

De Nederlandstalige *DSM-5 Persoonlijkheidsvragenlijst (PID-5-NL)*: psychometrische eigenschappen en klinische toepassing

H. Berghuis, L. Lemaire, T.J.M. Ingenhoven, G. Rossi, P.T. van der Heijden

- Achtergrond** De Nederlandstalige DSM-5 Persoonlijkheidsvragenlijst (PID-5-NL) is de door de APA aanbevolen vragenlijst om maladaptieve persoonlijkheidstrekken zoals gedefinieerd in het alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen te beoordelen.
- Doel** Toelichten van de psychometrische kwaliteiten van de PID-5-NL, presenteren van normatieve data, en de toepassing van de PID-5-NL in de klinische praktijk.
- Methode** De PID-5-NL werd afgenomen in een steekproef van volwassenen uit de algemene bevolking in Vlaanderen (België) en in een steekproef van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis in de gespecialiseerde ggz (SGGZ) in Nederland. We illustreren scores op de PID-5 van een patiënt met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis aan de hand van een vignet.
- Resultaten** Betrouwbaarheid en validiteit van de PID-5-NL waren voldoende tot goed, en vergelijkbaar met resultaten uit internationaal onderzoek naar de PID-5. Opmerkelijk was dat in de huidige onderzoeksgroep patiënten op enkele trekfacetten even laag of lager scoorden dan de groep proefpersonen uit de algemene bevolking.
- Conclusie** De PID-5-NL-vragenlijst is een bruikbaar instrument om op een relatief eenvoudige manier zicht te krijgen op een breed palet aan relevante persoonlijkheidstrekken voor diagnostiek en indicatiestelling; voorlopige referentiegroepen voor gebruik in de klinische praktijk van de reguliere SGGZ zijn door dit onderzoek beschikbaar gekomen. Verdere verfijning van de referentiegroepen en nader onderzoek bij patiënten met externaliserende persoonlijkheidsproblematiek worden aanbevolen.

Vanwege fundamentele kritiek op de categoriale classificatie van persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-IV (Clark 2007) werd voor de DSM-5 een hybride, meer dimensioneel model ontwikkeld. In dit alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen (AMPS) staan beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren en maladaptieve persoonlijkheidstrekken centraal. Voor het vaststellen van dergelijke persoonlijkheidstrekken zijn vragenlijsten beschikbaar, waaronder de *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5; Krueger e.a. 2012). In deze bijdrage bespreken we deze zelfrapportagevragenlijst, de normering van de Nederlandstalige versie PID-5-NL (van der Heijden e.a. 2014) en een voorbeeld van de toepassing ervan in de klinische praktijk.

Het alternatieve DSM-5-model

Het AMPS komt tegemoet aan de kritiek op het categoriale DSM-model, zoals onder andere de weinig specifieke algemene criteria voor een persoonlijkheidsstoornis, de hoge mate van comorbiditeit tussen persoonlijkheidsstoornissen, het ontbreken van een ernstmaat, en de beperkte klinische bruikbaarheid voor indicatiestelling en behandeling (Clark 2007).

Het AMPS is te karakteriseren als een hybride classificatiemodel voor persoonlijkheidsstoornissen, gezien de mogelijkheid van zowel een dimensionele benadering als een categoriale rubricering (Hopwood e.a. 2019). Ernst en aard van de persoonlijkheidsstoornis, respectievelijk het A- en het B-criterium, vormen de kern van het AMPS. Het A-criterium omvat een dimensionale

AUTEURS

Han Berghuis, klinisch psycholoog, NPI - Arkin, Amersfoort.

Laura Lemaire, master psycholoog, Pro Persona, Ede.

Theo Ingenhoven, psychiater, NPI - Arkin, Amsterdam.

Gina Rossi, professor vakgroep Psychologie, Persoonlijkheid en Psychopathologie Onderzoeksgroep (PEPS), Vrije Universiteit Brussel (VUB), Brussel.

Paul van der Heijden, klinisch psycholoog, Reinier van Arkel, 's-Hertogenbosch, Radboud Universiteit Nijmegen.

Correspondentie

Dr. Han Berghuis (han.berghuis@npsai.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-5-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(11):796-803

schaal van de ernst van persoonlijkheidsstoornis en brengt in kaart het functioneren van het zelf, bestaande uit de elementen identiteit en zelfsturing, en het interpersoonlijk functioneren, bestaande uit de elementen empathie en intimiteit.

De *Niveaus van Persoonlijkheidsfunctioneren schaal* (LPFS; APA 2013, p. 1024-9) genereert een score van 0 ('geen of minimale beperkingen') tot 4 ('extreme beperkingen'). Bij een persoonlijkheidsstoornis moet er minimaal sprake zijn van 'matige beperkingen' (score 2 of hoger) op twee of meer van de genoemde elementen.

Het B-criterium betreft 25 afzonderlijke trekfacetten (tabel 2) waarmee de aard van de persoonlijkheidsproblemen, de persoonlijkheidsstijl, wordt bepaald. Deze persoonlijkheidstrekken zijn gerangschikt in vijf trekdomeinen: negatieve affectiviteit, afstandelijkheid, antagonisme, ongeremdheid en psychoticisme. De definities van de vijf trekdomeinen en alle 25 trekfacetten staan beschreven in deel III van de DSM-5 (APA 2013, p. 1030-3).

Ten slotte onderscheidt men in het AMPS nog zes specifieke typen persoonlijkheidsstoornis: de antisociale, de borderline-, de vermijdende, de narcistische, de schizotypische en de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast bestaat er bovendien de zogenaamde trekgespecificeerde persoonlijkheidsstoornis, vergelijkbaar met de andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis uit DSM-5 deel II, waarbij de patiënt op basis van diens unieke profiel van persoonlijkheidstrekken kan worden omschreven.

De DSM-5 Persoonlijkheidsvragenlijst (PID-5)

De PID-5-vragenlijst is het door de APA aanbevolen meetinstrument om de persoonlijkheidstrekken binnen het AMPS te beoordelen. De PID-5 is vanuit het Engels in veel verschillende talen beschikbaar (Zimmerman e.a. 2019), waaronder de hier besproken Nederlandstalige versie (de PID-5-NL). Naast de zelfrapportageversie (220 items), die wij in deze bijdrage bespreken, bestaat er tevens een informanterversie (218 items). Deze versies meten naast de vijf trekdomeinen ook alle 25 trekfacetten. Er zijn ook verkorte zelfrapportage- en informanterversies van 25 items beschikbaar die enkel de vijf

trekdomeinen in kaart brengen. Alle vier de PID-5-versies zijn in het Nederlands gratis beschikbaar: <https://www.dsm-5.nl/documenten/artikel/29/DSM-5-Persoonlijkheidsvragenlijst-PID-5>.

Voor (psycho)diagnostisch onderzoek raden we aan om de lange versie(s) te gebruiken, om een profiel te genereren van de 25 trekfacetten dat een gedifferentieerd beeld geeft voor diagnostiek en indicatiestelling. De korte versies zijn geschikt voor wetenschappelijk onderzoek, of wanneer met beperkte inspanning slechts een globale indruk wordt gevraagd (Bach e.a. 2015).

Al-Dajani e.a. (2016) beschreven in een systematische review de psychometrische kwaliteiten van de PID-5 (beide zelfrapportageversies) op basis van 30 internationale studies bij 39 steekproeven. De interne consistentie van de PID-5 bleek voldoende tot goed, Cronbachs alfa's varieerden van 0,84 tot 0,96 (domeinen) en van 0,72 tot 0,96 (facetten). De hiërarchische factorstructuur kwam overeen met het vijffactorenmodel van persoonlijkheidstrekken, hoewel de verdeling van de 25 trekfacetten over de 5 maladaptieve trekdomeinen in factoranalyses soms wat anders uitviel dan in het oorspronkelijk bedoelde model. Wat betreft de validiteit hingen de PID-5-domeinen en -facetten op een logische wijze samen met schalen uit verwante modellen, bijvoorbeeld met de PSY-5 uit de MMPI-2 (Harkness e.a. 2002), en de NEO-PI-R (Costa & McCrae 1992). Naar analogie van eerder onderzoek op basis van DSM-IV-constructen voor persoonlijkheidsstoornissen vonden Markon e.a. (2013) en Jopp en South (2015) gemiddeld genomen matige correlaties tussen de PID-5-zelf- en informantenrapportage in verschillende steekproeven.

De psychometrische eigenschappen van de Nederlandse korte en lange versie van de PID-5-NL (zelfrapportage) zijn onderzocht bij ouderen (Van den Broeck e.a. 2014; Debast e.a. 2017; Rossi e.a. 2017), en in een groep volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (Lemaire e.a. 2020). Deze studies bevestigen de betrouwbaarheid van de schalen, de factorstructuur, en de convergente validiteit met aanverwante instrumenten. Al-Dajani e.a. (2016) beëindigden hun review naar de PID-5-onderzoeken met een aantal kritische kanttekeningen. Zij benadrukten dat het beschikbare onderzoek

(tot 2016) vooral bij niet-klinische steekproeven is uitgevoerd en dat er nog geen goede norm- of referentiescores zijn ontwikkeld. Naast verdere psychometrische ontwikkeling van de vragenlijst pleitten zij daarom voor onderzoek naar de klinische bruikbaarheid van de PID-5.

Op basis van deze aanbevelingen presenteren wij in dit artikel normatieve data voor de PID-5-NL, waarbij we gebruikmaken van een klinische steekproef met patiënten met persoonlijkheidsproblematiek uit Nederland en van een steekproef uit de algemene bevolking in Vlaanderen. Tevens beschrijven we de klinische toepassing van de PID-5 aan de hand van een vignet.

METHODE

Deelnemers

Patiënten

Wij onderzochten de psychometrische kenmerken van de PID-5-NL bij een groep Nederlandse patiënten in behandeling voor een persoonlijkheidsstoornis (n = 762) bij het Centrum voor Psychotherapie (CvP; n = 603) van Pro Persona in Lunteren of bij Reinier van Arkel in 's Hertogenbosch (RvA; n = 159). De PID-5-NL werd ingevuld als standaardvragenlijst bij de intake voor diagnostiek en indicatiestelling. Alle patiënten gaven toestemming voor het gebruik van de uitkomsten voor onderzoek.

De patiënten van het CvP waren verwezen voor een klinische of dagklinische psychotherapeutische groepsbehandeling van 2 of 4 dagen in de week. De patiënten bij RvA waren verwezen voor een ambulante of deeltijdbehandelingen binnen het zorgprogramma persoonlijkheidsstoornissen.

Patiënten van het CvP en de RvA werden bij de statistische analyses tezamen genomen om een brede representatie van problematiek en intensiteit van behandeling te vormen. De biografische gegevens van de samengestelde populatie staan beschreven in [tabel 1](#).

Classificaties van persoonlijkheidsstoornissen waren middels klinische diagnostiek vastgesteld op basis van alle beschikbare relevante informatie (LEAD-methode; Spitzer 1983). De onderzoeksgroep betrof overwegend patiënten met een cluster C-, borderline- of andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis (met diverse

'trekken' uit alle clusters). Ernstige cluster A-persoonlijkheidsstoornissen en patiënten met een evidente antisociale of narcistische persoonlijkheidsstoornis worden normaliter niet binnen deze betreffende zorgprogramma's behandeld. De verwezen patiënten hadden veelal een of meer comorbide psychische symptoomstoornissen, meestal een angst-, depressieve en/of traumagerelateerde stoornis.

Kortom, in onze ogen ging het om een adequate representatie van patiënten met matig ernstige tot ernstige persoonlijkheidsstoornissen zoals die behandeld worden in de Nederlandse SGGZ, met relatief weinig uitgesproken persoonlijkheidseigenschappen passend bij de trekdomeinen antagonisme en psychoticisme van het AMPS.

Algemene populatie

Daarnaast verzamelden we data om de normatieve vergelijking met algemene populaties mogelijk te maken. Hiervoor gebruikten we een referentiegroep van Nederlandstalige volwassenen uit Vlaanderen (n = 622; [tabel 1](#)) die verzameld is voor onderzoek vanuit de Vrije Universiteit Brussel (VUB). Deze data maken deel uit van een project naar het AMPS-model vanuit de onderzoeksgroep Persoonlijkheid en Psychopathologie (PEPS) van de vakgroep Psychologie van de VUB. Het gaat om gelegenheidssteekproeven waarbij 268 deelnemers bachelorstudenten psychologie waren, 245 deelnemers verzameld werden bij 60-plussers en 109 aselect uit de algemene bevolking. Alle deelnemers gaven geïnformeerde toestemming voor onderzoek. De biografische gegevens staan beschreven in [tabel 1](#).

Een deel van deze data (n = 513) werd reeds eerder gebruikt voor onderzoek naar psychometrische kenmerken van de PID-5 (Van den Broeck e.a. 2013, 2014; Debast e.a. 2017; Rossi e. a. 2017), maar ze werden niet eerder gebruikt voor normering. In de vermelde publicaties zijn meer achtergronden te vinden over deze steekproeven uit de algemene bevolking.

Statistische analyses

We berekenden de gemiddelde scores en standaarddeviaties van de groepen algemene bevolking en patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, alsmede de cumulatieve percentages van de ruwe scores, en T-scores voor normering.

Tabel 1. Biografische gegevens van de onderzoeksgroepen

	Algemene bevolking n = 622	Persoonlijkheidsstoornissen n = 762 ¹
Man	198 (32%)	233 (31%)
Vrouw	424 (68%)	517 (69%)
Gem. leeftijd (SD; uitersten)	45 (SD: 25,0); 18-99	33 (SD: 10,03); 18-59

¹Van 12 personen was geslacht onbekend.

RESULTATEN

In het algemeen vertoonde de patiëntengroep hogere gemiddelde scores dan de groep proefpersonen uit de algemene bevolking (zie tabel 2). De meeste verschillen tussen deze twee normgroepen, berekend op basis van een t-test, waren significant (vanwege multiële testen kozen we voor $p < 0,001$), met uitzondering van de facetten separatieangst, vijandigheid, aandacht zoeken, impulsiviteit en rigide perfectionisme. De effectgroottes van de verschillen uitgedrukt in Cohens d lagen tussen 0,19 en 1,93 (een klein tot groot effect) voor significante verschillen ($p < 0,001$).

De gemiddelde scores op het domein antagonisme waren lager voor de normgroep persoonlijkheidsstoornissen dan voor de algemene bevolking, conform de verwachting gegeven de aard van de persoonlijkheidsproblematiek van de patiëntengroep. Hetzelfde gold voor 4 van de trekfacetten van het domein antagonisme, en één van de facetten van het domein ongeremdheid. De effectgroottes (Cohens d) van deze verschillen vertoonden waarden tussen 0,19 en 0,49: deze verschillen waren slechts minimaal of beperkt van grootte. Om de interpretatie van scores te vergemakkelijken, berekenden wij T-scores voor de vijf trekdomeinen en 25 trekfacetschalen van de PID-5. T-scores met een waarde

Tabel 2. Gemiddelde scores, standaarddeviaties, significantie en richting van de verschillen en effectgrootte op de PID-5-NL-domeinen en -facetten in de groep 'algemene bevolking' (n = 622) en de groep 'persoonlijkheidsstoornissen' (n = 762)

PID-5-NL Domeinen en facetten	Algemene bevolking n = 622		Persoonlijkheidsstoornissen n = 762		p	M A t.o.v. P	Cohens d
	M	SD	M	SD			
Negatieve affectiviteit	1,18	0,57	1,43	0,42	< 0,001	A < P	0,50
Emotionele labiliteit	1,18	0,75	1,60	0,76	< 0,001	A < P	0,55
Ongerustheid	1,15	0,68	1,88	0,65	< 0,001	A < P	1,10
Separatieangst	1,20	0,60	1,15	0,72	0,22	-	-
Submissiviteit	1,01	0,65	1,52	0,80	< 0,001	A < P	0,70
Vijandigheid	0,89	0,53	0,91	0,61	0,59	-	-
Perseveratie	0,91	0,51	1,41	0,58	< 0,001	A < P	0,92
Afstandelijkheid	0,63	0,44	1,35	0,48	< 0,001	A < P	1,56
Sociale teruggetrokkenheid	0,58	0,54	1,17	0,67	< 0,001	A < P	0,97
Vermijding van intimiteit	0,62	0,63	0,83	0,72	< 0,001	A < P	0,31
Anhedonie	0,69	0,50	1,81	0,65	< 0,001	A < P	1,93
Depressiviteit ¹	0,53	0,52	1,67	0,67	< 0,001	A < P	1,90
Ingeperkte affectiviteit ¹	0,85	0,57	1,10	0,68	< 0,001	A < P	0,40
Achterdocht ¹	1,03	0,45	1,15	0,66	< 0,001	A < P	0,21
Antagonisme	0,59	0,46	0,49	0,35	< 0,001	A > P	0,25
Manipulatief gedrag	0,76	0,65	0,47	0,53	< 0,001	A > P	0,49
Onbetrouwbaarheid	0,57	0,48	0,47	0,47	< 0,001	A > P	0,21
Grandiositeit	0,44	0,46	0,27	0,39	< 0,001	A > P	0,40
Aandacht zoeken	0,79	0,61	0,71	0,63	0,21	-	-
Ongevoeligheid	0,39	0,33	0,27	0,32	< 0,001	A > P	0,37
Ongeremdheid	0,80	0,50	1,10	0,40	< 0,001	A < P	0,66
Onverantwoordelijk gedrag	0,55	0,45	0,65	0,56	0,001	A < P	0,20
Impulsiviteit	0,89	0,59	0,83	0,77	0,11	-	-
Afleidbaarheid	0,95	0,65	1,61	0,69	< 0,001	A < P	0,98
Risicant gedrag	1,13	0,51	1,03	0,55	< 0,001	A > P	0,19
(Ontbreken van) ² Rigide perfectionisme	1,11	0,64	1,24	0,69	0,002	-	0,20
Psychoticisme	0,49	0,45	0,61	0,37	< 0,001	A < P	0,29
Ongewone overtuigingen en ervaringen	0,34	0,39	0,43	0,49	< 0,001	A < P	0,20
Excentriciteit	0,60	0,62	0,83	0,63	< 0,001	A < P	0,37
Cognitieve en perceptuele disregulatie	0,44	0,43	0,55	0,31	< 0,001	A < P	0,29

¹Trekfacet tevens behorend bij trekdomein negatieve affectiviteit.

²'Ontbreken van': het betreft hier de tegenpool van ongeremdheid.

M: Gemiddelde score. SD: Standaarddeviatie. A: Algemene bevolking, P: Persoonlijkheidsstoornissen. Cohens d van 0,50 betekent een medium effect; Cohens $\geq 0,80$ betekent een groot effect (Cohen 1992).

Tabel 3. T-scores en ruwe scores en cumulatieve percentages van referentiegroep Algemene bevolking (n = 622) en referentiegroep Persoonlijkeitsstoornissen (n = 762)

T-score	Betekenis	Negatieve affectiviteit				Afstandelijkheid				Antagonisme			
		Algemeen		PHS		Algemeen		PHS		Algemeen		PHS	
		Ruwe score	Cum. perc.	Ruwe score	Cum. perc.	Ruwe score	Cum. perc.	Ruwe score	Cum. perc.	Ruwe score	Cum. perc.	Ruwe score	Cum. perc.
< 30	Zeer laag	< 0,01	1	< 0,60	2	0,00	1	< 0,40	2	0,00	5	< 0,00	1
30-39	Laag	0,01-0,57	17	0,60-1,03	15	0,00-0,16	10	0,40-0,89	17	0,00-0,10	13	0,00-0,12	12
40-59	Gemiddeld	0,58-1,71	82	1,04-1,93	84	0,17-1,04	83	0,90-1,86	81	0,11-1,02	82	0,13-0,91	86
60-69	Hoog	1,72-2,29	95	1,94-2,35	97	1,05-1,48	95	1,87-2,35	98	1,03-1,49	94	0,92-1,31	95
≥ 70	Zeer hoog	≥ 2,30		≥ 2,36		≥ 1,49		≥ 2,36		≥ 1,50		≥ 1,32	

T-score	Betekenis	Ongeremdheid				Psychoticisme			
		Algemeen		PHS		Algemeen		PHS	
		Ruwe score	Cum. perc.	Ruwe score	Cum. perc.	Ruwe score	Cum. perc.	Ruwe score	Cum. perc.
< 30	Zeer laag	0,00	1	< 0,31	2	0,00	6	< 0,00	2
30-39	Laag	0,00-0,30	1	0,32-0,72	14	0,00-0,01	8	0,00-0,26	19
40-59	Gemiddeld	0,31-1,24	82	0,73-1,58	84	0,02-0,91	91	0,27-1,17	83
60-69	Hoog	1,25-1,71	95	1,59-2,01	97	0,92-1,36	97	1,18-1,64	96
≥ 70	Zeer hoog	≥ 1,72		≥ 2,02		≥ 1,37		≥ 1,65	

Cum. perc.: cumulatief percentage; PHS: persoonlijkheidsstoornissen; Algemeen: algemene bevolking.

hoger dan 60 of lager dan 40 zijn te omschrijven als een ‘hoge’ of ‘lage’ mate van aanwezigheid van de betreffende persoonlijkheidsstrek; T-scores met een waarde hoger dan 70 of lager dan 30 zijn te omschrijven als een ‘zeer hoge’ of ‘zeer lage’ mate van aanwezigheid van de betreffende persoonlijkheidsstrek.

Zo zal een patiënt met een T-score van 75 op het trekfacet ‘vermijding van intimiteit’ vermoedelijk hechte vriendschappelijke of romantische relaties in zeer sterke mate uit de weg gaan en naar verwachting een zeer solistisch bestaan leiden. Bij een patiënt met een persoonlijkheidsstoornis zal een aantal maladaptieve persoonlijkheidsstreken aanwezig zijn, maar niet alle 25 trekken. De meerderheid van de trekken kan bij de patiënt zelfs nauwelijks aanwezig blijken en daarmee overeenkomen met lage of zeer lage scores van patiëntengroepen en/of de algemene bevolking.

We geven ter informatie de T-scores en de cumulatieve percentielscores van de trekdomeinen in **tabel 3**. T-scoretabellen die ook alle trekfacetten omvatten, zijn opgenomen op www.hanberghuis.nl/downloads.

TOEPASSING IN DE PRAKTIJK

Ingenhoven e.a. (2018) beschrijven een diagnostisch stappenplan waarin het AMPS wordt gebruikt voor verdiepende diagnostiek wanneer alleen classificatie van persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-5 deel II onvoldoende is om in de klinische praktijk de complexe problematiek van de patiënt te doorgronden voor indicatiestelling of behandeling. Het AMPS genereert een

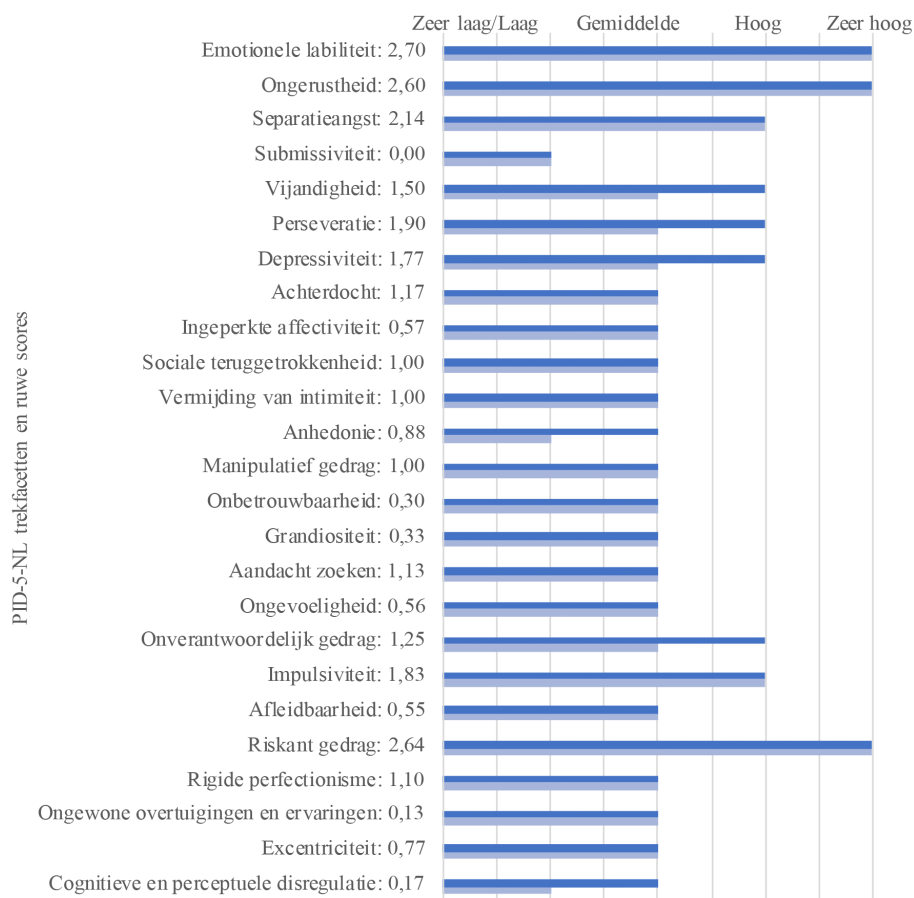
genueanceerder diagnostisch beeld omdat het zowel de ernst (criterium A), de aard (criterium B) als het type van de persoonlijkheidsstoornis in kaart brengt. In plaats van het verengen van complexe problematiek tot pseudo-eenduidige categorieën (Skodol e.a. 2015; Koster e.a. 2019) krijgt de clinicus nadat de patiënt mede de PID-5-NL-vragenlijst heeft ingevuld zicht op het brede palet van relevante maladaptieve persoonlijkheidsstreken waarin de specifieke persoonlijkheidsstijl van de patiënt tot leven komt.

Vignet

Figuur 1 toont een vignet met scores op de PID-5-NL van een patiënt met het borderlinepersoonlijkheidsstoornistype volgens het AMPS. Vanwege de focus van ons artikel beperken we ons bij dit vignet tot de scores op de PID-5-NL. De scores dienen uiteraard samen te gaan met minstens matige beperking in het persoonlijkheidsfunctioneren volgens het A-criterium van het AMPS. Er is bij deze patiënt in het vignet sprake van hoge tot zeer hoge scores (ten opzichte van beide referentiegroepen) op de volgende trekfacetten: emotionele labiliteit, ongerustheid, separatieangst, impulsiviteit en riskant gedrag. Deze trekken zijn volgens het AMPS passend bij het borderlinepersoonlijkheidsstoornistype (APA, 2013, blz. 1012), mits ook voldaan wordt aan het betreffende A-criterium en de overige algemene criteria voor een persoonlijkheidsstoornis.

Kenmerkend bij dit profiel zijn verder de matig ernstig verhoogde scores op de trekfacetten vijandigheid, perseveratie, depressiviteit en onverantwoordelijk gedrag.

Figuur 1 Vignet PID-5-NL-scores



Donkere balk: score vergeleken met groep Algemene bevolking; lichte balk: score vergeleken met groep Persoonlijkeitsstoornissen.

Ook de zeer lage score op submissiviteit is bij deze patiënt opmerkelijk binnen het profiel met verder overwegend gemiddelde, hoge of zeer hoge scores.

In aanvulling op de classificatie borderlinepersoonlijkeitsstoornistype is deze patiënt te beschrijven als een angstige, snel ontregelde man, waarbij wisselende stemmingen en risicovol, impulsief en schadelijk gedrag op de voorgrond staan. Daarbij is hij snel boos of ontstemd, geneigd om koppig door te gaan in de disfunctionele uitvoer van taken. Hij zal zich niet makkelijk aanpassen aan anderen, integendeel. Hij staat onverschillig tegenover allerlei sociale en financiële verplichtingen en kan venijnig uit de hoek komen.

De combinatie van verhoogde scores op depressiviteit en risicant gedrag zou op een potentieel gevaar voor parasuïcidaal gedrag kunnen wijzen, belangrijk om dat in gesprek nader te exploreren. Bij een dergelijk PID-5-NL-trekkenprofiel zou, indien er tevens sprake is van matige of ernstige beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren, een behandeling kunnen worden geïndiceerd waarin de focus ligt op emotie- en gedragsregulatievaardigheden.

Gebruik in de praktijk

De PID-5-NL kan eigenstandig als vragenlijst worden ingezet om het profiel van maladaptieve persoonlijkheidstreken te inventariseren voor diagnostiek en indicatiestelling voor behandeling. Het verdient echter de voorkeur de PID-5-NL toe te passen in een bredere context van (psycho)diagnostiek waarbij gebruik wordt gemaakt van meerdere theoretische perspectieven en bijbehorende instrumenten (Berghuis e.a. 2020; Bornstein 2017; Ingenhoven e.a. 2018). Met de PID-5-NL-vragenlijst inventariseert men op een relatief eenvoudige wijze, tijds- en kostenbesparend, een breed palet van persoonlijkheidstreken.

DISCUSSIE

Wij presenteerden het alternatieve dimensioneel georiënteerde DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen, het AMPS. In dit model definieert men persoonlijkheidsstoornissen als een combinatie van evidente beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren en maladaptieve persoonlijkheidstreken. Meer specifiek bespraken wij de door de APA aanbevolen zelfrapportagevragenlijst, vertaald naar het Nederlands, de PID-

5-NL, waarmee deze maladaptieve persoonlijkheidstreken in kaart kunnen worden gebracht.

Uit eerder onderzoek blijkt dat de psychometrische eigenschappen van de PID-5, in termen van betrouwbaarheid en validiteit, voldoende tot goed zijn (Van den Broeck e.a. 2014; Adjani e.a. 2016; Debast e.a. 2017; Rossi e.a. 2017; Zimmerman e.a. 2019). In aansluiting hierop presenteerden wij in dit artikel normgegevens voor gebruik in de Nederlandstalige ggz. Tevens beschreven wij in een vignet hoe het scoreprofiel op de PID-5-NL geïnterpreteerd kan worden voor diagnostiek en indicatiestelling.

Vergelijking met algemene bevolking

Bij het vergelijken van de gemiddelde scores op de PID-5-NL van onze beide onderzoeksgroepen viel op dat er bij enkele trekfacetten, te weten separatieangst, vijandigheid, aandacht zoeken, impulsiviteit en rigide perfectionisme, geen significant verschil was tussen de gemiddelde score in de groep van de algemene bevolking en de groep van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Ook bleken de gemiddelde scores op enkele trekfacetten binnen de domeinen antagonisme en ongeremdheid bij de groep uit de algemene bevolking zelfs hoger te zijn dan bij de groep persoonlijkheidsstoornissen. Een verklaring hiervoor zou deels te vinden zijn in de aard van de persoonlijkheidsproblemen van deze onderzochte patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, waarbij de desbetreffende persoonlijkheidstreken ondervertegenwoordigd zijn.

Wat betreft de in onze onderzoekspopulaties aanwezige borderlinepersoonlijkheidsstoornis kunnen we stellen dat dit een heterogene stoornis is, vaak gekenmerkt door impuls- en emotieregulatiestoornissen (wat hoge scores op het domein ongeremdheid zou moeten inhouden). Echter, dezelfde borderlinepersoonlijkheidsstoornis kan ook worden gekenmerkt door emotieregulatieproblemen, hoge emotionele distress (d.w.z. hoge scores op negatieve affectiviteit) en ernstig persoonlijkheidsdisfunctioneren zonder acting out. Ernstig externaliserend ('hoog' op domeinen ongeremdheid en antagonisme) past niet in een centrum voor klinische psychotherapie en bij de RvA worden externaliserende persoonlijkheidsstoornissen veelal in de FACT-teams behandeld bij de forensische doelgroepen.

Het is echter opmerkelijk dat bepaalde groepen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis nog lager op specifieke maladaptieve persoonlijkheidstreken scoren dan personen uit de algemene bevolking. Overigens is dit niet uniek voor onze onderzoeksgroepen, ook Watson e.a. (2013) en Quilty e.a. (2013) vonden vergelijkbare uitkomsten, waarbij facetten van de trekdomeneinen negatieve affectiviteit en afstandelijkheid de grootste mate van verschillen tussen groepen toonden, en bij trekfacetten van het domein antagonisme de kleinste verschillen werden gezien tussen de groepsgemiddelden van onderzoeksgroepen uit de algemene populatie en klini-

sche groepen. Ook vonden Quilty e.a. (2013), net als in ons onderzoek, dat de trekfacetten manipulatief gedrag en grandiositeit bij de klinische groep lager waren dan bij de groep uit de algemene bevolking.

Om deze verschillen tussen de onderzoeksgroepen verder te begrijpen is nader onderzoek nodig, waarbij ook nadrukkelijk patiënten uit het externaliserende en dissociale spectrum betrokken dienen te worden om de brede range van persoonlijkheidsproblematiek onderzocht te hebben. Voor dit moment is het van belang om bij de beoordeling van de scores van een patiënt op de PID-5-NL rekening te houden met deze relatief lage scores op de trekdomeneinen antagonisme en ongeremdheid. Om de leemte voor de Nederlands/Vlaamse situatie van het ontbreken van norm- of referentiegroepen in te vullen, berekenden wij T-scores van de trekdomeneinen en trekfacetschalen van de PID-5-NL in een algemene (Vlaamse) populatiesteekproef en een (Nederlandse) steekproef met patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Hoewel deze groepen zeker nog geen uitgebalanceerde representatieve steekproeven vormen, beschouwen we ze vooralsnog als bruikbare referentiegroepen voor de reguliere SGGZ waarmee klinici de scores van hun patiënten op de PID-5-NL kunnen vergelijken.

Verdere verfijning

Data uit de algemene populatie kunnen verfijnd worden door verdere dataverzameling in Nederland en Vlaanderen waarbij op basis van stratificatie representatiever steekproeven kunnen samengesteld worden. Onze klinische steekproef is qua aard volgens ons echter passend voor de groep patiënten die behandeling zoeken voor persoonlijkheidsproblematiek in de reguliere SGGZ: overwegend patiënten met de diagnose borderline-, cluster C- of andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis (met diverse 'trekken' uit alle clusters). Verdelingen naar leeftijd, sekse, en setting dienen nader te worden gedifferentieerd. Ook ontbreken nog PID-5-data van patiënten met meer antagonistisch externaliserende cluster B-stoornissen en van patiënten met een cluster A-persoonlijkheidsstoornis. Met name de verdeling van gemiddelde scores binnen de domeinen antagonisme en ongeremdheid zou na toevoeging van scores van patiënten met externaliserende persoonlijkheidsproblematiek, bijvoorbeeld uit forensische settings, kunnen veranderen.

CONCLUSIE

Al met al beschouwen wij de PID-5-NL, met inachtneming van de genoemde kritische kanttekeningen en beperkingen wat betreft de psychometrische kwaliteiten, als een potentieel bruikbare vragenlijst waarmee de clinicus op een relatief eenvoudige manier zicht kan krijgen op een breed palet aan relevante persoonlijkheidstreken voor diagnostiek, indicatiestelling en behandeling.

LITERATUUR

- Al-Dajani N, Gralnick TM, Bagby RM. A psychometric review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Current status and future directions. *J Pers Assess* 2016; 98: 62-81.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5. Washington: APA; 2013.
- Bach B, Markon K, Simonsen E, e.a. Clinical utility of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders: Six cases from practice. *J Psychiatr Pract* 2015; 21: 3-25.
- Berghuis H, Franken K, van der Heijden, PT. Diagnostiek. In: Verbraak M, Visser S, Bouma T. *Handboek voor gz-psychologen*. Amsterdam: Boom; 2020.
- Bornstein RF. Evidence-based psychological assessment. *J Pers Assess* 2017; 99: 435-45.
- Broeck J van den, Bastiaansen L, Rossi G, e.a. Age-neutrality of the trait facets proposed for personality disorders in DSM-5: A DIFAS Analysis of the PID-5. *J Psychopathol Behav Assess* 2013; 35: 487-94.
- Broeck J van den, Bastiaansen L, Rossi G, e.a. Hierarchical structure of maladaptive personality traits in older adults: joint factor analysis of the PID-5 and the DAPP-BQ. *J Pers Disord* 2014; 28: 198-211.
- Clark LA. Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 2007; 58: 227-57
- Cohen J. A power primer. *Psychological Bulletin* 1992; 122: 155-9.
- Costa PT, McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the Five Factor Inventory (NEO-FFI): Professional Manual. Odessa: Psychological Assessment Resources Inc.; 1992.
- Debast I, Rossi G, van Alphen SPJ. Construct validity of the DSM-5 Section III maladaptive trait domains in older adults. *J Pers Disord* 2017; 31: 671-88.
- Harkness AR, McNulty JL, Ben-Porath YS, e.a. *The Personality Psychopathology Five (PSY-5) scales*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 2002.
- Heijden P van der, Ingenhoven T, Berghuis H, e.a. DSM-5 Persoonlijkheidsvragenlijst [PID-5-NL]. Amsterdam: Boom; 2014.
- Hopwood CJ, Mulay AL, Waugh MH. *The DSM-5 Alternative model for Personality Disorders. Integrating multiple paradigms of personality assessment*. New York: Routledge; 2019.
- Ingenhoven T, Berghuis H, Colijn S, e.a. *Handboek persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom; 2018.
- Jopp AM, South SC. Investigating the personality inventory for DSM-5 using self and spouse reports. *J Pers Disord* 2015; 29: 193-214.
- Koster N, van der Heijden PT, Laceulle O, e.a. Een vernieuwende blik op persoonlijkheidsproblematiek bij jongeren: van traditionele hokjes naar dimensioneel denken. *Kind en Adolescent* 2020; 41: 31-49.
- Krueger RF, Derringer J, Markon KE, e.a. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med* 2012; 42: 1879-90.
- Lemaire L, Berghuis H, Mitima-Verloop B. The psychometric properties of the Personality Inventory for DSM-5 Dutch translation (PID-5). 2020. Masterthesis Clinical Psychology. Utrecht University. Unpublished manuscript.
- Markon KE, Quilty, LC, Bagby RM, e.a. The development and psychometric properties of an informant-report form of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5). *Assessment*; 20: 370-83.
- Quilty LC, Ayeart L, Chmielewski M, e.a. The psychometric properties of the personality inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 field trial sample. *Assessment* 2013; 20: 362-9.
- Rossi G, Debast I, van Alphen SPJ. Measuring personality functioning in older adults: construct validity of the Severity Indices of Personality Functioning - Short Form (SIPP-SF). *Aging Ment Health* 2017; 21: 703-11.
- Skodol AE, Morey LC, Bender DS, e.a. The Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders: A Clinical Application. *Am J Psychiatry* 2015; 172: 606-13.
- Spitzer RL. Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? *Compr Psychiatry* 1983; 24: 399-411.
- Watson D, Stasik SM, Ro E, e.a. Integrating normal and pathological personality: relating the DSM-5 trait-dimensional model to general traits of personality. *Assessment* 2013; 20: 312-26.
- Zimmermann J, Kerber A, Rek K, e.a. A brief but comprehensive review of research on the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2019; 21: 92

SUMMARY

The Dutch Personality Inventory for DSM-5 (PID-5-NL): psychometric properties and clinical application

H. Berghuis, L. Lemaire, T.J.M. Ingenhoven, G. Rossi, P.T. van der Heijden

- Background** The Dutch Personality Inventory for DSM-5 (PID-5-NL) is the APA recommended questionnaire to assess maladaptive personality traits as defined in the Alternative DSM-5 model of personality disorders.
- Aim** To describe of the psychometric qualities of the PID-5-NL, present of normative data and apply the PID-5-NL in clinical practice.
- Method** The PID-5-NL was administered in a sample of adults from the general population in Flanders (Belgium) and in a sample of patients with a personality disorder in mental health care in the Netherlands. Scores on the PID-5 of a patient with borderline personality disorder are illustrated in a case vignette.
- Results** Reliability and validity of the PID-5-NL were satisfactory to good, and comparable with results from international research on the PID-5. It was remarkable that in the current research group, patients scored as low as or even lower than the group from the general population on a number of trait facets.
- Conclusion** The PID-5-NL questionnaire is a useful tool to gain insight in a straightforward way into a wide range of relevant personality traits for diagnosis and treatment planning; provisional reference groups for the clinical practice in regular mental health care are made available on the basis of this study. Further refinement of the reference groups and further research within patients with externalizing personality problems is recommended.