

Persoonlijkheid bij psychose: klinisch relevant? Link met ziekte-inzicht en symptoomstress*

A.N. Scholte-Stalenhoef, L.L. Boyette, G.H.M. Pijnenborg

- Achtergrond** Over de relatie tussen persoonlijkheidstrekken van het five-factor model (FFM) en therapeutisch relevante variabelen bij psychose is nog weinig bekend.
- Doel** Onderzoeken van de relatie tussen FFM-persoonlijkheidstrekken en zowel ziekte-inzicht bij psychose als stress door (subklinische) positieve symptomen bij psychotische kwetsbaarheid.
- Methode** Crosssectionele en longitudinale analyses van data van Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP-studie). De relatie tussen de persoonlijkheid van patiënten en klinisch inzicht werd onderzocht met multiële regressie. De relatie tussen persoonlijkheid van patiënten, hun broers en zussen en controlepersonen en stress door (subklinische) positieve symptomen werd onderzocht met logistische regressie. Voor symptomen werd gecontroleerd.
- Resultaten** Groter zelfgerapporteerd inzicht hing samen met hoger altruïsme, hoger neuroticisme, lagere extraversie, en ernstigere depressieve symptomen. De mate van inzicht beoordeeld door onderzoekers was enkel gerelateerd aan symptomen. Hetzelfde gold voor afname in beide vormen van inzicht over tijd. Hogere openheid hing samen met een zwakkere relatie tussen de frequentie van (subklinische) positieve symptomen en symptoomstress bij zowel patiënten als hun broers en zussen.
- Conclusie** FFM-persoonlijkheidstrekken hangen samen met ziekte-inzicht en stress door positieve symptomen, ook bij controle voor symptoomniveau. In de praktijk zijn persoonlijkheid en symptomen echter moeilijk van elkaar te onderscheiden. Dit pleit voor een geïntegreerde, gepersonaliseerde behandelbenadering..

Psychotische stoornissen bestaan uit een heterogene samenstelling aan positieve symptomen (wanen en hallucinaties), negatieve symptomen, cognitieve symptomen met desorganisatie, motorische verschijnselen en veranderde stemming.¹ Individuele diagnostiek omvat naast een beschrijving van de symptomen ook stadiëring (fase- en ernstbepaling van de psychose), comorbiditeit en biografische, sociale en persoonlijke factoren als coping en persoonlijkheid.²

Behandeling sluit zo veel mogelijk aan bij iemands hulpvraag en die van belangrijke naasten. Medicatie kan positieve, manische en depressieve symptomen verminderen, maar verbetert negatieve en cognitieve symptomen niet of nauwelijks.³ Psychotherapie, sociale steun en begeleiding bij wonen, werk of studie zijn andere belangrijke interventies. De vraag welke therapievorm nu precies helpt bij wie is echter maar ten dele te beantwoorden. Grote interpersoonlijke verschillen in effectiviteit zijn onderwerp van onderzoek.⁴ Persoonlijkheidskenmerken zouden mogelijk een rol kunnen spelen in deze verschillen.⁵

Persoonlijkheid volgens het FFM

Persoonlijkheidstheorieën veronderstellen stabiele karaktereigenschappen en gedragingen.⁶ De persoonlijkheidstrekken van het *five-factor model* (FFM) zijn gebaseerd op alledaagse taal en kunnen betrouwbaar worden vastgesteld met zelfinvullijsten.⁷

Het FFM ligt mede ten grondslag aan het alternatieve model voor persoonlijkheid (AMPD) van de DSM-5. Volgens het AMPD beschouwt men de mate van identiteit en zelfsturing op het niveau van het zelf; en het vermogen tot empathie en intimiteit op interpersoonlijk niveau. Daarbinnen vindt profilering plaats aan de hand van vijf dimensies, grotendeels overeenkomend met het FFM. Negatieve affectiviteit (AMPD) strookt met neuroticisme (FFM); voor andere trekken beschrijft het AMPD – uitgaande van een continuüm – de pathologische uitersten van de FFM-persoonlijkheidstrekken (zie **tabel 1**). Psychoticisme (AMPD) tot slot beschrijft kenmerken zoals ongebruikelijke, onrealistische of vreemde gedachten, percepties of gedragingen en heeft daarmee

overeenkomsten met positieve symptomen. Hoewel er correlaties bestaan tussen openheid en psychoticisme – en voor beide constructen met schizotypie – zijn deze begrippen dus niet synoniem aan elkaar.⁸ Terwijl persoonlijkheidskenmerken een plaats hebben in de beschrijvende diagnose bij psychotische stoornissen én het AMPD (DSM-5) daarbij een dimensionele classificatie biedt, blijft de vraag wat de klinische relevantie van persoonlijkheidstrekken eigenlijk is.

Het FFM bij psychotische stoornissen

Premorbide hogere niveaus van neuroticisme en lagere niveaus van extraversie zijn beschreven als risicofactor voor het later optreden van schizofrenie.⁹ Ná het ontstaan daarvan blijven er – vergeleken met het populatiegemiddelde – hogere neuroticisme- en lagere extraversieniveaus bestaan.¹⁰ Hoger neuroticisme en lager altruïsme werden tevens gerelateerd aan een groter recidiefrisico.¹¹ FFM-persoonlijkheidstrekken hangen met een aantal therapeutisch relevante variabelen samen, met kleine tot middelgrote effecten.¹² Hoger neuroticisme is geassocieerd met grotere ernst van positieve en depressieve symptomen, passieve coping, groter zelfstigma en lagere kwaliteit van leven. Hogere extraversie laat het omgekeerde patroon zien. Hogere niveaus van altruïsme en extraversie zijn gerelateerd aan een betere kwaliteit van leven. Symptomen van psychose kunnen FFM-persoonlijkheidsmetingen beïnvloeden (zie **tabel 1** voor associaties met symptoomdimensies). De genoemde verbanden met therapeutisch relevante variabelen werden echter ook gevonden bij studies waarbij men controleerde voor symptomen.

Neuroticisme en extraversie zijn het meest onderzocht; andere persoonlijkheidskenmerken beduidend minder. Ook is het arsenaal aan onderzochte factoren beperkt. Wij onderzochten in relatie tot persoonlijkheid twee klinisch relevante factoren: 1. inzicht in psychose en 2. stress door positieve symptomen.

Inzicht in psychose

Met ‘inzicht in psychose’ doelen we in dit artikel op ‘klinisch inzicht’ dat zowel ziektebesef als ziekte-inzicht omvat.¹³ Het bestaat uit: 1. het besef een ziekte te hebben, 2. de erkenning van de noodzaak voor behandeling en 3. de attributie van symptomen aan de psychotische stoornis. Verschillen in inzicht tussen patiënten en behandelaren komen veel voor. Vanuit behandelarsperspectief wordt dit vaak ‘beperkt ziektebesef’ en/of ‘beperkt ziekte-inzicht’ genoemd, duidend op symptomen die behandeling danig kunnen bemoeilijken.¹⁴ Echter, inzicht in psychose kan óók iemands persoonlijke opvattingen weergeven. Deze opvattingen kunnen samenhangen met individuele eigenschappen als reflectieve vermogens, stigmagevoeligheid of de neiging tot sociale aanpassing.¹⁵ Meer begrip van de invloed van zowel persoonlijkheidskenmerken als symptomen op (fluctuaties in) inzicht lijkt zinvol bij de zoektocht naar behandelovereenkomst.

Stress door positieve symptomen

Wanen en hallucinaties kunnen lijdensdruk geven. De mate van stress die deze positieve symptomen opleveren, hangt, behalve van de inhoud en de ernst van de symptomen, ook af van hoe iemand deze ervaringen evalueert.¹⁶ Persoonlijkheidskenmerken zouden weleens van invloed kunnen zijn op het stressniveau, maar literatuur daarover is schaars.

Tabel 1. FFM-persoonlijkheidstrekken; associaties met symptoomdimensies en relatie met AMPD

Corresponderende persoonlijkheidstrek in AMPD	FFM-persoonlijkheidstrek	Korte omschrijving van de FFM-persoonlijkheidstrek	Associatie van de FFM-persoonlijkheidstrek met symptoomdimensies van psychose
negatieve affectiviteit	neuroticisme	de neiging om negatieve emoties zoals verdriet, angst en woede te ervaren	+ associatie met positieve, depressieve en obsessieve-compulsieve symptomen
afstandelijkheid (-)	extraversie	het vermogen tot het beleven van positieve emoties, plezier in sociale contacten	- associatie met positieve, negatieve en depressieve symptomen
antagonisme (-)	altruïsme	de neiging om positieve relaties met anderen te onderhouden	- associatie met positieve symptomen
ongeremdheid (-)	consciëntieusheid	de tendens tot plichtsgetrouwheid, het nastreven van nauwgezetheid	
geen equivalent van openheid in AMPD; in plaats daarvan: psychoticisme	openheid voor ervaringen	cognitieve flexibiliteit, gevoel voor esthetiek	+ associatie met positieve symptomen

Voor subklinische symptomen werd dit wel onderzocht. Deze komen op niet-verwaarloosbare schaal voor in de algemene bevolking. Hoewel ze in ernst niet voldoen aan de criteria van een psychotische stoornis, vertonen ze overeenkomsten met psychotische symptomen. FFM-persoonlijkheidstrekken bleken de relatie tussen de frequentie van waanachtige ideeën en bijbehorende stress te modereren.¹⁷ Dat wil zeggen: het vaker vóórkomen van waanachtige ideeën ging – gemiddeld genomen – gepaard met een hoger stressniveau, maar dit verband was minder uitgesproken bij lagere niveaus van neuroticisme en hogere niveaus van extraversie en openheid. Vanuit het idee van een continuüm – zowel in genetische kwetsbaarheid voor psychose, als in de manifestatie van subklinische en klinische symptomen, als in de niveaus van persoonlijkheidskenmerken – vroegen wij ons af of een dergelijk modererend verband zich uit zou strekken over het gehele fenomenologische spectrum.

ONDERZOEKSDOELEN

Doelen van ons onderzoek waren om, rekening houdend met een mogelijke invloed van symptomen:

1. Mogelijke effecten van persoonlijkheidskenmerken van patiënten met een psychotische stoornis na te gaan op: a. de mate van inzicht in psychose en b. de mate van verandering in inzicht over tijd. Beide zowel volgens patiëntrapportage als semigestructureerd interview door onderzoekers.
2. In het continuüm van subklinische en klinische symptomen mogelijke effecten van persoonlijkheidskenmerken op de mate van stress door positieve symptomen te verkennen. Dit gericht op drie doelgroepen: patiënten met een psychotische stoornis, hun niet-aangedane broers en zussen en een gezonde controlegroep.

De onderzoeksvragen bij 2. waren:

- a. Bestaat er een rechtstreeks verband tussen persoonlijkheidskenmerken van de participanten en de door hen ervaren mate van stress door positieve symptomen – klinisch of subklinisch?
- b. Modereren persoonlijkheidstrekken de relatie tussen de frequentie van (subklinische) positieve symptomen en bijbehorende stress?

Voor onderzoeksvraag 1 (inzicht) formuleerden we geen hypothese wegens gebrek aan literatuur. Voor onderzoeksvraag 2 (stress door symptomen) stelden we op basis van de literatuur wel enkele hypothesen op:

- a. We verwachtten dat hoger neuroticisme geassocieerd zou zijn met een hogere mate van symptoomstress; en hogere extraversie met lagere symptoomstress. Voor de overige persoonlijkheidskenmerken hadden we geen specifieke hypothesen, maar onderzochten we de verbanden exploratief.
- b. Wat betreft moderatie veronderstelden we, in lijn met eerder populatieonderzoek, dat de associatie tussen de frequentie van positieve symptomen en het bijbeho-

rende stressniveau sterker zou zijn bij hoger neuroticisme en zwakker bij hogere extraversie en openheid.

METHODEN

We maakten gebruik van gegevens uit de Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP-studie), een cohort van patiënten met vroege psychose, hun eerstegraads familieleden en controlepersonen.¹⁸ Bij een deel van het cohort werden bij de tweede meting ook FFM-persoonlijkheidstrekken met een zelfinvullijst afgenomen.¹⁹ Deze tweede meting diende als basismeting. De uitkomstmaten voor de longitudinale analyses kwamen uit de derde meting, drie jaar later. We verrichtten de analyses met SPSS 25.

Inzicht in psychose

De *Positive and Negative Symptoms Scale* (PANSS) en de *Calgary Depression Scale* (CDS) werden gebruikt om symptoomernst vast te stellen.²⁰⁻²² Inzicht werd gemeten met de *Birchwood Insight Scale* (BIS) via zelfrapportage, waarbij hogere scores overeenkomen met groter inzicht.²³ Daarnaast werd ziekte-inzicht geschaald op de PANSS door onderzoekers, waarbij hogere scores corresponderen met geringer inzicht.

Uit de basismeting werden correlaties van zowel persoonlijkheidstrekken als symptoomdomeinen met beide inzichtmaten bepaald. Ook werden de correlaties van deze variabelen met verandering in inzicht bepaald (vervolgmeting minus basismeting). Enkel de significant correlerende variabelen werden vervolgens als onafhankelijke variabele meegenomen in een multiële regressieanalyse om hun relatieve bijdrage aan de betreffende inzicht-uitkomstmaat te kunnen bepalen.

We onderzochten:

- a. crosssectioneel: de relatie van FFM-persoonlijkheidskenmerken met de mate van inzicht volgens patiënten zelf (BIS) en onderzoekers (PANSS-inzicht);
- b. longitudinaal: effecten van FFM-persoonlijkheidstrekken op de verandering in inzicht volgens patiënten en onderzoekers.

Door de significant correlerende symptoomdomeinen (basismeting) mee te nemen, controleerden we bij a. en b. voor symptoomernst. We herhaalden de analyses bij b. met aanvullende controle voor de basismeting van inzicht, omdat het zou kunnen dat deze de verandering in inzicht sterk mede zou bepalen.

Stress door positieve symptomen

Bij patiënten, hun broers en zussen en gezonde controlepersonen werd de *Community Assessment of Psychic Experience questionnaire* (CAPE-42) afgenomen.^{24,25}

Dit meetinstrument bepaalt zowel de frequentie van (subklinische) positieve symptomen als de mate van bijbehorende stress. Vanwege de scheve verdeling

van symptoomstress met veel lage scores en 0-scores, deelden we waarden op in ofwel: enige stress (1) ofwel: in het geheel geen stress (0). Bij deze dichotomie was logistische regressie aangewezen om verbanden met de onafhankelijke variabelen na te gaan.

Voor alle drie de geïncludeerde groepen verrichtten we de volgende logistische regressieanalyses:

- longitudinaal: rechtstreekse effecten van alle vijf FFM-persoonlijkheidskenmerken (basismeting) op de CAPE-positieve symptoomstress (vervolgmeting).
 - longitudinaal: moderatie-effecten van neuroticisme, extraversie en openheid (basismeting) met CAPE-positieve symptoomfrequentie (vervolgmeting) op CAPE-stress door positieve symptomen (vervolgmeting).
- Bij beide analyses controleerden we voor een aantal covariaten: leeftijd, geslacht, IQ en symptoomfrequenties van positieve, negatieve en depressieve symptomen volgens de CAPE (basismeting) indien er een significante associatie met de gebruikte FFM-persoonlijkheidstreken bestond. Ook voor meervoudig toetsen controleerden we.

RESULTATEN

Inzicht in psychose

Geïncludeerde patiënten waren overwegend man (82,9%) en gemiddeld 31,0 jaar (SD: 7,54) oud. **Tabel 2** geeft scores van de verschillende meetinstrumenten weer.

Inzichtscores waren scheef verdeeld met relatief hoge mate van inzicht op beide meetmomenten. BIS-inzicht en PANSS-inzicht hingen daarbij matig met elkaar samen. Van alle symptoomdimensies bleken enkel depressieve symptomen (CDS) significant gecorreleerd met zelfgerapporteerd inzicht. Voor persoonlijkheidstreken hingen correlaties van zelfgerapporteerd inzicht significant samen met neuroticisme, extraversie en consciëntieusheid, als trend met altruïsme, maar niet met openheid.

Bij multiële regressie (zie **tabel 3**) verklaarden persoonlijkheidstreken en depressieve symptomen tezamen meer dan een kwart van de variantie (de verschillen) in zelfgerapporteerd inzicht. De β -coëfficiënt geeft de sterkte van de unieke bijdragen van deze factoren gestandaardiseerd weer, met waarden variërend tussen -1 (perfecte negatieve samenhang), 0 (geen lineair verband) en +1 (perfecte positieve samenhang). Altruïsme, neuroticisme en depressieve symptomen droegen elk in positieve richting bij: een hoger niveau van deze variabelen hing samen met een hogere mate van zelfgerapporteerd inzicht. De significante bijdrage van extraversie was in negatieve richting. De bijdrage van consciëntieusheid was niet significant. Voor ziekte-inzicht volgens onderzoekers (PANSS) was altruïsme de enige persoonlijkheidstrek waarmee een

significante correlatie werd gevonden ($\rho = -0,21$; $p = 0,001$). Wat betreft correlaties van symptomen met deze vorm van inzicht waren er significante verbanden met alle symptoomdimensies van de PANSS, maar niet met depressieve symptomen volgens CDS. Bij multiële regressie bleken alleen symptomen van opwinding en desorganisatie significant bij te dragen aan verminderd ziekte-inzicht; en emotionele stress aan méér ziekte-inzicht. Tezamen met de persoonlijkheidstrek altruïsme verklaarden deze symptoomdimensies bijna de helft van de variantie in ziekte-inzicht gemeten door onderzoekers. Zie **tabel 4**.

De mate van inzicht nam in de loop van de tijd af (zie **tabel 1**) voor beide vormen van inzicht. Deze afname werd bij beide meetwijzen niet voorspeld door persoonlijkheid, maar wel door de toename in symptoomernst van een aantal verschillende PANSS-symptoomdomeinen.

Stress door positieve symptomen

Basismetingen waren compleet voor 140 patiënten, 216 gezonde familieleden en 102 controlepersonen. Hoger neuroticisme bij de basismeting liet een rechtstreeks verband zien met een hogere mate van symptoomstress drie jaar later bij patiënten en hun familieleden bij controle voor leeftijd en geslacht. Wanneer we eveneens controleerden voor symptomen en IQ bleef een minimaal effect ($\text{Exp}(B) = 1,09$; 95%-BI: 1,02-1,17) van neuroticisme op symptoomstress bij broers en zussen overeind, terwijl het effect bij patiënten verdween. Mogelijke moderatie-effecten onderzochten we voor neuroticisme, extraversie en openheid vanwege de bevindingen onder de algemene bevolking.¹⁷ Een verschil met dit onderzoek was dat wij persoonlijkheid behalve voor leeftijd en geslacht aanvullend controleerden voor symptomen en IQ. De FFM-persoonlijkheidstrek openheid voor ervaringen (basismeting) bleek een moderator voor de relatie tussen de frequentie van positieve symptomen en stress door positieve symptomen (vervolgmeting) bij zowel patiënten als hun familieleden. Dat wil zeggen dat de relatie tussen psychotische ervaringen en stress verhoudingsgewijs minder sterk was wanneer er sprake was van een hogere mate van openheid (zie hiervoor **figuur 1**). Voor extraversie en neuroticisme vonden wij in tegenstelling tot de genoemde studie geen significante modererende effecten.¹⁷

DISCUSSIE

In eerdere literatuur zijn neuroticisme en extraversie vaak elkaars tegenhanger in relatie tot verschillende uitkomstmaten. Voor andere persoonlijkheidstreken is niet zo eenduidig een patroon aan te merken. Tegen deze achtergrond probeerden we onze eigen bevindingen te interpreteren.

Tabel 2. Overzicht van scores op de verschillende meetinstrumenten

	Basismeting (n = 211) M (SD)	Vervolgmeting (n = 136) M (SD)
Zelfgerapporteerd inzicht volgens BIS (min-maxscore)		
Totaalscore (0-12)	8,48 (2,91)	7,64 (2,73)
PANSS-domeinen (min-maxscore)		
Positieve symptomen (9-63)	11,19 (5,63)	12,66 (5,91)
Negatieve symptomen (2-62)	12,77 (5,97)	13,57 (5,95)
Desorganisatie (10-70)	15,24 (5,49)	16,87 (6,62)
Opwinding (8-56)	10,76 (3,31)	11,68 (3,27)
Emotionele stress (8-56)	12,98 (4,46)	14,37 (5,20)
PANSS-item (min-maxscore)		
Zwak oordeel en inzicht (1-7)	1,67 (1,27)	1,84 (1,20)
CDS depressie (min-maxscore)		
Totaalscore (0-36)	2,18 (2,87)	1,80 (2,59)
FFM-persoonlijkheid (min-maxscore)		
Neuroticisme (12-60)	34,89 (8,48)	
Extraversie (12-60)	37,54 (7,06)	
Openheid (12-60)	38,13 (6,15)	
Altruïsme (12-60)	42,82 (5,18)	
Consciëntieusheid (12-60)	41,40 (6,73)	

Tabel 3. Multiële regressieanalyse van crosssectionele relaties tussen persoonlijkheid en inzicht gebaseerd op BIS-zelfrapportage en gecontroleerd voor symptomen (n = 199)

	B	95%-BI	SE B	β	t	p
Neuroticisme	0,14	0,08-0,20	0,03	0,42	5,02**	< 0,001
Extraversie	-0,09	-0,15-0,03	0,03	-0,22	-2,83**	0,005
Altruïsme	0,17	0,09-0,25	0,04	0,30	4,64**	< 0,001
Consciëntieusheid	-0,01	-0,08-0,06	0,04	-0,03	-0,34	0,735
Depressieve symptomen	-0,08	-0,22-0,04	0,07	-0,08	-1,04	0,299

Door het model totale verklaarde variantie (R^2): 28,6% ($F = 15,43$; $p < 0,001$).

95%-BI (betrouwbaarheidsinterval) en SE (standaardfout) gebaseerd op 1000 *bootstrap samples*. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

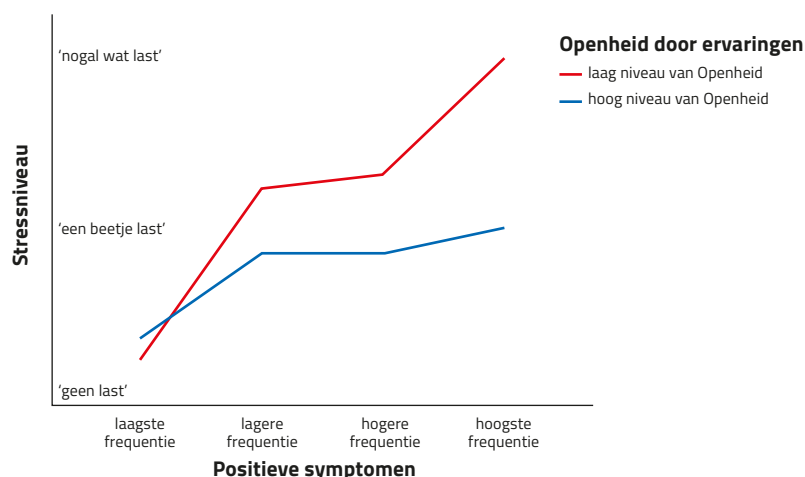
Tabel 4. Multiële regressieanalyse van crosssectionele relaties tussen persoonlijkheid en PANSS-inzichtitem (n = 196)

	B	95%-BI	SE B	β	t	p
Altruïsme	0,01	-0,01-0,04	0,01	0,05	0,84	0,40
Positieve symptomen	0,09	0,05-0,13	0,02	0,38	5,00**	< 0,001
Negatieve symptomen	0,01	-0,02-0,06	0,02	0,05	0,78	0,44
Desorganisatie	0,09	0,05-0,13	0,02	0,39	5,13**	< 0,001
Opwinding	0,08	0,01-0,16	0,04	0,22	2,94**	0,00
Emotionele stress	-0,10	-0,14- -0,05	0,02	-0,35	-4,68**	< 0,001

Door het model verklaarde variantie (R^2): 48,2% ($F = 29,34$; $p < 0,001$).

95%-BI (betrouwbaarheidsinterval) en SE (standaardfout) gebaseerd op 1000 *bootstrap samples*. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Figuur 1. Stress door positieve symptomen bij patiënten



Op de x-as: gemiddelde frequentie van (subklinische) positieve symptomen ten opzichte van de gehele patiëntengroep, gemeten met de CAPE.

Op de y-as: gemiddelde stress door (subklinische) positieve symptomen gemeten met de CAPE.

Rode lijn: niveau van FFM-persoonlijkheidskenmerk openheid voor ervaringen < -1 SD ten opzichte van het groepsgemiddelde bij patiënten.

Blauwe lijn: niveau van FFM-persoonlijkheidskenmerk openheid voor ervaringen > +1 SD ten opzichte van het groepsgemiddelde bij patiënten.

Inzicht in psychose

Neuroticisme en extraversie waren in hun relatie met zelfgerapporteerd inzicht opnieuw elkaars tegenpool. Hoger neuroticisme en lagere extraversie hingen net als een grotere ernst van depressieve symptomen samen met groter inzicht. De samenhang tussen negatieve affectiviteit (voor neuroticisme als *trait* en voor depressieve symptomen als *state*) en inzicht konden we plaatsen bij bekende negatieve implicaties van groter inzicht zoals demoralisatie, geïnternaliseerd stigma en suïcidale ideaties.²⁶ Daarbij willen we nuanceren dat negatieve affectiviteit in het proces van acceptatie van pijnlijke gebeurtenissen mogelijk niet alleen onvermijdelijk, maar ook zinvol kan zijn om te kunnen komen tot persoonlijk herstel. Wellicht gaat een hoger niveau van extraversie juist samen met de neiging om minder focus op problemen te leggen, met behoud van positief zelfbeeld – zich vertalend in een lager zelfgerapporteerd inzicht. Zelfgerapporteerd inzicht hing ook nog samen met altruïsme. Dit kan een weergave zijn van een grotere neiging tot overeenstemming door patiënten met hun behandelaren.

Wanneer inzicht werd vastgelegd door onderzoekers verklaarden symptoomdimensies en niet persoonlijkheidstrekken de variantie. Ook veranderingen in inzicht over tijd hingen enkel samen met veranderingen in symptoomniveaus. Dit zou kunnen wijzen op een state-component van inzicht. Wellicht dat inzicht door derden vastgesteld met de PANSS met de status mentalis van patiënten mee resoneert, terwijl het concept van inzicht dat informeert over opvattingen van patiënten een meer stabiele variant van inzicht betreft.

Stress door positieve symptomen

Onze verwachting dat een hoger niveau van neuroticisme rechtstreeks een hogere mate van symptoomstress zou voorspellen, kwam alleen uit voor broers en zussen – en dit was gezien de geringe effectgrootte vermoedelijk weinig relevant in de praktijk. De reden dat dit effect enkel bij familie werd gevonden, hangt wellicht samen met bezorgdheid over mogelijke transitie naar psychose, die minder speelt voor controlepersonen of voor patiënten die deze transitie al hebben doorgemaakt.

Onze voornaamste bevinding was het moderatie-effect van openheid op de relatie tussen de frequentie van (subklinische) positieve symptomen en symptoomstress bij patiënten en hun broers en zussen (**figuur 1**). Bij controlepersonen werd dit verband niet gevonden, vermoedelijk vanwege de uiterst lage symptoomfrequentie. Dat we geen moderatie-effecten zagen voor neuroticisme en extraversie (in tegenstelling tot bij de populatiestudie) kan komen door onze kleinere steekproef, het controleren voor covariaten en het analyseren van positieve symptomen als één domein in plaats van afzonderlijk voor wanen en hallucinaties.

Openheid bestaat uit twee componenten: intellect, dat staat voor vindingrijkheid, snelheid, interesse in ideeën enerzijds; en een reflectief vermogen voor esthetiek en verbeelding anderzijds.²⁷ Openheid werd naast cognitieve flexibiliteit ook in verband gebracht met dagdromen.^{28,29} Omdat in onze studie werd gecontroleerd voor IQ, veronderstellen we dat vooral de nieuwsgierige en ontvankelijke houding van mensen met hoge openheid zorgde voor het verhoudingsgewijs ervaren van minder

stress in reactie op (subklinische) positieve symptomen. Een alternatieve verklaring is dat zij deze ervaringen eerder als neutraal of zelfs positief beleven in plaats van als stressvol.

Beperkingen van ons onderzoek

Binnen de GROUP-data zijn premorbide persoonlijkheidstrekken niet opgenomen. Ondanks controle voor symptomen kan psychotische kwetsbaarheid de persoonlijkheidseffecten daarom hebben vertekend. Persoonlijkheidstrekken werden niet op facetniveau geanalyseerd, wat mogelijk tot minder specifieke resultaten leidde. Verder waren de symptoomniveaus relatief laag en niveaus van zelfgerapporteerd inzicht relatief hoog. Dit wijst op een selectiebias: vooral patiënten met weinig symptomen en goed inzicht namen deel. Hoewel we zowel het perspectief van patiënten als dat van onderzoekers hebben meegenomen, meten zowel BIS als het PANSS-item over inzicht een vergelijkbaar concept van klinisch inzicht. Narratieve vormen van inzicht doen vanuit een breder perspectief vermoedelijk meer recht aan de betekenis van psychotische ervaringen in het levensverhaal.

Aanbevelingen

Op grond van ons onderzoek kunnen we geen aanbevelingen doen voor therapiekeuze. Wel lijkt een hoger niveau van altruïsme samen te hangen met zowel groter inzicht (ons onderzoek) als een betere therapeutische relatie.³⁰ Deze twee factoren staan bekend als bevorderend voor cognitieve gedragstherapie bij psychose (CGT).³¹ Onze bevindingen over de rol van openheid in het omgaan met symptoomstress doen denken aan het proces van psychologische flexibiliteit bij *acceptance and commitment therapy* (ACT). Bij recent onderzoek bleek ACT afname van neuroticisme en toename van extraversie te geven bij mensen met psychosegevoeligheid.³² Of ook openheid voor ervaringen met ACT toeneemt en of dit bijdraagt aan een betere kwaliteit van leven is een relevante vraag voor toekomstig onderzoek. Ook zonder dat dit de therapiekeuze bepaalt, kan het gesprek over persoonlijkheidsskenmerken waardevol

zijn. Na het doormaken van een psychose kan het hervinden van de eigen identiteit een grote opdracht zijn.³³ Het samen verkennen van kwetsbaarheid en veerkracht samenhangend met persoonlijkheidstrekken kan bijdragen aan herstel. Het AMPD kan daarvoor gebruikt worden, met als voordeel dat dit het geëigende middel voor dimensionele persoonlijkheidsdiagnostiek is. Het nadeel kan zijn dat de dimensies pathologisch geformuleerd zijn. Ook ontbreekt openheid voor ervaringen. Persoonlijkheidstrekken en symptomen zijn in de praktijk moeilijk van elkaar te onderscheiden. Herkenning van de samenhang tussen symptomen en persoonlijkheidsdimensies (zie ook **tabel 1**) kan bijdragen aan geïntegreerde en gepersonaliseerde behandeling.³⁴ Zo kan psychotherapie bij vooropstaand neuroticisme gericht worden op piekeren; dit kan postpsychotische depressie wellicht helpen voorkomen. En kan antagonisme in de werkrelatie wijzen op ruimte voor optimalisering van medicamenteuze behandeling van positieve symptomen. Vanzelfsprekend zijn ook de persoonlijkheidsskenmerken van behandelaren van belang. Hogere niveaus van altruïsme en openheid bij hulpverleners zijn bijvoorbeeld gelinkt aan een minder stigmatiserende houding.³⁵

CONCLUSIE

Er is eerst meer onderzoek nodig voordat we gerichte adviezen over therapiekeuze kunnen geven, maar hopelijk kan kennis van de relatie tussen persoonlijkheidstrekken, symptoomdimensies en therapeutisch relevante factoren (zoals klinisch inzicht en symptoomstress) nu al bijdragen aan meer gepersonaliseerde en integratieve benadering van psychosebehandeling.

NOOT

*Dit artikel is gebaseerd op het proefschrift van de eerste auteur, 'Clinical relevance of personality in psychotic disorders', met name hoofdstuk 3 en 4.³⁶⁻³⁸

De literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEURS

Anne Neeltje Scholte-Stalenoef, psychiater, afd. Psychose, klinisch onderzoeker, Universitair Centrum Psychiatrie Groningen.

Lindy-Lou Boyette, GZ-psycholoog, hoofdopleider, GZ-opleidingsinstituut PPO, universitair hoofddocent.

Marieke Pijnenborg, GZ-psycholoog afd. Langdurige zorg GGZ Drenthe, hoogleraar Klinische en ontwikkelingsneuropsychologie, Rijksuniversiteit Groningen.

Correspondentie

Dr. A.N. Scholte-Stalenoef (a.n.scholte@umcg.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 11-11-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;68(02):75-81