa 1973).

Van de TAT werden zeven kaarten gepresenteerd (kaart 1, 2, 3GF, 6BM, 7BM, 8BM, 13 MF). Het uitgetypte protocol werd gescoord op zevenentwintig formele kenmerken van communicatiedeviantie (Jones en Doane 1979), die weer werden gewogen op een zestal factoren (Doane e.a. 1981): vreemd taalgebruik, mispercepties, vluchtige gespannenheid, gepersonaliseerde afsluitproblemen, foutieve overintellectualisatie en integratieve problemen. In het scoren van de Communicatiedeviatie bereikte de eerste auteur een percentageovereenkomst $> .80$ met de UCLA-Family-Project-referentiegroep.

De volledige Rorschachtest werd afgenomen en gescoord met de Blatt Index voor interne objectrepresentatie: een mentaal schema van een object zoals dat in de realiteit wordt waargenomen (Blatt e.a. 1976; Blatt en Wild 1976). De maten die hiervoor werden gebruikt zijn: vormniveau (is de duiding al dan niet in overeenstemming met de realiteit?), differentiatie (gaat het om gedeeltelijke, gehele of quasi-mensduidingen?), integratie (de mate van het opgenomen zijn van het object in interactie met andere objecten) en articulatie (de mate van beschrijving van perceptuele attributen). In psychodynamische theorieën hebben deze variabelen bekendheid onder de noemer 'ego-sterkte' (Prociano en Guinta 1989). Duidingen werden voor elk vormniveau (positief of negatief) apart gescoord. Eerder onderzoek naar de interbeoordelaarbetrouwbaarheid (Dingemans 1986) van de Blatt Index laat zien dat deze hoog is (Pearson produktmoment $r = .90$).

De PDQ-R is een zelfinvullijst waarin de criteria voor DSM-III-R-persoonlijkheidsstoornissen (APA 1987) zijn geoperationaliseerd met betrekking tot aan-/afwezigheid in de *afgelopen twee jaar*.

De BPRS-E is een semi-gestructureerd klinisch interview waarin aard en ernst van de belangrijkste klinisch-psychiatrische symptomen wordt beoordeeld. De interbeoordelaarbetrouwbaarheid van de interviewer met de Family-Project-referentiegroep was $.81$ (intra-klassecoëfficiënt). Met behulp van de BPRS werd het optreden en het tijdstip van een psychoserecieve geoperationaliseerd (Nuechterlein e.a. 1991).

Procedure - De BPRS-E werd gedurende de vijftien maanden van het behandel- en onderzoeksproject elke maand afgenomen. Slechts de BPRS-afnames van de laatste twaalf maanden (de periode waarin patiënt ambulante zorg kreeg) werden gebruikt voor analyse.

Het psychologische onderzoek werd gemiddeld zes weken na de klinische opname gestart en meestal in twee dagdelen, verspreid over twee dagen, afgerond. De praktijk leert dat het merendeel van de patiënten dan klinisch gestabiliseerd en in staat is om aan een psychologisch onderzoek deel te nemen. In dit onderzoeksverslag (tabel 1) valt uit de verschillende aantallen per test op te maken dat niet iedereen de EPPS kon afmaken. De test bleek voor een groot aantal patiënten frustrerend te zijn vanwege de gedwongen keuzes die moeten worden gemaakt. Ook het projectieve materiaal (Rorschach en TAT) bleek in een aantal gevallen moeilijk af te maken.

De PDQ kwam in 1986 voor onderzoek gereed en werd weldra vervangen door de PDQ-R (1987) vanwege de DSM-III-R-aanpassingen. In ons onderzoek maakten we gebruik van deze laatste versie en vielen de eerste acht patiënten mede daarom af.

Data-analyse - De effecten van de persoonlijkheidskenmerken, zoals geoperationaliseerd met de verschillende instrumenten (GIT, MMPI, EPPS, Rorschach, TAT, PDQ-R), plus de covariaten 'premorbid functioneren' (Goldstein in Kokes e.a. 1977) en de prognostische schaal van Strauss en Carpenter (Kokes e.a. 1977) op het tijdstip van recidiveren, werden geanalyseerd met behulp van multivariate 'survival-analyse' (Cox Regressie: Dixon en Brown 1990). Omdat alle persoonlijkheidsstoornissen onmogelijk in één model konden worden ondergebracht, werd een model opgebouwd volgens de strategie die door Hosmer en Lemeshow (1989) voor logistische regressie wordt aanbevolen. Kort gezegd werden eerst variabelen geselecteerd met behulp van (univariate) variantie-analyse, waarbij een significantieniveau van 0.25 werd toegepast (tabel 1). De geselecteerde variabelen werden (multivariaat) in een initieel model getoetst, waarbij mogelijke interactietermen werden onderzocht. De uiteindelijk geselecteerde termen werden in een definitief model ondergebracht, waarbij tevens de 'fit' van het model werd vastgesteld (tabel 2).

Tabel 1: Persoonlijkheidskenmerken van recidiverende en niet-recidiverende patiënten

	Geen recidive			Wel recidive			p
	n	X	sd	n	X	sd	
Premorbid functioneren	75	15.3	6.3	22	16.2	7.4	.18
Prognostische schaal	75	61.2	11.1	22	59.5	10.2	.30
IQ	64	104.4	13.3	20	100.6	13.4	.29
MMPI ²							
Ingen	61	53.4	11.2	20	51.6	9.6	.76
F-schaal (validiteit)	61	55.6	12.2	20	54.4	13.4	.01
correctieschaal	61	53.3	12.2	20	53.8	9.0	.91
somatic	61	57.4	12.4	20	60.3	7.3	.29
depressie	61	62.2	13.0	20	62.8	12.3	.86
hysterie	61	65.0	12.3	20	66.8	12.0	.16
psychopatie	61	57.0	13.8	20	58.7	14.7	.64
seksueelgebonden interesses	61	57.8	13.3	20	57.1	14.1	.85
paranoïde	61	59.1	13.3	20	61.2	19.4	.62
psychopathie	61	55.4	13.9	20	56.8	13.7	.73
schizofrenie	61	68.0	17.9	20	75.9	18.8	.10
manie	61	47.9	10.9	20	51.3	13.4	.15
sociale introvertie	61	46.3	14.9	20	47.4	15.6	.84
gemiddelde neuropsych MMPI	61	61.3	10.4	20	63.4	9.1	.48
gemiddelde psychosociale MMPI	61	58.1	12.3	20	62.8	14.9	.16
Rorschach ¹							
differentiatie positief	64	.21	.14	21	.24	.16	.73
articulatie positief	64	.16	.19	21	.19	.22	.49
integratie positief	64	.15	.21	21	.18	.21	.19
differentiatie negatief	64	.04	.06	21	.01	.09	.42
articulatie negatief	64	.012	.03	21	.004	.01	.29
integratie negatief	64	.013	.07	21	.004	.02	.31

Communicatievariantie van de TAT ¹							
vreemd taalgebruik	59	47.8	13.7	20	48.8	9.3	.80
misperceptie	59	53.9	14.0	20	60.1	21.4	.84
vlachtige gezamenheid	59	48.1	8.9	20	51.3	7.9	.83
persoonlijke afloopproblemen	59	45.7	19.5	20	39.8	19.2	.85
fixatieve overmatigechalastie	59	51.3	13.2	20	53.3	11.4	.81
integratieve problemen	59	39.2	21.4	20	30.9	21.8	.97
gemiddelde deviatiecoëf.	59	.68	.72	20	.55	.23	.41
EPPS ²							
ambitie	55	58.4	26.7	17	30.1	25.3	.26
respect	55	57.2	24.8	17	37.9	26.9	.94
ordening	55	59.2	25.8	17	61.7	33.1	.74
zelfvertoon	55	71.4	24.4	17	74.4	29.9	.85
autonomie	55	45.5	29.3	17	44.4	20.3	.88
vreemdchap	55	65.0	22.2	17	37.8	26.5	.37
inleving	55	40.6	25.0	17	45.0	26.5	.30
struc	55	29.9	23.2	17	71.5	23.4	.93
dominantie	55	49.7	23.2	17	38.9	24.5	.84
religieusgeloof	55	39.1	29.7	17	50.4	28.5	.98
inleving in anderen	55	44.2	27.1	17	38.0	24.6	.40
variatie	55	49.2	28.1	17	37.7	27.2	.65
verharding	55	45.8	28.2	17	40.3	23.8	.48
hormoonbalans	55	64.8	24.8	17	64.3	31.5	.95
agressie	55	34.1	26.6	17	41.0	34.7	.42
consistentie	55	47.7	29.7	17	47.2	34.0	.96
Personality Diagnostic Questionnaire-R ³							
cluster a	63	.7	.8	17	.8	1.0	.50
cluster b	63	1.6	1.3	17	1.8	1.4	.47
cluster c	63	.9	1.2	17	1.3	1.5	.32
schizofrenie	63	2.0	1.5	17	2.2	1.6	.73
schizotypie	63	2.3	1.9	17	2.4	2.3	.88
paranoïdie	63	2.6	1.7	17	2.9	1.6	.59

Vervolg Tabel 1

	Geen recidive			Wel recidive			p
	n	X	sd	n	X	sd	
theoretisch	63	2.3	1.3	17	2.6	1.9	.31
realistisch	63	3.4	2.0	17	4.3	2.6	.11
borderline (ps) ⁴	63	3.2	1.6	17	3.8	1.5	.18
borderline (ontwikkeling)	63	2.3	1.8	17	2.1	1.9	.67
antisociaal (ps)	63	1.8	1.4	17	2.5	1.3	.08
antisociaal (ontwikkeling)	63	1.2	1.6	17	1.9	2.7	.17
onwettelijk	63	2.4	1.6	17	2.7	2.8	.34
afhankelijk	63	3.1	1.7	17	3.4	1.7	.61
dwangmatig	63	3.2	1.7	17	4.0	2.7	.09
passief-agressief	63	2.9	1.5	17	3.1	2.4	.18
Impairment Distress	63	1.7	1.4	17	1.6	1.4	.87
Too Good	63	1.8	1.0	17	2.0	1.0	.45
Suspex Questionnaire	63	0.2	0.6	17	0.6	0.7	.01
Totalscore PDQ-R	63	14.9	12.8	17	19.2	14.7	.09
Aantal PDQ-R-items	63	3.0	2.4	17	3.9	3.2	.24

¹ T-scores zonder K-correctie, autosensibelen, sommatie van de schalen: sommatie van de schalen: sommatie van de schalen: paranoïdie, schizofrenie,

² De differentiatie, articulatie, en integratiecoëf. zijn onderverdeeld naar vormgeving (positief of negatief), de scores worden tot stand volgens het systeem van Blatt e.a.

³ Scores werden berekend en gecorrigeerd volgens het systeem van Doane e.a. (1982).

⁴ Percentielen, gecorrigeerd volgens handreiking op seks, opleiding en leeftijd.

⁵ Tot cluster A werden gerekend: paranoïdie, schizofrenie en schizotypie, tot de B-cluster: borderline, antisociaal, theoretisch en de narcistische persoonlijkheidsstoornis, en tot de C-cluster: de onwettelijke, afhankelijke, dwangmatige en passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis. Het aantal items is per cluster opgegeven en gemiddeld per cluster. Op de schalen van de cluster werden de itemscores opgegeven.

⁶ De borderline- en psychopatische schalen hebben twee subschalen: één voor ontwikkeling en één voor huidige functies. Op clusterniveau werd daarvoor gecorrigeerd.

Resultaten

Eerst werden de variabelen vergeleken met betrekking tot de psychologische tests van patiënten die wel en die niet recidiveerden. In een groepenvergelijkend (wel en niet recidiverend) onderzoek werden alle persoonlijkheidsvariabelen in univariate variantieanalyses vergeleken ($p < .25$). Variabelen die op 25%-niveau significant bleken samen te hangen met een recidive werden uiteindelijk geselecteerd voor verdere analyse (tabel 1):

Beide groepen verschilden niet met betrekking tot het niveau van intellectueel functioneren, hoeveelheid voorgeschreven antipsychotica en de geschatte trouw waarmee medicijnen werden ingenomen.

De recidiverende groep scoorde significant hoger op de F-schaal van de MMPI (frequentie maat voor ongebruikelijke, onconventionele antwoorden, zoals 'Soms verlaat mijn ziel mijn lichaam', 'Ik geloof dat mijn zonden onvergeeflijk zijn'). Deze groep scoorde gemiddeld ook boven ($T = 75,9$) de pathologische drempelwaarde ($T = 70$) op schizoideschaal van de MMPI.

De beide groepen bleken niet van elkaar te verschillen op de Rorschachmaten voor egosterkte en de persoonlijke behoeften zoals gemeten op de EPPS. Op de EPPS bleek het merendeel van de patiënten een relatief grote behoefte aan steun te hebben (percentiel 71) en van zichzelf te vinden dat ze zich beter voordoende dan ze in werkelijkheid zijn (zelfvertoon: percentiel 71).

Een interessante bevinding was ook dat de beide groepen sterker dan werd verondersteld verschilden - maar toch niet meer dan trendmatig - op formele kenmerken van communicatie op de TAT (mispercepties, vluchtige gespannenheid en gepersonaliseerde afsluitproblemen, geoperationaliseerd met het scoringssysteem van Doane e.a. [1981]). In deze scoringscategorïen laat de patiënt formele kenmerken van mispercepties en onduidelijkheid over het percept respectievelijk vluchtige en/of gefragmenteerde stijl van communicatie, en problemen in afstand nemen ten aanzien van het percept zien.

Op de PDQ-R worden voor zowel de antisociale als de borderline-stoornis de aard en ernst van symptomen vóór en na het achttiende levensjaar apart geïnventariseerd. Wij hebben deze varianten 'nu' respectievelijk 'ontwikkeling' genoemd. Interessant was tevens dat op de PDQ-R patiënten op As II een ruim aantal persoonlijkheidsstoornissen scoorden (3 tot 4). De prevalenties liggen in dit onderzoek echter aanzienlijk hoger dan bij Hogg e.a. (1990); waarschijnlijk omdat zij gestructureerde interviews gebruikten.

Vervolgens werden de volgende variabelen gekozen voor het bouwen en toetsen van een multivariaat model:

1 MMPI: F-schaal, schizoïdie- en manieschaal;

2 TAT: mispercepties, vluchtige gespannenheid en gepersonaliseerde afsluitproblemen;

3 PDQ-R schizotypie, obsessief-compulsief, passief-agressief, narcisme, borderline (nu), antisociaal (nu), antisociaal (ontwikkeling), suspecte vragenlijst.

In een multivariaat model werd, rekening houdend met hun onderlinge relatie ten opzichte van elkaar, de invloed van de veertien geselecteerde variabelen op de afhankelijke variabele (tijd tot psychosererecidive volgens BPRS-operationalisatie, Nuechterlein e.a. 1991) getoetst. Uit deze *survival analyse* (Cox Regressie) kwamen als predictorvariabelen naar voren: mispercepties en vluchtige gespannenheid van de formele eigenschappen van verbale communicatie (TAT). Op de PDQ-R bleek de score op de schaal voor antisociale persoonlijkheid (nu) een belangrijke predictorvariabele.

De variabelen die bij de multivariate analyse niet als bijdragende factoren naar voren kwamen, werden getoetst op een mogelijk niet-lineair verband (U-shape) met behulp van Cox Regressie. De F-schaal (non-conventionele antwoorden) en de SQ-schaal (suspecte vragenlijst) van de MMPI bleken (univariaat) een verband te vertonen met het tijdstip van recidiveren, wanneer deze schalen werden gedichotomiseerd volgens 50%-percentielen. Deze twee schalen werden dan ook in het model opgenomen.

De variabelen die in eerste instantie wel als bijdragend naar voren kwamen, werden eveneens getoetst op een mogelijk niet-lineair verband. Hoewel er geen sprake bleek te zijn van niet-lineaire verbanden, werd de schaal 'antisociaal (nu)' van de PDQ-R gedichotomiseerd (wel of geen

persoonlijkheidsstoornis aanwezig). Vervolgens werden interacties tussen de geselecteerde variabelen getoetst door deze één voor één aan het model toe te voegen. Geen van de interactietermen bleek echter bij te dragen tot de verklaring van het recidiveren.

De uitkomsten van de modeltest (tabel 2) laten zien dat zowel schalen van de MMPI (een instrument dat waarschijnlijk symptomen als persoonlijkheidskenmerken meet) als van de Thematische Apperceptie Test (zodanig gescoord dat formele karakteristieken van communicatie worden gemeten) en van de PDQ-R (die alleen persoonlijkheidsstoornissen pretendeert te meten) voorspellende waarde hebben ten aanzien van het optreden van een psychoserecive.

Tabel 2: Effecten van persoonlijkheidskenmerken op psychoserecive; resultaten van multivariate survival analyse

tema	Coefficiënt	std. error	P-waarde (L-ratio test)	hazard ratio	95% betrouwbaar- heidsinterval
Antisociaal nu (PDQ-R) ¹	2.83	0.78	<0.01	17.34	3.80 – 79.21
F-schaal (MMPI) ²	1.40	0.65	0.02	4.06	1.13 – 14.99
SQ-schaal (PDQ-R) ³	1.11	0.34	0.04	3.02	1.06 – 8.66
Misperceptie (TAT) ⁴	0.04	0.02	0.03	1.04	1.00 – 1.07
Vrochtge gespannenheid (TAT) ⁵	0.14	0.05	<0.01	1.15	1.04 – 1.26

¹ Hoogste t.o.v laagste groep (50%-percentielen)

² Intervalschaal

³ Persoonlijkheidsstoornis aanwezig t.o.v. niet-aanwezig

⁴ Suspect (score ≥ 1) t.o.v. waarheidsgetrouw (score 0)

De eerste *hazard ratio* in tabel 2 laat zien dat de patiëntengroep met de antisociale persoonlijkheidsstoornis een gemiddeld 17 maal grotere kans op een psychoserecive in de overlevingsperiode (twaalf maanden) heeft dan de vergelijkingsgroep. Het betrouwbaarheidsinterval toont dat de *range* ligt tussen 4 en 79 maal. Dit interval - veroorzaakt door een te grote standaardfout - is echter te groot om een goede puntschatting te geven. Verder zien we dat patiënten met een grotere neiging tot het geven van non-conventionele antwoorden (een hogere score op de F-schaal van de MMPI) 4 maal zo snel recidiveren dan de vergelijkingsgroep.

Patienten die volgens hun SQ-score op de PDQ-R geneigd zijn tot het geven van suspecte antwoorden, recidiveren 3 maal zo snel als patienten die geen suspecte antwoorden geven. En ten slotte zien we dat de scores op misperceptie- en gespannenheidsschaal niet veel bijdragen aan het voorspellend vermogen. Dat komt doordat het hier gaat om intervalscores. Als we de scores op deze beide schalen met tien punten verhogen, dan zien we dat de patiënt anderhalf ($e^{10 \cdot 0.04}$), respectievelijk vier ($e^{10 \cdot 0.14}$) maal vaker een psychoserecive heeft in de survivalperiode. Samenvattend: we zien dat de vier schalen in aflopende sterkte bijdragen aan de voorspelbaarheid van een psychoserecive.

Discussie

Uit dit onderzoek blijkt dat persoonlijkheidskenmerken en/of persoonlijkheidsstoornissen predictieve waarde hebben ten aanzien van het al dan niet (en sneller) optreden van een psychoserecive. Met deze uitkomst wordt een directe relatie gelegd tussen As-I- en As-II-‘diagnosen’ volgens de DSM-III-R. De uitkomsten van dit onderzoek suggereren door de omvang van de *hazard ratio* een specifieke relatie. Patiënten met een schizofreniediagnose op As I en een antisociale persoonlijkheidsstoornis op As II, hebben een 17 maal grotere kans op een psychoserecive in de nazorgperiode dan patiënten zonder deze stoornis. Men zou zich kunnen afvragen of de aanwezigheid van een antisociale persoonlijkheidsstoornis invloed heeft op het vermogen om tot een werkrelatie te komen, of op het al dan niet innemen van medicijnen. Personen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis houden zich per definitie minder goed aan regels. In dit onderzoek hebben we

echter geen groepsverschillen (antisociaal versus niet-antisociaal) gevonden met betrekking tot de hoeveelheid ingenomen medicatie ($p = .09$) en de getrouwheid waarmee medicijnen werden ingenomen ($p = .92$). Waarschijnlijk is de volgzzaamheid van personen met een schizofrenie en een antisociale persoonlijkheidsstoornis anders dan van iemand met een schizofrenie en een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. De vraag of de samenhang tussen As I en As II tot een onderscheid in gehanteerde therapeutische middelen moet leiden, is hiermee niet beantwoord. Klein e.a. (1991) suggereren dat dit wel moet vanwege veiligheid, grenzen stellen, *splitting* en tegenoverdracht. Dit gegeven wordt nog relevanter tegen de achtergrond van Torrey's opmerking (1994) dat de kern van iemands persoonlijkheid in of door een schizofrene psychose niet wordt aangetast. In ieder geval heeft eerder onderzoek laten zien dat gelijktijdige diagnose op As I en II de behandelbaarheid van de stoornis op As I beïnvloedt (Reich en Green 1991).

Bij de uitkomsten van dit onderzoek kan een aantal kanttekeningen gemaakt worden. Allereerst is er de vraag of patiënten met een psychose überhaupt in staat zijn tot reconstructie van hun persoonlijkheid en/of hun functioneren als persoon in het verleden. Dan is er de vraag of iemand zijn huidige persoonlijkheid kan evalueren als die veranderd is ten opzichte van vroeger (zoals in de traditionelere opvattingen omtrent schizofrenie nog steeds wordt gedacht). Mogelijk verwarren psychotische patiënten hun symptomen met hun persoonlijkheid zelfs. Kortom: wat is de differentiële invloed van premorbide en huidige persoonlijkheid op de momentele beoordeling van de eigen persoonlijkheid? Volgens Von Zerssen (1985) valt die invloed nogal mee. Hij spreekt in dit verband zelfs van een 'klinisch vooroordeel'. Desalniettemin zou bij vervolgonderzoek behalve de zelfbeoordeling ook een klinisch oordeel meegenomen dienen te worden.

In ons onderzoek hebben we geprobeerd de patiënt zich bij het invullen van de PDQ-R, in het verlengde van de instructie, te laten concentreren op hoe hij als persoon was 'in de afgelopen paar jaar'. In het onderzoek van Smith e.a. (1993) zagen we dat klinici zowel huidige als premorbide persoonlijkheidskenmerken op As II benoemen. Er lijkt geen reden om aan te nemen dat patiënten niet hetzelfde doen. Daarom zou het methodisch beter zijn als in toekomstig onderzoek dit proces van afweging door iemand anders wordt gedaan dan de patiënt, zoals dat thans in the International Personality Diagnostic Examination (IPDE, WHO 1993) reeds gebeurt.

In ons onderzoek zagen we ook een positieve relatie tussen het geven van suspecte antwoorden en het sneller krijgen van een psychoserecive. Dit is een interessante bevinding voor zover deze suggereert dat het geven van suspecte antwoorden vooral lijkt samen te gaan met ernstiger psychopathologie. Ook deze samenhang benadrukt dat beoordeling van As-II-pathologie mede door een onafhankelijke dient te geschieden. Al met al moeten de uitkomsten van dit onderzoek mede daarom als voorlopig worden gezien. Replicatie van dit onderzoek is derhalve geboden.

Literatuurep

Andreoli, A., G. Gressot, N. Aapro e.a. (1989), Personality disorders as a predictor of outcome. *Journal of Personality Disorders*

, 3 (4), p. 307-320.

Baer, L., en M.A. Jenike (1992), Personality disorders in obsessive compulsive disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 15 (4), p. 803-812.

Blatt, S.J., C. Brooks Brenners en J.C. Schimek (1976), Normal development and pathological impairment of the concept of the object on the Rorschach. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, p. 364-373.

Blatt, S.J., en C.M. Wild (1976), *Schizophrenia, a developmental analysis*. Academic Press, New York.

Bron, B. (1976), Zur Psychopathologie beginnender und chronischer psychotische Zustandsbilder bei jugendlichen Drogenkonsumenten. *Schweizerisches Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 119, p. 73-95.

Casey, P.R., en P. Tyrer (1990), Personality disorder and Psychiatric Illness in General Practice. *British Journal of Psychiatry*, 156, p. 261-265.

Dingemans, P. (1986), *Aspecten van psychiatrische classificatie*. Academisch proefschrift Rijksuniversiteit Utrecht. CSB, Beusichem.

Dixon, M. J., M.B. Brown, L.E. Engel e.a. (eds.) (1990), *BMDP statistical software manual Volume II*. University of California Press, Berkeley.

Doane, J.A., K.L. West, M.J. Goldstein e.a. (1981), Parental communication deviance and affective style as predictors of subsequent schizophrenia spectrum disorders in vulnerable adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 38, p. 679-685.

Dongen, H.R. van, F. Luteijn en F. van Harskamp (1972), De vergelijkbaarheid van een WAIS-, een verkorte GIT en een Raven IQ in een neurologische patiëntengroep. *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie*, 27, p. 631-641.

Dorfman, A., G. Shields, en L.E. DeLisi (1993), DSM-III-R personality disorders in parents of schizophrenic patients. *American Journal of Medical Genetics*, 48 (1), p. 60-62.

Edwards, A.L. (1959), *Edwards Personal Preference Schedule: revised*. Manual. Psychological Corporation, New York.

Fenton, W.S., en T.H. McGlashan (1989), Risk of schizophrenia in character disordered patients. *American Journal of Psychiatry*, 146 (10), p. 1280-1284.

Hogg, B., H.J. Jackson, R.P. Rudd, en J. Edwards (1990), Diagnosing Personality Disorders in recent-onset schizophrenia. *Journal of Nervous en Mental Disease*, 178 (3), p. 194-199.

Hosmer, D.W., en S. Lemeshow (1989), *Applied logistic regression*. John Wiley & Sons, New York.

Howard, R., en R. Levy (1993), Personality structure in the paranoid psychoses of later life. *European Psychiatry*, 8/2, p. 59-66.

Hyler, S.E., R.O. Rieder, J.B.W. Williams e.a. (1988), The Personality Diagnostic Questionnaire: Development and preliminary results. *Journal of Personality Disorders*, 2 (3), 229-237.

Jackson, H.J., H.L. Whiteside, G.W. Bates e.a. (1991), Diagnosing personality disorders in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83 (3), p. 206-213.

Jones, J.E. (1977), Patterns of transactional style deviance in the TAT's of parents of schizophrenics. *Family Process*, 16, p. 327-337.

Kendler, K.S., M. McGuire, A.M. Gruenberg e.a. (1993), The Roscommon family study: I. Methods, diagnosis of probands, and risk of schizophrenia in relatives. *Archives of General Psychiatry*, 50 (7), p. 527-540.

Klein, R.H., J.F. Orleans en C.R. Soule (1991), The Axis II Group: Treating severely characterologically disturbed patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41 (1), p. 97-115.

Koenigsberg, H.W., R.D. Kaplan, M.M. Gilmore e.a. (1985), The relationship between Syndrome and Personality Disorder in DSM-III: Experience with 2462 patients. *American Journal of Psychiatry*, 142, p. 207-212.

Kokes, R., J. Strauss en R. Klorman (1977), Measuring premorbid adjustment: The instruments and their development. *Schizophrenia Bulletin*, 3 (2), p. 186-214.

Lachar, D.L. (1974), *The MMPI: Clinical Assessment and the automated interpretation*. Western Psychological Services, Los Angeles.

Linszen, D.H., P.M.A.J. Dingemans en M.E. Lenior (1994), Cannabis Abuse and the Course of Recent-Onset Schizophrenic Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, p. 273-279.

Linszen, D.H., P.M.A.J. Dingemans, P.M. Scholte e.a. (1993), Behandeling, 'Expressed Emotion' en psychoserecidief bij recent ontstane schizofrene stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35 (9), p. 625-640.

Lukoff, D., K.H. Nuechterlein en J. Ventura (1986), Manual for the Expanded BPRS. *Schizophrenia Bulletin*, 12, p. 594-602.

McClellan, J.M., J.S. Werry en M. Ham (1993), A follow-up study of early onset psychosis: Comparison between outcome diagnoses of schizophrenia, mood disorders, and personality disorders. *Journal of Autism and Developmental disorders*, 23 (2), p. 243-262.

McGlashan, T.H. (1986), Schizotypal personality disorder. Chestnut Lodge follow-up study: VI. Long term follow up perspectives. *Archives of General Psychiatry*, 43 (4), p. 329-334.

Murray, H.A. (1943), *Thematic Apperception Test*. Harvard University Press, Cambridge MA.

Nuechterlein, K.H., M.E. Dawson, J. Ventura e.a. (1991), Testing vulnerability models: Stability of potential vulnerability indicators across clinical state. In: H. Hafner, W.F. Gattaz en W. Janzarik (eds.), *Search for causes of schizophrenia*, (vol. 2). Springer, Berlin, p. 177-191..

Nuttin, J., en B. Beuten (1969), *Handleiding bij de Persoonlijheidsinventaris MMPI* (2e herziene uitgave). Leuvense Unversiteitsuitgaven, Leuven.

Overall, J.E., W. Higgins, en A. DeSchweinitz (1976), A comparison of differential diagnostic discrimination for abbreviated and standard MMPI. *Journal of Clinical Psychology*, 32, p. 239-245.

Parnas, J., T.D. Cannon, B. Jacobsen e.a. (1993), Lifetime DSM-III-R diagnostic outcomes in the offspring of schizophrenic mothers: Results from the Copenhagen high-risk study. *Archives of General Psychiatry*, 50 (9), p. 707-714.

Pfohl, B., N. Blum, M. Zimmerman e.a. (1989), *The Structured Interview for DSM-III-R Personality Disorders: SIDP-R*. University of Iowa Hospital and Clinics, Iowa City IA.

Procidano, M.E. en D.M. Guinta (1989), Object representations and symptomatology: preliminary findings in young adult psychiatric in patients. *Journal of Clinical Psychology*, 45, p. 309-316.

Reich, J.H., en A.I. Green (1991), Effect of personality disorders on outcome of treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, p. 74-82.

Rorschach, H. (1921), *Psychodiagnostik*. H. Huber, Bern.

Spitzer R.L., en J. Endicott (1968), *Psychiatric History Schedule*. New Research, New York State Psychiatric Institute, New York.

Smith, T.E., A. Deutsch, F. Schwartz e.a. (1993), The role of personality in the treatment of schizophrenic and schizoaffective disorder patients: a pilot study. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57 (1), p. 88-99.

Snijders, J.Th., en F. Verhage (1962), *Voorlopige handleiding bij de Groninger Intelligentie Test*. Swets & Zeitlinger, Amsterdam.

Terkelsen, K.G., T.E. Smith, R.E. Gallagher e.a. (1991), Schizophrenia and Axis II. Letter to the editor. *Hospital Community Psychiatry*, 42 (5), p. 538.

Thaker, G., H. Adami, M. Moran e.a. (1993), Psychiatric illnesses in families of subjects with schizophrenia-spectrum personality disorders: High morbidity risks for unspecified functional psychoses and schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 150 (1), p. 66-71.

Tjoa, A.S.H. (1973), *De Edwards Personal Preference Schedule, EPPS, Sociale Wenselijkheid, Gedwongen Keuze en een Nederlandse EPPS-versie*. Swets & Zeitlinger, Amsterdam.

Torrey, E.F., A.E. Bowler, E.H. Taylor e.a. (1994), *Schizophrenia and Manic-Depressive Disorder*. The Biological roots of Mental Illness as Revealed by the Landmark Study of Identical Twins. Basic Books, New York.

Vincent, K.R. (1984), *MMPI-168 codebook*. Ablex Publishing Corporation, Norwood, N.J.

World Health Organization (1993), *International personality disorder examination. IPDE. Versie 1.1*. Vakgroep Klinische en Gezondheidspsychologie, Leiden.

Zerssen, D. von (1993), Normal and abnormal variants of premorbid personality in functional mental disorders. Conceptual and methodological issues. *Journal of Personality Disorders*, 7 (2), p. 116-136.

Zerssen, D. von (1986), The evaluation of treatment methods by rating and self-rating scales. In: P. Pichot, P. Berner, R. Wolf e.a. (eds.), *Psychiatry. The State of the Art. Vol. 1: Clinical Psychopathology Nomenclature and Classification*. Plenum Press, New York, p. 365-370.

Summary: Personality and schizophrenia

In this study the predictive value of personality traits and -disorders in the course of schizophrenia was explored. A cohort of 93 patients was assessed with a battery of tests purportedly measuring personality characteristics. Personality traits and personality disorders, especially anti-social personality disorder, were found to have predictive value for the course of recent onset schizophrenia. The outcome of this research endorses the hypothesis that Axis I and Axis II comorbidity influences the course of schizophrenia. More attention therefore should be paid to Axis II pathology in the treatment of schizophrenia.

Met dank aan M.C. Van Laarhoven voor haar steun bij de totstandkoming van dit project.

Dit onderzoek werd mede mogelijk gemaakt dankzij een onderzoekssubsidie van het Praeventiefonds (28-1241).

De vertaling van de PDQ-R is op te vragen bij de eerste auteur.

Auteurs zijn respectievelijk psycholoog, psychiater en data-analyste, verbonden aan het Psychiatrisch Centrum van het Academisch Medisch Centrum en de Divisie Psychiatrie, Universiteit van Amsterdam, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam Zuidoost.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 26-8-1994.