

Persoonlijkheidsstoornissen in een instelling voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg

Prevalentie, kenmerken, behandelindicatie en drop-out

C.A. TEN KATE, E.H.M. EURELINGS-BONTEKOE, N. MULLER, PH. SPINHOVEN

ACHTERGROND Persoonlijkheidsstoornissen komen veelvuldig voor. De aanwezigheid van een of meerdere persoonlijkheidsstoornissen kan van invloed zijn op de ernst van de klachten, coping, het indicatiebeleid en drop-out.

DOEL Onderzoek naar prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen binnen een tweedelijns ggz-instelling en de invloed van zowel de ernst als de aard van persoonlijkheidsstoornissen op symptomen, interpersoonlijk gedrag, coping en afweer, persoonlijkheidskenmerken, behandelindicatie en drop-out.

METHODE Bij honderd patiënten is de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen onderzocht met behulp van de International Personality Disorder Examination, een semigestructureerd interview. Klachten, interpersoonlijk gedrag, coping en afweer, en persoonlijkheidskenmerken zijn vastgesteld met behulp van zelfrapportage-instrumenten. Zorgtoewijzing werd gedaan door behandelaars die geen kennis hadden van de resultaten van het onderzoek.

RESULTATEN De meeste patiënten hebben een persoonlijkheidsstoornis. Patiënten met cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen worden altijd door de clinicus in behandeling genomen. De clinicus indiceert met name patiënten met cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen voor een as-II-behandeling, maar wijst patiënten met cluster-A- en cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen vooral toe aan een as-I-behandeling. Het drop-outpercentage is hoger onder patiënten met dan onder patiënten zonder een persoonlijkheidsstoornis. Onder patiënten met cluster-A- en cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen is het drop-outpercentage het hoogst. Wanneer er cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen aanwezig zijn, is de kans op drop-out dertienmaal zo hoog. Wanneer er vooral cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen aanwezig zijn, is de kans op drop-out elfmaal hoger.

CONCLUSIE In de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg moet meer aandacht zijn voor adequate diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen. De resultaten suggereren dat vooral bij patiënten met cluster-A- en cluster-C-stoornissen veel aandacht moet uitgaan naar vergroting van de compliance.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)9, 597-609]

TREFWOORDEN behandelindicatie, coping, drop-out, persoonlijkheid, persoonlijkheidsstoornissen, prevalentie

Uit onderzoek naar de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen (American Psychiatric Association 1994) binnen de behandelpraktijk blijkt dat bij 13,5% van de normale populatie en 60,4% van de psychiatrische populatie minimaal 1 persoonlijkheidsstoornis wordt gevonden (Verheul & Van den Brink 1999).

Naast de ernst en chroniciteit van de as-I-diagnose spelen bepaalde kenmerken van de persoonlijkheid van patiënten mogelijk een rol bij het tot stand komen en onderhouden van de behandelrelatie en het beloop van de klachten (Blatt e.a. 2002; Clarkin & Levy 2004; Mulder 2002), dan wel bij drop-out. Zo worden patiënten die voortijdig uit een behandeling vertrekken, gekenmerkt door onder meer een geringe frustratietolerantie en een verstoorde agressieregulatie (Wennberg e.a. 2004), en een vermijdende hechtingsstijl (Tasca e.a. 2004). Uit onderzoek blijkt dat een hoog niveau van perfectionisme ook gepaard gaat met een slechtere behandeluitkomst (Blatt e.a. (2002). Perfectionistische patiënten dragen onvoldoende bij aan het tot stand komen van de therapeutische relatie en dit op zijn beurt blijkt bij te dragen aan een slechtere behandeluitkomst bij hen. Blatt spreekt bij dit type patiënten van een 'introjectieve persoonlijkheidsstijl' (Blatt & Levy 2003; Blatt & Shichman 1983; Luyten e.a. 2005). Dergelijke patiënten kenmerken zich door een overdreven aandacht voor controle, perfectionisme en zelfdefiniëring, en daarmee voor de eigen capaciteiten en doelen, vaak ten koste van de waarde die wordt gehecht aan sociale relaties en hechting. Patiënten met introjectieve karaktertrekken worden op de DSM-as-II vooral gekenmerkt door trekken van de persoonlijkheidsstoornissen uit cluster A (schizoïde, schizotypische en paranoïde) en van de vermijdende en obsessieve compulsieve persoonlijkheidsstoornissen uit cluster C (Blatt & Levy 2003; Blatt e.a. 2002). Binnen cluster B hebben vooral de patiënten met een narcistische persoonlijkheidsstoornis deze persoonlijkheidsstijl. In hechtings termen uitgedrukt is doorgaans sprake van een vermijdende of afwijzende gehechtheidsstijl.

In het hier beschreven onderzoek stonden vier vragen centraal: (1) Wat is de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen binnen deze tweedelijns ggz-instelling?; (2) Wat is de samenhang tussen persoonlijkheidsstoornissen, psychische klachten, sociaal functioneren, cognitieve copingstrategieën, afweermechanismen en persoonlijkheidskenmerken?; (3) Welke samenhang is er tussen ernst en aard van de persoonlijkheidsstoornissen met de behandelindicatie en het voortijdig staken van een behandeling?; (4) Wat zijn de beste voorspellers van drop-out: de ernst van de persoonlijkheidsstoornissen, de aard ervan dan wel de behandelindicatie, of de interactie tussen deze variabelen?

De verwachting is dat de ernst van de klachten en de mate van sociaal disfunctioneren bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen groter zal zijn dan bij patiënten zonder, en dat de ernst van de klachten en het sociale disfunctioneren toenemen met de ernst van de persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast wordt verwacht dat patiënten met persoonlijkheidsstoornissen hoger zullen scoren op de problematische persoonlijkheidskenmerken en lager op de adaptieve kenmerken (zelfwaardering en dominantie) dan patiënten zonder persoonlijkheidsstoornissen en dat de scores op deze dimensies toenemen respectievelijk afnemen met de ernst van de persoonlijkheidsstoornissen. Ook ligt het in de verwachting dat patiënten uit het A- en het C-cluster hoger zullen scoren op sociale inadequatie dan patiënten uit het B-cluster, maar dat patiënten uit het B-cluster hoger zullen scoren op verongelijkheid dan patiënten uit het A- en C-cluster. Ten slotte wordt verwacht dat het percentage drop-outs groter is bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis dan bij patiënten zonder een persoonlijkheidsstoornis, dat het percentage toeneemt bij toenemende ernst van de persoonlijkheidsstoornissen en dat een groter percentage uitvalt onder patiënten met cluster-A- en cluster-C-stoornissen, vanwege hun veronderstelde overwegend introjectieve persoonlijkheidsstijl.

METHODE

Deelnemers Aan het onderzoek deden patiënten mee die vanuit de eerste lijn, voornamelijk door de huisarts en particuliere psychiaters/psychologen, waren verwezen. In totaal zijn 122 onderzoeks- en indicatiegesprekken (dit zijn eerste beoordelingsgesprekken) aangevraagd en gehonoreerd. Vier patiënten kwamen niet op de gemaakte afspraak. Van de resterende 118 patiënten waren 12 niet in staat om het onderzoek te ondergaan (taalproblemen, te laag IQ, te verward) en 6 personen weigerden deelname.

De uiteindelijke onderzoeksgroep omvat 100 patiënten (31% mannen en 69% vrouwen). De gemiddelde leeftijd is 34,5 jaar (bereik 18-64 jaar; standaarddeviatie (SD) 12,3). De meerderheid (91%) heeft de Nederlandse nationaliteit; 79% van de patiënten woont met een partner; 67% heeft werk. Het opleidingsniveau is bij 54% laag en, 46% heeft middelbaar dan wel hoger onderwijs genoten. Ten slotte heeft 58% van de patiënten al een behandelgeschiedenis.

Meetinstrumenten Er is gebruikgemaakt van verschillende meetinstrumenten die hieronder kort worden besproken. Uit onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van deze instrumenten is een goede betrouwbaarheid en validiteit gebleken.

De *International Personality Disorder Examination* (IPDE; World Health Organization 1995) is een semigestructureerd klinisch interview voor het diagnosticeren van DSM-IV-as-II-persoonlijkheidsstoornissen.

De *Nederlandse persoonlijkheidsvragenlijst* (NPV; Luteijn e.a. 1985, 2000) is een veelvuldig toegepaste 133 itemvragenlijst die 7 persoonlijkheidskenmerken meet: inadequatie, sociale inadequatie, rigiditeit, verongelijkheid, zelfgenoegzaamheid, dominantie en zelfwaardering. De NPV is een ingekorte en vertaalde versie van de *California Psychological Inventory*.

De *Symptom Checklist* (SCL-90; Arrindell & Ettema 1986) wordt eveneens zeer frequent toege-

past in de klinische praktijk. Het is een zelfobservatievragenlijst die acht klachtgebieden meet: angst, agorafobie, depressie, somatische klachten, insufficiëntie van denken en handelen, interpersoonlijke sensitiviteit, hostiliteit en slaapproblemen. De totaalscore van deze acht subschalen wordt als maat voor welbevinden beschouwd.

De *Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag* (SIG; Arrindell e.a. 1984) is een 50 itemvragenlijst die de mate van sociale angst en van sociale vermijding meet.

De *Cognitive and Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ; Garnefski e.a. 2001) is een 36 itemvragenlijst die cognitieve strategieën meet om met emoties om te gaan, zoals jezelf de schuld geven, anderen de schuld geven, relativiseren of juist catastroferen.

De *Defense Style Questionnaire* (DSQ; Bond e.a. 1983, vertaald in het Nederlands door Spinhoven e.a. 1995) is een 48 itemvragenlijst die 18 uiteenlopende afweermechanismen meet en daarnaast 3 clusters van afweervormen, namelijk rijpe, onrijpe en neurotische afweer.

Procedure Na goedkeuring door de Medisch Ethische Commissie van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en na *informed consent* kregen nieuw aangemelde patiënten de vragenlijsten thuis gestuurd, die zij ingevuld moesten inleveren. Nog voor het eerste onderzoeks- en adviesgesprek met de clinicus werd de IPDE afgenomen door ervaren en getrainde testpsychologen.

Na de indicatiestelling door de clinicus (die niet bekend was met de onderzoeksresultaten), kregen de patiënten geen, een as-I-, of een as-II-behandeling aangeboden. Dit waren de gebruikelijke behandelingen, zoals voor as-I klachtgerichte cognitieve (gedrags)therapie en voor as-II schema-gerichte therapie en dialectische gedragstherapie. Onderzocht is welke patiënten niet aan een toegevoerde behandeling begonnen, welke patiënten aan een behandeling werden toegewezen en welke patiënten vroegtijdig afhaakten (na maximaal drie gesprekken).

Analysemethode Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen zijn allereerst ingedeeld in drie, in aard verschillende subgroepen: (1) een groep met uitsluitend cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen (accent op cluster C); (2) een groep met een persoonlijkheidsstoornis uit cluster B of met zowel een persoonlijkheidsstoornis uit cluster B als uit cluster C (accent op cluster B); (3) een groep met persoonlijkheidsstoornissen uit cluster A, met zowel stoornissen uit cluster A en B, of met zowel persoonlijkheidsstoornissen uit cluster A, B als C (accent op cluster A).

Omdat deze indeling impliciet ook een indeling in ernst inhoudt, is het effect van de ernst van de persoonlijkheidsstoornissen eveneens onderzocht. Daartoe werden de patiënten ingedeeld in drie groepen: patiënten zonder een persoonlijkheidsstoornis, patiënten met één persoonlijkheidsstoornis en patiënten met meer dan één persoonlijkheidsstoornis.

Verschillen met betrekking tot de afhankelijke variabelen tussen groepen zijn geanalyseerd met variantieanalyse (ANOVA) dan wel met t-toetsen voor onafhankelijke groepen. Paarsgewijze verschillen zijn post hoc getoetst met Dunnett T3-toetsen. Dit is een strikte post-hoc toets die corrigeert voor ongelijke varianties, ongelijke steekproefgrootte en voor het feit dat een groep minder dan vijftig respondenten bevat.

De grootte van de verschillen zijn uitgedrukt in Cohens *d* (Cohen 1977; effectgrootte $d \leq 0,20$ is klein, $d = 0,50$ is gemiddeld, en $d \geq 0,80$ is groot).

De samenhang tussen dichotome variabelen werd geanalyseerd met behulp van chi-kwadraattoetsen.

Om na te gaan welke de beste voorspellers zijn van drop-out is een hiërarchische stapsgewijze logistische regressieanalyse uitgevoerd met drop-out als categorale, afhankelijke variabele.

RESULTATEN

Prevalentie persoonlijkheidsstoornissen

Van de onderzoekspopulatie lijdt 80% aan 1 of

meer persoonlijkheidsstoornissen, 45% van hen heeft 2 of meer persoonlijkheidsstoornissen. Bij 54% van de patiënten is sprake van cluster-C-problematiek, bij 25% van de patiënten is sprake van cluster-A-problematiek al dan niet in combinatie met cluster-B- of cluster-C-stoornissen. Bij 21% is sprake van cluster-B-problematiek, al dan niet in combinatie met cluster-C-stoornissen.

Relatie persoonlijkheidsstoornissen en biografische kenmerken en ziektegeschiedenis

Van alle onderzochte kenmerken blijkt dat alleen het hebben van een behandelgeschiedenis de patiënten met of zonder persoonlijkheidsstoornis van elkaar onderscheidt ($\chi^2=5,23$; $df=1$; $p=0,022$). Van de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is 61% al eens eerder onder behandeling geweest. Van de patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis is 35% eerder onder behandeling geweest.

Relatie persoonlijkheidsstoornissen en klachten, sociaal functioneren, cognitieve strategieën, afweermechanismen en persoonlijkheidskenmerken

Psychische klachten (SCL-90) Naarmate de ernst van de persoonlijkheidsstoornissen groter is, neemt ook de ernst van de klachten toe, met name depressiviteit, insufficiëntie van denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, hostiliteit en de ernst van de symptomen in het algemeen (tabel 1). Daarnaast blijkt dat een hoog niveau van insufficiëntie van denken en handelen, interpersoonlijke sensitiviteit en wantrouwen, en een hoog niveau van klachten kenmerkend is voor persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen (tabel 2).

Patiënten met zuivere cluster-C-stoornissen scoren alleen significant hoger dan patiënten zonder persoonlijkheidsstoornissen op insufficiëntie van denken en handelen, en op interpersoonlijke sensitiviteit en ook rapporteren zij een hoger niveau van psychoneuroticisme. De patiënten met overwegend cluster-A-stoornissen scoren op alle klachtenschalen significant hoger dan de patiën-

TABEL 1 Verschillen tussen patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis en patiënten met één en met meer dan één persoonlijkheidsstoornis met betrekking tot psychische klachten

SCL-90-schaal	Geen PS (1) (n=20) M (SD)	1 PS (2) (n=44) M (SD)	> 1 ps (3) (n=36) M (SD)	F	Dunnett T3	Effectgrootte (Cohens d)
Angstschaal	17,8 (8,1)	23,1 (8,7)	31,1 (8,5)	16,5*	1 < 3 2 < 3	1,58 1,02
Depressieschaal	32,2 (14,2)	42,2 (13,4)	55,9 (13,1)	20,9*	1 < 3 1 < 2 2 < 3	1,76 0,76 1,01
Somatische klachten	22,7 (8,5)	24,9 (8,9)	34,0 (11,1)	11,5*	1 < 3 2 < 3	0,98 0,94
Insufficiëntie van denken en handelen	15,1 (7,0)	22,6 (6,6)	28,2 (7,0)	23,1*	1 < 2 1 < 3 2 < 3	0,76 1,98 0,81
Sensitiviteit en wantrouwen	27,6 (9,7)	38,3 (12,8)	52,6 (13,4)	27,1*	1 < 3 1 < 2 2 < 3	2,17 1,42 1,23
Hostiliteit	9,0 (3,2)	11,9 (4,2)	17,1 (5,4)	23,3*	1 < 3 1 < 2 2 < 3	2,13 0,64 1,22
Slaapproblemen	6,2 (3,2)	7,9 (3,6)	10,1 (3,6)	8,2*	1 < 3 2 < 3	1,02 0,66
Psychoneuroticisme	156 (53,2)	201,3 (51,2)	267,4 (61,2)	27,8*	1 < 3 1 < 2 2 < 3	3,58 0,78 1,28

ANOVA, Dunnett T-toets, paarsgewijze vergelijkingen
 Effectgrootte: Cohens d < 0,20 is klein; < 0,50 is gemiddeld; < 0,80 is groot
 * p < 0,001
 PS = persoonlijkheidsstoornis
 M = gemiddelde score
 SD = standaarddeviatie
 SCL-90 = Symptom Checklist-90

ten zonder een persoonlijkheidsstoornis. Alleen cluster-A-patiënten scoren hoger op slaapproblemen en somatische klachten dan patiënten zonder een persoonlijkheidsstoornis.

Er zijn geen verschillen tussen patiënten uit het A- en het B-cluster met betrekking tot de ernst van de symptomen. Wel scoren beide groepen hoger op depressie, interpersoonlijke sensitiviteit en wantrouwen, hostiliteit en niet-welbevinden dan cluster-C-patiënten.

Sociaal functioneren (SIG) Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen ervaren in significant hogere mate dan patiënten zonder een persoonlijkheidsstoornis spanning bij het uiten van zowel negatieve gevoelens (gemiddelde (M)=40,7;

SD=13,6 respectievelijk M=28,1; SD= 8,4; p < 0,01), van positieve gevoelens (M=19,1; SD=7,4 respectievelijk M= 13,4; SD=5,7; p<0,01), als van gevoelens in het algemeen (M=122,7; SD= 38,9 respectievelijk M=85,3; SD=20,4; p<0,001), onafhankelijk van de ernst en de aard van de persoonlijkheidsstoornissen. De frequentie waarin dit gedrag plaatsvindt verschilt echter niet van die van patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis.

Cognitieve strategieën (CERQ) en afweermechanismen (DSQ) Patiënten met en patiënten zonder persoonlijkheidsstoornissen verschillen niet in de mate waarin zij gebruikmaken van cognitieve copingstrategieën. Daarnaast scoren patiënten met meerdere persoonlijkheidsstoornissen

TABEL 2 Verschillen tussen patiënten zonder een persoonlijkheidsstoornis en patiënten met het accent op cluster C, B of A met betrekking tot psychische klachten

SCL-90-schalen	Geen PS (N) (n=20)	Accent cluster C (n=43)	Accent cluster B (n=16)	Accent cluster A (n=20)	F	Dunnett T ₃	Effectgrootte (Cohens d)
Angstschaal	M (SD) 17,8 (8,1)	M (SD) 24,3 (9,6)	M (SD) 29,9 (8,2)	M (SD) 29,3 (8,6)	7,3**	N < B N < A	1,43 1,40
Depressie-schaal	32,2 (14,2)	42,6 (13,8)	53,5 (12,8)	56,1 (14,0)	12,1***	N < B N < A C < B C < A	1,56 1,81 0,82 1,02
Somatische klachten	22,7 (8,5)	26,4 (10,5)	31,3 (11,2)	32,6 (10,3)	3,9*	N < A	1,08
Insufficiëntie van denken en handelen	15,1 (7,0)	23,8 (7,6)	25,7 (6,3)	27,1 (7,0)	10,8***	N < C N < B N < A	0,95 1,51 1,86
Sensitiviteit en wantrouwen	27,6 (9,7)	38,3 (12,8)	49,9 (12,5)	54,6 (12,9)	19,1***	N < C N < B N < A C < B C < A	1,37 2,05 2,48 0,92 1,30
Hostiliteit	9,0 (3,2)	11,3 (4,0)	17,7 (4,8)	17,7 (4,7)	22,9***	N < B N < A C < B C < A	2,50 2,19 1,55 1,52
Slaap-problemen	6,2 (3,2)	8,2 (3,5)	9,2 (4,1)	10,0 (3,8)	3,8*	N < A	0,97
Psycho-neuroticisme	156 (53,2)	205 (59,7)	255 (56,1)	265 (59,5)	14,5***	N < C N < B N < A C < B C < A	1,67 1,82 2,05 0,85 1,04

ANOVA, Dunnett T-toets, paarsgewijze vergelijkingen
 Effectgrootte: Cohens d < 0,20 is klein; < 0,50 is gemiddeld; > 0,80 is groot
 * p < 0,05
 ** p < 0,01
 *** p < 0,001
 PS = persoonlijkheidsstoornis
 M = gemiddelde score
 SD = standaarddeviatie
 SCL-90 = Symptom Checklist-90

nissen hoger op neurotische afweer dan patiënten zonder persoonlijkheidsstoornissen (M=75,2; SD=16,3 respectievelijk M=61,6; SD=14,5; p<0,05). Verder blijkt dat de groep met het accent op cluster B significant meer gebruikmaakt van neurotische afweer dan de groep zonder persoonlijkheidsstoornissen (M=78,4; SD=13,7 respectievelijk M=61,6; SD=14,5; p<0,05).

Persoonlijkheidskenmerken (NPV) Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis ervaren in het algemeen een hoog niveau van inadequatie, waarbij de inadequatiegevoelens toenemen met de ernst van de persoonlijkheidsstoornis. De zelfwaardering is het laagst bij de groep met meerdere persoonlijkheidsstoornissen (tabel 3).

Patiënten uit cluster A en C verschillen niet met betrekking tot sociale inadequatie. Beide groepen scoren hoger op sociale inadequatie dan pa-

TABEL 3 Verschillen tussen patiënten zonder een persoonlijkheidsstoornis, met één persoonlijkheidsstoornis en met meer dan één persoonlijkheidsstoornis met betrekking tot de subschalen van de Nederlandse persoonlijkheidsvragenlijst

NPV-schaal	Geen PS (1) (n=20) M (SD)	1 PS (2) (n=42) M (SD)	> 1 PS (3) (n=33) M (SD)	F	Dunnett T ₃	Effectgrootte (Cohens d)
Inadequacie	16,8 (10,8)	25,1 (9,5)	32,4 (6,6)	19,8**	1 < 2 1 < 3 2 < 3	0,84 1,95 0,81
Sociale inadequacie	9,9 (6,9)	16,1 (7,6)	18,1 (6,8)	8,3**	1 < 2 1 < 3	0,86 1,14
Rigiditeit	21,8 (7,6)	25,9 (6,7)	27,8 (7,4)	4,5*	1 < 3	0,81
Verongelijkheid	17,8 (8,3)	21,7 (6,9)	25,2 (5,8)	7,6**	1 < 3 2 < 3	1,12 0,49
Zelfgenoegzaamheid	13,5 (6,9)	10,7 (4,2)	11,8 (5,2)	1,9		
Dominantie	13,4 (5,1)	12,4 (6,8)	13,5 (7,2)	0,3		
Zelfwaardering	23,5 (4,8)	19,4 (7,2)	16,8 (7,1)	6,5*	1 > 2 1 > 3	0,12 1,06

ANOVA, Dunnett T-toets, paarsgewijze vergelijkingen
 Effectgrootte: Cohens d<0,20 is klein; <0,50 is gemiddeld; >0,80 is groot
 * p < 0,01
 ** p < 0,001
 NVP = Nederlandse persoonlijkheidsvragenlijst
 PS = persoonlijkheidsstoornis
 SD = standaarddeviatie

tiënten zonder een persoonlijkheidsstoornis. Dit geldt niet voor cluster-B-patiënten, die op deze schaal even hoog scoren als de groep zonder persoonlijkheidsstoornissen. Patiënten met cluster-A-problematiek rapporteren een significant lagere zelfwaardering dan de groep zonder persoonlijkheidsstoornis en dan de groep met het accent op cluster B.

Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis met het accent op cluster B en A rapporteren significant meer verongelijkheid dan de groep zonder persoonlijkheidsstoornis. Daarbij rapporteert de groep met het accent op cluster C significant minder verongelijkheid dan de groep met het accent op cluster A.

De groep met het accent op cluster C scoort lager op dominantie dan de groep met het accent op cluster B (tabel 4).

Zorgtoewijzing

Een behandelindicatie voor de tweede lijn hangt niet samen met de aan- of afwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen ($\chi^2=0,90$; $df=1$; niet

significant (ns)). Ook is er geen verband met de ernst van de stoornissen ($\chi^2=0,20$; $df=2$; ns). Wel is er een verband met de aard van de stoornissen ($\chi^2=13,6$; $df=4$; $p=0,009$).

Patiënten met overwegend cluster-A-problematiek krijgen in alle gevallen een behandeling in de tweedelijns ggz aangeboden; in 65% van de gevallen betreft dit een specifieke as-I-behandeling. Patiënten met het accent op cluster-C- en cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen krijgen in 19% van de gevallen geen behandeling aangeboden. Het merendeel (60%) van de cluster-C-patiënten wordt toegewezen aan een as-I-behandeling. Patiënten met overwegend cluster-B-stoornissen worden echter overwegend toegewezen aan een as-II-behandeling, namelijk in 62% van de gevallen.

Tien procent van de patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis en 14% van de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis krijgen geen behandeling aangeboden. Een kwart van de patiënten zonder een persoonlijkheidsstoornis wordt toegewezen aan een behandeling voor een persoonlijkheidsstoornis (tabel 5).

TABEL 4 Verschillen tussen patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis en patiënten met het accent op cluster C, B en/of A met betrekking tot de subschalen van de Nederlandse persoonlijkheidsvragenlijst

NPV-schaal	Geen PS (N)	Accent op cluster C	Accent op cluster B	Accent op cluster A	F	Dunnnett T ₃	Effectgrootte (Cohens d)
	(n=20)	(n=42)	(n=16)	(n=20)			
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
Inadequatie	16,8 (10,8)	25,7 (9,8)	29,4 (6,7)	33,0 (7,0)	11,4***	N < C N < B N < A A > B	0,70 1,25 1,85 0,77
Sociale inadequatie	9,9 (6,9)	18,0 (7,2)	13,5 (7,4)	17,6 (6,6)	6,8**	N < C N < A	1,25 1,19
Rigiditeit	21,8 (7,6)	27,0 (5,3)	25,9 (8,2)	26,9 (9,2)	2,6		
Verongelijkheid	17,8 (8,3)	20,8 (6,9)	24,9 (5,2)	27,2 (5,2)	8,1**	N < B N < A C < A	0,96 1,05 1,01
Zelfgenoegzaamheid	13,5 (6,9)	10,2 (4,1)	13,0 (6,8)	11,9 (3,1)	2,3		
Dominantie	13,4 (5,1)	11,4 (6,5)	17,3 (6,9)	12,6 (6,7)	3,4	C < B	0,97
Zelfwaardering	23,5 (4,8)	19,1 (7,5)	20,5 (5,0)	14,5 (6,7)	6,5**	N > A B > A	1,36 1,04

ANOVA, Dunnnett T-toets, paarsgewijze vergelijkingen
 Effectgrootte: Cohens d < 0,20 is klein; < 0,50 is gemiddeld; > 0,80 is groot
 ** p < 0,01
 *** p < 0,001
 NVP = Nederlandse persoonlijkheidsvragenlijst
 PS = persoonlijkheidsstoornis
 SD = standaarddeviatie

Drop-out

Het percentage drop-outs onder patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is groter dan onder patiënten zonder een persoonlijkheidsstoornis ($\chi^2=5,7$; $df=1$; $p=0,01$), respectievelijk 44 en 15%. Maar bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen hangt drop-out niet samen met de ernst van de persoonlijkheidsstoornissen. Patiënten met één persoonlijkheidsstoornis vallen even vaak uit als

patiënten met meerdere persoonlijkheidsstoornissen, respectievelijk in 51% en 49% van de gevallen.

Wat wel samenhangt met drop-out is de aard van de persoonlijkheidsstoornissen ($\chi^2=7,2$; $df=3$; $p=0,02$). Patiënten met het accent op cluster B haken het minst af (23%) en in de groepen met het accent op cluster C en cluster A is de uitval het hoogst, respectievelijk 43% en 50%. Met andere woorden: het drop-outpercentage is het grootst onder die

TABEL 5 Zorgtoewijzing bij patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis, patiënten met één en patiënten met meer dan één persoonlijkheidsstoornis, en bij patiënten met het accent op cluster C, B of A

	Geen PS	Wel PS	1 PS	> 1 PS	Accent cluster C	Accent cluster B	Accent cluster A
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Geen behandelindicatie tweedelijns-ggz	2 (10)	11 (14)	7 (16)	4 (11)	8 (19)	3 (19)	0 (0)
Behandeling as-I- Psychiatrische stoornissen	13 (65)	42 (53)	24 (54)	18 (52)	26 (60)	3 (19)	13 (65)
Behandeling as-II- persoonlijkheidsstoornissen	5 (25)	26 (33)	13 (30)	13 (37)	9 (21)	10 (62)	7 (35)

PS = persoonlijkheidsstoornis

patiënten met een of meer persoonlijkheidsstoornissen die overwegend aan een as-I-behandeling worden toegewezen.

Dit roept de vraag op of de zorgtoewijzing dan wel de interactie tussen zorgtoewijzing en aard van de persoonlijkheidsstoornis een voorspeller is van drop-out. Om deze vraag te beantwoorden is een stapsgewijze multiële logistische regressieanalyse uitgevoerd (tabel 6). De zorgtoewijzing bleek geen effect te hebben op drop-out. De aard van de persoonlijkheidsstoornis is echter wel een onafhankelijke voorspeller van drop-out: 19% van de variantie in drop-out wordt voorspeld door de aard van de persoonlijkheidsstoornissen. Wanneer er overwegend cluster-A- dan wel cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen aanwezig is, is er een significant grotere kans op drop-out dan wanneer geen sprake is van dit type stoornissen. De oddsratio's voor drop-out versus niet drop-out zijn respectievelijk 13,43 (95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 1,17-153,68) (cluster A) en 11,51 (BI 1,32-100,16) (cluster C). Patiënten met cluster-A-problematiek hebben dus een ongeveer 13 maal grotere kans om uit te vallen dan patiënten zonder deze stoornissen, en patiënten met cluster-C-stoornissen hebben een 11 maal grotere kans. Dit staat los van de zorgtoewijzing: de interactie tussen de aard van de persoonlijkheidsstoornissen en de zorgtoewijzing voegt niets toe aan de voorspelling van drop-out.

DISCUSSIE

De resultaten van het onderzoek kunnen niet zonder meer gegeneraliseerd worden naar de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg in het algemeen. Een tekortkoming van het onderzoek is dat er vele statistische toetsen zijn uitgevoerd, met het risico dat een aantal significante resultaten berust op toeval. Aan de andere kant zijn vrijwel alle resultaten significant op ten minste 0,01, wat een kans inhoudt van 1 bij toeval significante toets op 100 uitgevoerde toetsen. Daarnaast variëren de effectgroottes van gemiddeld tot (zeer) groot.

Tachtig procent van de nieuw aangemelde patiënten bij een tweedelijns ggz-instelling heeft een persoonlijkheidsstoornis. Tevens is sprake van ernstige persoonlijkheidsproblematiek: 45% heeft 2 of meer persoonlijkheidsstoornissen. Dit is in overeenstemming met de door Verheul & Van den Brink (1999) vermelde prevalentiecijfers.

Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen hebben een langere behandelgeschiedenis dan patiënten zonder persoonlijkheidsstoornissen. Zoals verwacht gaan persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen gepaard met meer psychische klachten en neemt de ernst van de klachten toe met de ernst van de persoonlijkheidsstoornissen. Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen rapporteren in het algemeen een hoog niveau van depressiviteit, in-

TABEL 6 Stapsgewijze logistische regressieanalyse met drop-out als afhankelijke variabele en zorgtoewijzing, en aard van de persoonlijkheidsstoornissen en de interactie tussen aard en zorgtoewijzing als voorspellers (n=99)

	B	SE	Wald	p	OR (95%-BI)	R ²
Stap 1						0,01
Zorgtoewijzing (as-I versus as-II)	-0,22	1,10	0,04	0,84	0,81 (0,09-6,94)	
Stap 2						0,19
PS cluster A	2,60	1,24	4,36	0,04	13,43 (1,17-153,68)	
PS cluster B	1,05	1,37	0,59	0,44	2,87 (0,20-42,15)	
PS cluster C	2,44	1,10	4,90	0,03	11,51 (1,32-100,16)	
Stap 3						0,19
Zorgtoewijzing x PS aard	0,05	0,55	0,007	0,93	1,05 (0,36-3,08)	

BI = betrouwbaarheidsinterval
 Nagelkerke R² = percentage verklaarde variantie door elke stap in het model
 OR = oddsratio
 PS = persoonlijkheidsstoornis
 SE = standard error

sufficiëntie van denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, en hostiliteit. Van met name hostiliteit en interpersoonlijke sensitiviteit is bekend dat deze als een marker beschouwd kunnen worden voor persoonlijkheidsstoornissen (Eurelings-Bontekoe e.a. 1997).

Cluster-B- en cluster-A-patiënten rapporteren meer klachten dan cluster-C-patiënten, maar de twee groepen (A en B) verschillen onderling niet wat betreft de ernst van de klachten.

Slaapproblemen en somatische klachten lijken vooral typerend voor patiënten met overwegend cluster-A-stoornissen: alleen deze groep scoort hierop significant hoger dan patiënten zonder een persoonlijkheidsstoornis.

Kenmerkend voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen in vergelijking met mensen zonder een persoonlijkheidsstoornis is een hoog niveau van inadequatie naast een lage zelfwaardering. Patiënten uit cluster A en C scoren in vergelijking tot patiënten zonder persoonlijkheidsstoornissen hoger op sociale inadequatie, maar rapporteren niet significant meer sociale inadequatie dan cluster-B-patiënten. Wat betreft verongelijkheid zijn patiënten uit het B-cluster weliswaar verongelijker dan patiënten zonder een persoonlijkheidsstoornis, ze zijn niet verongelijker dan patiënten met cluster-C- en cluster-A-problematiek. Het zijn vooral de patiënten met cluster-A-problematiek die verongelijkt zijn, zowel in vergelijking tot cluster-C-patiënten als tot patiënten zonder persoonlijkheidsstoornissen. Een lage zelfwaardering lijkt vooral te gelden voor cluster-A-patiënten: zij hebben een lagere zelfwaardering dan patiënten zonder een persoonlijkheidsstoornis en ook een lagere zelfwaardering dan patiënten uit het B-cluster.

Zoals verwacht ervaren patiënten met persoonlijkheidsproblematiek in hoge mate spanning bij het uiten van zowel negatieve als positieve gevoelens in een sociale context, onafhankelijk van de ernst en de aard van de persoonlijkheidsstoornissen. De frequentie waarmee dit gedrag plaatsvindt verschilt echter niet van die van patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis. Patiënten met

persoonlijkheidsstoornissen zijn dus te kenschetsen als 'angstige uitvoerders'.

Opvallend is dat bij de zelfrapportage-instrumenten die afweer en copingstrategieën beogen te meten, te weten de CERQ en DSQ, weinig tot geen verschillen blijken tussen patiënten met en patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis. Afweer en coping bij persoonlijkheidsstoornissen zijn wellicht niet goed meetbaar met deze zelfrapportagelijsten omdat patiënten eigen gedrag anders waarnemen dan degenen met wie zij omgaan. Sociale wenselijkheid kan ook een rol spelen en patiënten kunnen alleen datgene melden waarvan zij zich bewust zijn. Echter, veel afweer is onbewust (Trijsburg e.a. 2003).

Opvallend is dat een kwart van de patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis in behandeling wordt genomen voor een persoonlijkheidsstoornis. Een behandelindicatie voor de tweede lijn wordt niet zozeer door de ernst, maar meer door de aard van de persoonlijkheidsstoornissen bepaald. Alle patiënten uit het A-cluster kregen een behandeling aangeboden. Daarentegen wordt bijna een op de vijf patiënten met een persoonlijkheidsstoornis uit het B- of C-cluster in het geheel niet in behandeling genomen.

Welke behandeling vervolgens wordt aangeboden hangt ook niet samen met de ernst van de persoonlijkheidsstoornissen, maar met de aard ervan. Patiënten met overwegend cluster-B-stoornissen krijgen meestal een as-II-behandeling, alle anderen overwegend een as-I-behandeling.

De patiënten zonder een persoonlijkheidsstoornis vertonen de minste drop-out. De mate van drop-out binnen de groep patiënten met persoonlijkheidsstoornissen wordt, in tegenstelling tot de verwachting, niet door de ernst ervan maar vooral door de aard ervan bepaald. Drop-out is, overeenkomstig de verwachting, het grootst onder patiënten met cluster-A- en cluster-C-stoornissen. Deze patiënten worden overwegend toegewezen aan een as-I-behandeling. Het is mogelijk dat patiënten met het accent op cluster B het best door de clinicus herkend worden als lijdend aan een persoonlijkheidsstoornis, waardoor zij dan ook signi-

ficant vaker toegewezen worden aan een behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen. De zorgtoewijzing vormt echter, althans zo blijkt uit dit onderzoek, geen verklaring voor het lagere percentage drop-outs onder deze groep patiënten. Immers, drop-out kon niet voorspeld worden uit de interactie tussen zorgtoewijzing en aard van de persoonlijkheidsstoornissen.

CONCLUSIE

In de huidige tweedelijns ggz gaat veel aandacht uit naar de toepassing van korte *evidence-based* geprotocolleerde behandelingen voor as-I-stoornissen. De resultaten van dit onderzoek wijzen echter op het grote belang van adequate persoonlijkheidsdiagnostiek vroeg in het proces van indicatiestelling, gelet op de hoge prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen (zie ook Westen 1997). Daarnaast blijkt de aanwezigheid van overwegend cluster-A- dan wel cluster-C-stoornissen gepaard te gaan met een sterk verhoogde kans op drop-out en dit lijkt vooral te maken te hebben met persoonlijkheidskenmerken die inherent zijn aan dit type stoornissen en niet met de zorgtoewijzing. Afwijzende hechting en een overmatige controlebehoefte zouden wel eens belangrijke verklarende factoren kunnen zijn die nader onderzocht moeten worden.

Met name bij cluster-A- en cluster-C-patiënten zal dus veel aandacht moeten uitgaan naar het bevorderen van de trouw aan de behandeling, waarbij veel aandacht voor het bevorderen van de therapeutische alliantie en dus de hechting van de patiënt aan de therapeut wel eens van groot belang zou kunnen zijn.

LITERATUUR

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *Klachtenlijst (SCL-90)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Arrindell, W.A., de Groot, P.M., & Walburg, J.A. (1984). *De Schaal voor*

Interpersoonlijk Gedrag: SIG. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Blatt, S.J., & Levy, K.N. (2003). Attachment theory, psychoanalysis, personality development, and psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 102-150.

Blatt, S.J., Shahar, G., & Zuroff, D.C. (2002). Analytic/sociotropic and introjective/autonomous dimensions. In J.C. Norcross (Red.), *Psychotherapy Relationships that Work* (pp. 315-333). Oxford: Oxford University Press.

Blatt, S. J., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6, 187-254.

Bond, M., Gardner, S.T., Christian, J., e.a. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry*, 40, 333-338.

Clarkin, J.F., & Levy, K.N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M.J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 194-226). New York: Wiley.

Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2de druk). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Eurelings-Bontekoe, E.H.M., van der Slikke, M., & Verschuur, M.J. (1997). Psychological distress, depressive symptomatology, coping and DSM-III-R/ICD-10 personality disorders. A study among primary mental health care patients. *Personality and Individual Differences*, 23, 407-417.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.

Luteijn, F., Starren, J., & van Dijk, H. (1985). *Handleiding bij de NPV* (herziene uitgave). Lisse: Swets Test Publishers.

Luteijn, F., Starren, J., & van Dijk, H. (2000). *Handleiding bij de NPV* (tweede herziene uitgave). Lisse: Swets Test Publishers.

Luyten, P., Corveleyn, J., & Blatt, S.J. (2005). The convergence among psychodynamic and cognitive-behavioral theories of depression: a critical review of empirical research. In J. Corveleyn, P. Luyten & S.J. Blatt (Red.), *The theory and treatment of depression. Towards a dynamic interactionism model* (pp. 95-135). Leuven: Leuven University Press/Lawrence Erlbaum Associates.

Mulder, R.T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 359-371.

Spinhoven, P., van Gaalen, H.A.E., & Abraham, R.E. (1995). The Defense Style Questionnaire: a psychometric examination. *Journal of Personality Disorders*, 9, 124-133.

Tasca, G.A., Taylor, D., Ritchie, K., e.a. (2004). Attachment predicts

treatment completion in an eating disorders partial hospital program among women with anorexia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, 83, 201-212.

Trijsburg, R.W., van 't Spijker, A., Van, H.L., e.a. (2003). Diagnostiek van afweermechanismen. In E.H.M. Eurelings-Bontekoe & W.M. Snellen (Red.), *Dynamische Persoonlijkeidsdiagnostiek* (pp. 337-379). Amsterdam: Harcourt International.

Verheul, R., & van den Brink, W. (1999). Persoonlijkeidsstoornissen. In A. de Jong, W. van den Brink, J. Ormel e.a. (Red.), *Handboek psychiatrische epidemiologie* (pp. 347-378). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

Wennberg, P., Weinryb, R.M., Saxon, L., e.a. (2004). Personality, levels of psychological distress and premature termination of psychodynamic group therapy: results from a prospective longitudinal study. *Group Analysis*, 37, 179-185.

Westen, D. (1997). Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: implications for research and the evolution of axis II. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 895-903.

World Health Organization. (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. DSM IV module. Nederlandse bewerking: Duijsens, I.J., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Diekstra, R.F.W. (1999). Leiderdorp: Datec.

AUTEURS

C. TEN KATE is als klinisch psycholoog/psychotherapeut (BIG) en onderzoeker werkzaam bij Rivierduinen, GGZ Duinen Bollenstreek Volwassenzorg in Voorhout.

E.H.M. EURELINGS-BONTEKOE is klinisch psycholoog/psychotherapeut (BIG) en is als universitair hoofddocent Klinische Psychologie verbonden aan de Universiteit Leiden.

N. MULLER is als psychotherapeut (BIG) en onderzoeker werkzaam bij Rivierduinen, Jeugdzorg, in Sassenheim.

PH. SPINHOVEN is klinisch psycholoog (BIG) en is als hoogleraar Klinische Psychologie verbonden aan de Universiteit Leiden.

Correspondentieadres: C. ten Kate, Postbus 3, 2215 ZG Voorhout.

E-mail: c.tenkate@ggzduinenbollenstreek.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-5-2007.

SUMMARY

Personality disorders in an institution for ambulatory mental health care. Prevalence, type and severity, treatment indication and drop out – C.A. ten Kate, E.H.M. Eurelings-Bontekoe, N. Muller, Ph. Spinhoven –

BACKGROUND Personality disorders occur frequently. The presence of one or more personality disorders can influence the severity of the symptoms and can affect coping, treatment indication and drop out.

AIM To study the prevalence of personality disorders in an ambulatory health care centre and to investigate the influence of both the severity and the nature of personality disorders on the following: symptomatology, interpersonal behaviour, coping and defence mechanisms, personality traits, treatment indication and drop out.

METHOD We studied the prevalence of personality disorders in 100 patients using the International Personality Disorder Examination (IPDE), a semi-structured interview. Symptoms, interpersonal behaviour, coping and defence mechanisms and personality traits were assessed by means of self-reports. Patients were assigned to specific types of treatment by their own doctors, who were not aware of the assessment results.

RESULTS Most of the patients suffered from a personality disorder. Patients with cluster-A-type personality disorders were all assigned to treatment. The majority of patients with cluster-B-type personality disorders were assigned to Axis-II-type treatment but most patients with cluster-A-and cluster-C personality disorders were assigned to Axis-I-type treatment. The drop-out percentage was higher among patients with a personality disorder than among those without. Among patients with personality disorders the drop-out percentage was highest in those from the A and C clusters. Patients with personality pathology from the A cluster were 13 times more likely to drop out than those without A cluster pathology, patients with C cluster pathology were 11 times more likely to drop out than those without C cluster pathology.

CONCLUSION In ambulatory mental health care more attention needs to be given to the diagnosis of personality disorders. Results suggest that in the treatment of patients with A and C cluster pathology much effort must be directed at fostering therapeutic alliance and compliance to treatment.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)9, 597-609]

KEY WORDS coping behavior, coping skills, patient dropouts, personality disorders, prevalence